

2024

Lista integral de medicamentos

Humana Healthy
Horizons[®] in South
Carolina

POR FAVOR LEA: ESTE DOCUMENTO CONTIENE INFORMACIÓN ACERCA DE LOS MEDICAMENTOS CUBIERTOS POR ESTE PLAN. ESTA LISTA INTEGRAL DE MEDICAMENTOS FUE ACTUALIZADO EL 09/04/2024.

Humana
Healthy Horizons[®]
in South Carolina

Healthy Connections 

Bienvenido a Humana Healthy Horizons® in South Carolina

La Lista integral de medicamentos entra en vigencia el 1 de enero, a menos que se indique lo contrario. Esta lista incluye todos los medicamentos cubiertos y puede cambiar durante el año.

¿Qué es la Lista integral de medicamentos?

Esta es una lista de medicamentos que están cubiertos si son necesarios por razones médicas y son surtidos en una farmacia de la red de Humana. Se pueden aplicar otras reglas del plan.

¿Cómo utilizo la Lista integral de medicamentos?

La lista está en orden alfabético y algunos medicamentos tienen dos nombres: un nombre genérico y un nombre de marca. Los medicamentos genéricos son lo mismo que los medicamentos de marca, pero tienen un nombre diferente y precios más bajos. La Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, por sus siglas en inglés) se asegura de que los medicamentos genéricos sean seguros y tengan el mismo efecto que los medicamentos de marca.

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

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

Puede buscar su medicamento en [es-www.humana.com](https://www.humana.com), iniciando sesión en **MyHumana**. Puede acceder a la herramienta de búsqueda de medicamentos haciendo clic en “Pharmacy” (Farmacia). En el caso de algunos medicamentos que no se enumeran, puede que estos estén cubiertos por su plan médico.

Su médico puede pedirle a Humana que le permita a usted usar un medicamento fuera de la lista. Por lo general, Humana los aprobará si los medicamentos en la lista no tienen la misma eficacia o tendrían un efecto negativo para su salud. Para solicitar una aprobación, su médico puede:

- Enviar por fax la forma que se encuentra en [humana.com/provider/medical-resources/south-carolina-medicaid](https://www.humana.com/provider/medical-resources/south-carolina-medicaid) al 877-486-2621.
- Enviar las solicitudes electrónicamente al visitar [Covermymeds.com/epa/Humana](https://www.covermymeds.com/epa/Humana)
- 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 de su médico.

Algunos medicamentos pueden tener límites adicionales. Esto puede incluir:

- **Autorización previa (PA, por sus siglas en inglés):** Su médico debe obtener la aprobación de Humana antes de que se cubran los medicamentos o usted podría pagar el costo total del medicamento.
- **Límites de cantidad (QL, por sus siglas en inglés):** Estos medicamentos tienen un límite en las cantidades que puede obtener de una sola vez. El límite de cantidad de cada medicamento se basa en motivos de seguridad, salud, o cuánto tiempo su médico indique usted tenga que tomarlo (30, 60 o 90 días). Si su médico cree que usted necesita más del límite, existen dos opciones:
 - Puede obtener la cantidad de medicamentos que está cubierta por su plan.

O

- Su médico puede solicitar la autorización previa.
- **Terapia por fases (ST, por sus siglas en inglés):** Antes de surtir un medicamento que cueste más, se le puede pedir que pruebe al menos con otro medicamento primero.

Si su medicamento tiene límites, su médico puede contactar a Revisión de farmacia clínica de Humana (HCPR, por sus siglas en inglés) llamando al **1-800-555-2546**, de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m., hora del este. Humana llevará a cabo la revisión y responderá dentro de las 24 horas.

Usted puede averiguar si su medicamento tiene límites adicionales consultando la Lista integral de medicamentos que empieza en la página 5.

¿La Lista integral de medicamentos puede cambiar?

Sí. Humana revisa y actualiza la Lista integral de medicamentos. Se pueden añadir o retirar medicamentos. Nosotros comunicaremos los cambios de la Lista integral de medicamentos a los afiliados, por correo, en función de los requisitos de notificación de la Lista integral de medicamentos que determina cada estado. Los afiliados pueden ver la Lista integral de medicamentos más actualizada en **es-www.humana.com**.

¿Cuánto tendré que pagar por los medicamentos cubiertos?

Medicamentos en la Lista integral de medicamentos tendrán un copago de \$0.

Consulte su Manual para afiliados o llame al número que está al reverso de su tarjeta de identificación de afiliado de Humana a fin de comunicarse con Servicios para afiliados y obtener más información sobre su cobertura de farmacia.

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

- Visite **es-www.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.

Tenga en cuenta: 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, revise su Manual para afiliados y demás materiales del plan.

Si usted ya es un afiliado, llame al número que está al reverso de su tarjeta de identificación de afiliado o inicie sesión en MyHumana.

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

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

Cómo leer la Lista integral 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 indicadores que le proveen información sobre los límites de ese medicamento:

EDS (sigla en inglés) – 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.

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 límites del medicamento. 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 UNIFINE PENTIPS 29 GAUGE X 1/2" NEEDLE ^{EDS}	1	
1ST TIER UNIFINE PENTIPS 31 GAUGE X 1/4" NEEDLE ^{EDS}	1	
1ST TIER UNIFINE PENTIPS 31 GAUGE X 3/16" NEEDLE ^{EDS}	1	
1ST TIER UNIFINE PENTIPS 31 GAUGE X 5/16" NEEDLE ^{EDS}	1	
1ST TIER UNIFINE PENTIPS 32 GAUGE X 5/32" NEEDLE ^{EDS}	1	
1ST TIER UNIFINE PENTIPS PLUS 29 GAUGE X 1/2" NEEDLE ^{EDS}	1	
1ST TIER UNIFINE PENTIPS PLUS 31 GAUGE X 1/4" NEEDLE ^{EDS}	1	
1ST TIER UNIFINE PENTIPS PLUS 31 GAUGE X 3/16" NEEDLE ^{EDS}	1	
1ST TIER UNIFINE PENTIPS PLUS 31 GAUGE X 5/16" NEEDLE ^{EDS}	1	
1ST TIER UNIFINE PENTIPS PLUS 32 GAUGE X 5/32" NEEDLE ^{EDS}	1	
24hr allergy relief 5 mg tablet	1	QL(30 cada 30 días)
3-day vaginal 2 % cream	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 ASIMTUFII 720 MG/2.4 ML SUSPENSION, EXTEND.REL. IM SYRINGE	1	QL(2.4 cada 56 días)
ABILIFY ASIMTUFII 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)
ABRYSVO (PF) 120 MCG/0.5 ML INTRAMUSCULAR SOLUTION	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 PLUS TEST STRIPS ^{EDS}	1	QL(150 cada 30 días)
ACCU-CHEK GUIDE GLUCOSE METER	1	
ACCU-CHEK GUIDE ME GLUCOSE METER	1	
ACCU-CHEK GUIDE TEST STRIPS ^{EDS}	1	QL(150 cada 30 días)
ACCU-CHEK SMARTVIEW TEST STRIPS ^{EDS}	1	QL(150 cada 30 días)
ACCU-CHEK SOFTCLIX LANCETS	1	
ACE AEROSOL CLOUD ENHANCER SPACER	1	
acebutolol 200 mg capsule	1	
acebutolol 400 mg capsule	1	
acetaminophen 120 mg rectal suppository	1	
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	

• **EDS** -Suministro prolongado • **PA** - Autorización previa • **QL** - Límites de cantidad • **ST** - Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DEL USO
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 reducer (famotidine) 10 mg tablet	1	
acid reducer (famotidine) 20 mg tablet	1	
acyclovir 200 mg capsule	1	
acyclovir 200 mg/5 ml oral suspension	1	
acyclovir 400 mg tablet	1	
acyclovir 5 % topical cream	1	
acyclovir 800 mg tablet	1	
ADACEL (TDAP ADOLESN/ADULT)(PF)2 LF-(2.5-5-3-5)-5 LF/0.5 ML IM SYRINGE	1	
ADACEL (TDAP ADOLESN/ADULT)(PF)2LF-(2.5-5-3-5MCG)-5 LF/0.5 ML IM SUSP	1	
adapalene 0.3 % topical gel with pump	1	
ADCIRCA 20 MG TABLET	1	PA,QL(60 cada 30 días)
ADDERALL 10 MG TABLET	1	QL(90 cada 30 días)
ADDERALL 12.5 MG TABLET	1	QL(90 cada 30 días)
ADDERALL 15 MG TABLET	1	QL(90 cada 30 días)
ADDERALL 20 MG TABLET	1	QL(90 cada 30 días)
ADDERALL 30 MG TABLET	1	QL(60 cada 30 días)
ADDERALL 5 MG TABLET	1	QL(90 cada 30 días)
ADDERALL 7.5 MG TABLET	1	QL(90 cada 30 días)
ADDERALL XR 10 MG CAPSULE,EXTENDED RELEASE	1	QL(30 cada 30 días)
ADDERALL XR 15 MG CAPSULE,EXTENDED RELEASE	1	QL(30 cada 30 días)
ADDERALL XR 20 MG CAPSULE,EXTENDED RELEASE	1	QL(60 cada 30 días)
ADDERALL XR 25 MG CAPSULE,EXTENDED RELEASE	1	QL(60 cada 30 días)
ADDERALL XR 30 MG CAPSULE,EXTENDED RELEASE	1	QL(60 cada 30 días)
ADDERALL XR 5 MG CAPSULE,EXTENDED RELEASE	1	QL(30 cada 30 días)
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	
ADVAIR DISKUS 100 MCG-50 MCG/DOSE POWDER FOR INHALATION	1	QL(60 cada 30 días)

• **EDS** -Suministro prolongado • **PA** - Autorización previa • **QL** - Límites de cantidad • **ST** - Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DEL USO
ADVAIR DISKUS 250 MCG-50 MCG/DOSE POWDER FOR INHALATION	1	QL(60 cada 30 días)
ADVAIR DISKUS 500 MCG-50 MCG/DOSE POWDER FOR INHALATION	1	QL(60 cada 30 días)
ADVAIR HFA 115 MCG-21 MCG/ACTUATION AEROSOL INHALER	1	QL(12 cada 30 días)
ADVAIR HFA 230 MCG-21 MCG/ACTUATION AEROSOL INHALER	1	QL(12 cada 30 días)
ADVAIR HFA 45 MCG-21 MCG/ACTUATION AEROSOL INHALER	1	QL(12 cada 30 días)
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	
ADVIN COVID-19 AG HOME TEST KIT	1	
ADVOCATE PEN NEEDLE 29 GAUGE X 1/2" ^{EDS}	1	
ADVOCATE PEN NEEDLE 31 GAUGE X 3/16" ^{EDS}	1	
ADVOCATE PEN NEEDLE 31 GAUGE X 5/16" ^{EDS}	1	
ADVOCATE PEN NEEDLE 32 GAUGE X 5/32" ^{EDS}	1	
ADVOCATE PEN NEEDLE 33 GAUGE X 5/32" ^{EDS}	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	1	
AFLURIA QUAD 2023-2024(6MO UP) 60 MCG (15 MCG X 4)/0.5 ML IM SUSP	1	
AFLURIA QUAD 2023-24(3YR UP)(PF) 60 MCG (15 MCG X 4)/0.5 ML IM SYRINGE	1	
AFLURIA TRIV 2024-2025 (PF) 45 MCG (15 MCG X 3)/0.5 ML IM SYRINGE	1	
AFLURIA TRIV 2024-2025 45 MCG (15 MCG X 3)/0.5 ML IM SUSPENSION	1	
AIMSCO LATEX CONDOM	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	

• **EDS** -Suministro prolongado • **PA** - Autorización previa • **QL** - Límites de cantidad • **ST** - Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DEL USO
albuterol sulfate 4 mg tablet	1	
albuterol sulfate concentrate 2.5 mg/0.5 ml solution for nebulization	1	
albuterol sulfate hfa 90 mcg/actuation aerosol inhaler	1	QL(36 cada 30 días)
alclometasone 0.05 % topical cream	1	
alclometasone 0.05 % topical ointment	1	
ALCOHOL PADS	1	
ALCOHOL PREP PADS	1	
ALCOHOL SWABS	1	
ALCOHOL WIPES	1	
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	
ALLER-CHLOR 4 MG TABLET	1	
aller-g-time 25 mg tablet	1	
ALLERGIST TRAY 1/2 ML 27 GAUGE X 3/8" SYRINGE	1	
ALLERGIST TRAY INTRADERMAL BEVEL 1 ML 26 GAUGE X 1/2" SYRINGE	1	
ALLERGIST TRAY INTRADERMAL BEVEL 1 ML 26 GAUGE X 3/8" SYRINGE	1	
ALLERGIST TRAY INTRADERMAL BEVEL 1 ML 27 GAUGE X 3/8" SYRINGE	1	
ALLERGIST TRAY REGULAR BEVEL 1 ML 27 GAUGE X 3/8" SYRINGE	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	
allergy relief (cetirizine) 10 mg tablet	1	
allergy relief (cetirizine) 5 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 (levocetirizine) 5 mg tablet	1	QL(30 cada 30 días)
allergy relief (loratadine) 10 mg tablet	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-40 mg/5 ml oral suspension	1	
ALOCRIAL 2 % EYE DROPS	1	
ALOMIDE 0.1 % EYE DROPS	1	
ALPHAGAN P 0.1 % EYE DROPS	1	QL(10 cada 30 días)
ALPHAGAN P 0.15 % EYE DROPS	1	QL(10 cada 30 días)
alprazolam 0.25 mg tablet	1	QL(120 cada 30 días)

• EDS - Suministro prolongado • PA - Autorización previa • QL - Límites de cantidad • ST - Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DEL USO
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	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	
ALVESCO 160 MCG/ACTUATION AEROSOL INHALER	1	QL(18.3 cada 28 días)
ALVESCO 80 MCG/ACTUATION AEROSOL INHALER	1	QL(18.3 cada 28 días)
alyacen 1/35 (28) 1 mg-35 mcg tablet	1	
alyacen 7/7/7 (28) 0.5 mg/0.75 mg/1 mg-35 mcg tablet	1	
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	QL(30 cada 30 días)
ambrisentan 5 mg tablet	1	QL(30 cada 30 días)
amethia 0.15 mg-30 mcg (84)/10 mcg(7) tablets,3 month dose pack	1	QL(91 cada 90 días)
amethyst (28) 90 mcg-20 mcg tablet	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	
AMITIZA 24 MCG CAPSULE	1	QL(60 cada 30 días)
AMITIZA 8 MCG CAPSULE	1	QL(60 cada 30 días)
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 10 mg-valsartan 160 mg tablet ^{EDS}	1	QL(30 cada 30 días)
amlodipine 10 mg-valsartan 160 mg-hydrochlorothiazide 12.5 mg tablet ^{EDS}	1	QL(30 cada 30 días)
amlodipine 10 mg-valsartan 160 mg-hydrochlorothiazide 25 mg tablet ^{EDS}	1	QL(30 cada 30 días)
amlodipine 10 mg-valsartan 320 mg tablet ^{EDS}	1	QL(30 cada 30 días)
amlodipine 10 mg-valsartan 320 mg-hydrochlorothiazide 25 mg tablet ^{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)

• **EDS** -Suministro prolongado • **PA** - Autorización previa • **QL** - Límites de cantidad • **ST** - Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DEL USO
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)
amlodipine 5 mg-valsartan 160 mg tablet ^{EDS}	1	QL(30 cada 30 días)
amlodipine 5 mg-valsartan 160 mg-hydrochlorothiazide 12.5 mg tablet ^{EDS}	1	QL(30 cada 30 días)
amlodipine 5 mg-valsartan 160 mg-hydrochlorothiazide 25 mg tablet ^{EDS}	1	QL(30 cada 30 días)
amlodipine 5 mg-valsartan 320 mg tablet ^{EDS}	1	QL(30 cada 30 días)
ammonium lactate 12 % lotion	1	
ammonium lactate 12 % topical cream	1	
amnestem 10 mg capsule	1	QL(60 cada 30 días)
amnestem 20 mg capsule	1	QL(60 cada 30 días)
amnestem 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	
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-clarithromycin 500 mg-lansoprazole 30 mg combo pack	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	

• **EDS** - Suministro prolongado • **PA** - Autorización previa • **QL** - Límites de cantidad • **ST** - Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DEL USO
anastrozole 1 mg tablet ^{EDS}	1	QL(30 cada 30 días)
animal chews tablet	1	
ANORO ELLIPTA 62.5 MCG-25 MCG/ACTUATION POWDER FOR INHALATION	1	QL(60 cada 30 días)
antacid 200 mg (as calcium carbonate 500 mg) chewable tablet	1	
antacid anti-gas 400 mg-400 mg-40 mg/5 ml oral suspension	1	
antacid extra strength 300 mg (as calcium carb 750 mg) chewable tablet	1	
antacid extra-strength 300 mg (as calcium carb 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 carb 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	
antibiotic (bacitracin zinc) 500 unit/gram topical ointment	1	
antiseptic skin cleanser (chlorhexidine) 4 % liquid	1	
anusol-hc 2.5 % topical cream with perineal applicator	1	
APIDRA SOLOSTAR U-100 INSULIN 100 UNIT/ML SUBCUTANEOUS PEN	1	
apri 0.15 mg-0.03 mg tablet	1	
APRISO 0.375 GRAM CAPSULE,EXTENDED RELEASE	1	QL(120 cada 30 días)
APTIVUS 250 MG CAPSULE	1	QL(120 cada 30 días)
AQINJECT PEN NEEDLE 31 GAUGE X 3/16" ^{EDS}	1	
AQINJECT PEN NEEDLE 32 GAUGE X 5/32" ^{EDS}	1	
aranelle (28) 0.5 mg/1 mg/0.5 mg-35 mcg tablet	1	
AREXVY (PF) 120 MCG/0.5 ML IM SUSPENSION	1	
arformoterol 15 mcg/2 ml solution for nebulization	1	QL(120 cada 30 días)
aripiprazole 10 mg tablet	1	QL(30 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)

• **EDS** -Suministro prolongado • **PA** - Autorización previa • **QL** - Límites de cantidad • **ST** - Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DEL USO
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)
ARNUITY ELLIPTA 100 MCG/ACTUATION POWDER FOR INHALATION	1	QL(30 cada 30 días)
ARNUITY ELLIPTA 200 MCG/ACTUATION POWDER FOR INHALATION	1	QL(30 cada 30 días)
ARNUITY ELLIPTA 50 MCG/ACTUATION POWDER FOR INHALATION	1	QL(30 cada 30 días)
arthritis pain (diclofenac) 1 % topical gel	1	QL(500 cada 30 días)
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	1	QL(91 cada 90 días)
ASMANEX HFA 100 MCG/ACTUATION AEROSOL INHALER	1	QL(13 cada 30 días)
ASMANEX HFA 200 MCG/ACTUATION AEROSOL INHALER	1	QL(13 cada 30 días)
ASMANEX HFA 50 MCG/ACTUATION AEROSOL INHALER	1	QL(13 cada 30 días)
ASMANEX TWISTHALER 110 MCG/ACTUATION(30 DOSES) BREATH ACTIVATED INHALR	1	QL(1 cada 28 días)
ASMANEX TWISTHALER 220 MCG/ACTUATION(120 DOSES) BREATH ACTIVATED INHLR	1	QL(1 cada 28 días)
ASMANEX TWISTHALER 220 MCG/ACTUATION(14 DOSES) BREATH ACTIVATED INHALR	1	QL(1 cada 28 días)
ASMANEX TWISTHALER 220 MCG/ACTUATION(30 DOSES) BREATH ACTIVATED INHALR	1	QL(1 cada 28 días)
ASMANEX TWISTHALER 220 MCG/ACTUATION(60 DOSES) BREATH ACTIVATED INHALR	1	QL(1 cada 28 días)
aspirin 300 mg rectal suppository	1	
aspirin 325 mg tablet	1	
aspirin 325 mg tablet,delayed release	1	
aspirin 81 mg chewable tablet	1	
aspirin 81 mg tablet,delayed release	1	
ASSURE ID DUO PRO SAFETY PEN NEEDLE 31 GAUGE X 3/16" ^{EDS}	1	
ASSURE ID DUO-SHIELD 30 GAUGE X 3/16" NEEDLE ^{EDS}	1	
ASSURE ID DUO-SHIELD 30 GAUGE X 5/16" NEEDLE ^{EDS}	1	
ASSURE ID PEN NEEDLE 30 GAUGE X 5/16" ^{EDS}	1	
ASSURE ID PRO PEN NEEDLE 30 GAUGE X 3/16" ^{EDS}	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 ^{EDS}	1	
atenolol 25 mg tablet ^{EDS}	1	
atenolol 50 mg tablet ^{EDS}	1	

• **EDS** -Suministro prolongado • **PA** - Autorización previa • **QL** - Límites de cantidad • **ST** - Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DEL USO
atenolol 50 mg-chlorthalidone 25 mg tablet ^{EDS}	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	
ATROVENT HFA 17 MCG/ACTUATION AEROSOL INHALER	1	QL(25.8 cada 30 días)
abra 0.1 mg-20 mcg tablet	1	
abra eq 0.1 mg-20 mcg tablet	1	
aurovela 1.5/30 (21) 1.5 mg-30 mcg tablet	1	
aurovela 1/20 (21) 1 mg-20 mcg tablet	1	
aurovela 24 fe 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4) tablet	1	
aurovela fe 1-20 (28) 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7) tablet	1	
aurovela fe 1.5/30 (28) 1.5 mg-30 mcg (21)/75 mg (7) tablet	1	
AUSTEDO 12 MG TABLET	1	QL(120 cada 30 días)
AUSTEDO 6 MG TABLET	1	QL(60 cada 30 días)
AUSTEDO 9 MG TABLET	1	QL(120 cada 30 días)
AUSTEDO XR 12 MG TABLET,EXTENDED RELEASE	1	QL(90 cada 30 días)
AUSTEDO XR 18 MG TABLET,EXTENDED RELEASE	1	QL(30 cada 30 días)
AUSTEDO XR 24 MG TABLET,EXTENDED RELEASE	1	QL(60 cada 30 días)
AUSTEDO XR 30 MG TABLET,EXTENDED RELEASE	1	QL(30 cada 30 días)
AUSTEDO XR 36 MG TABLET,EXTENDED RELEASE	1	QL(30 cada 30 días)
AUSTEDO XR 42 MG TABLET,EXTENDED RELEASE	1	QL(30 cada 30 días)
AUSTEDO XR 48 MG TABLET,EXTENDED RELEASE	1	QL(30 cada 30 días)
AUSTEDO XR 6 MG TABLET,EXTENDED RELEASE	1	QL(90 cada 30 días)
aviane 0.1 mg-20 mcg tablet	1	
AVONEX 30 MCG/0.5 ML INTRAMUSCULAR PEN KIT	1	QL(1 cada 28 días)
AVONEX 30 MCG/0.5 ML INTRAMUSCULAR SYRINGE	1	
AVONEX 30 MCG/0.5 ML INTRAMUSCULAR SYRINGE KIT	1	QL(1 cada 28 días)
ayuna 0.15 mg-0.03 mg tablet	1	
azathioprine 100 mg tablet	1	
azathioprine 50 mg tablet	1	
azathioprine 75 mg tablet	1	
azelastine 137 mcg (0.1 %) nasal spray	1	QL(30 cada 25 días)
azithromycin 1 gram oral packet	1	
azithromycin 100 mg/5 ml oral suspension	1	
azithromycin 200 mg/5 ml oral suspension	1	
azithromycin 250 mg tablet	1	
azithromycin 500 mg tablet	1	

• EDS - Suministro prolongado • PA - Autorización previa • QL - Límites de cantidad • ST - Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DEL USO
azithromycin 600 mg tablet	1	QL(16 cada 60 días)
AZOPT 1 % EYE DROPS,SUSPENSION	1	QL(10 cada 28 días)
azurette (28) 0.15 mg-0.02 mg (21)/0.01 mg (5) tablet	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 15 mg tablet	1	QL(150 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)
balziva (28) 0.4 mg-35 mcg tablet	1	
banophen 25 mg capsule	1	
banophen 25 mg tablet	1	
banophen 50 mg capsule	1	
BANZEL 200 MG TABLET	1	PA,QL(480 cada 30 días)
BANZEL 40 MG/ML ORAL SUSPENSION	1	PA,QL(2760 cada 30 días)
BANZEL 400 MG TABLET	1	PA,QL(240 cada 30 días)
BARACLUDE 0.05 MG/ML ORAL SOLUTION	1	QL(630 cada 30 días)
BD ALCOHOL SWABS	1	
BD ALLERGIST TRAY REG BEVEL 1 ML 26 GAUGE X 1/2" SYRINGE	1	
BD ALLERGIST TRAY REG BEVEL 1 ML 27 X 1/2" SYRINGE	1	
BD ALLERGIST TRAY REG BEVEL 1/2 ML 27 X 1/2"	1	
BD AUTOSHIELD DUO PEN NEEDLE 30 GAUGE X 3/16" ^{EDS}	1	
BD ECLIPSE LUER-LOK 1 ML 30 GAUGE X 1/2" SYRINGE	1	
BD FILTER NEEDLE-5 MICRON 19 X 1 1/2" ^{EDS}	1	
BD INSULIN SYRINGE U-500 1/2 ML 31 GAUGE X 15/64"	1	
BD INSULIN SYRINGE ULTRA-FINE (HALF UNIT) 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"	1	
BD INSULIN SYRINGE ULTRA-FINE 0.3 ML 30 GAUGE X 1/2"	1	
BD INSULIN SYRINGE ULTRA-FINE 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"	1	
BD INSULIN SYRINGE ULTRA-FINE 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2"	1	
BD INSULIN SYRINGE ULTRA-FINE 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"	1	
BD INSULIN SYRINGE ULTRA-FINE 1 ML 30 GAUGE X 1/2"	1	
BD INSULIN SYRINGE ULTRA-FINE 1 ML 31 GAUGE X 5/16"	1	
BD INTEGRA SYRINGE 3 ML 25 GAUGE X 1"	1	
BD NANO 2ND GEN PEN NEEDLE 32 GAUGE X 5/32" ^{EDS}	1	
BD SAFETYGLIDE ALLERGIST TRAY 1 ML 27 X 1/2" SYRINGE	1	
BD SAFETYGLIDE INSULIN SYRINGE 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2"	1	
BD SAFETYGLIDE INSULIN SYRINGE 0.3 ML 31 GAUGE X 15/64"	1	
BD SAFETYGLIDE INSULIN SYRINGE 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"	1	

• EDS -Suministro prolongado • PA - Autorización previa • QL - Límites de cantidad • ST - Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DEL USO
BD SAFETYGLIDE INSULIN SYRINGE 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"	1	
BD SAFETYGLIDE INSULIN SYRINGE 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"	1	
BD SAFETYGLIDE INSULIN SYRINGE 0.5 ML 31 GAUGE X 15/64"	1	
BD SAFETYGLIDE INSULIN SYRINGE 1 ML 31 GAUGE X 15/64"	1	
BD SAFETYGLIDE SYRINGE 1 ML 27 GAUGE X 5/8"	1	
BD ULTRA-FINE MICRO PEN NEEDLE 32 GAUGE X 1/4" ^{EDS}	1	
BD ULTRA-FINE MINI PEN NEEDLE 31 GAUGE X 3/16" ^{EDS}	1	
BD ULTRA-FINE NANO PEN NEEDLE 32 GAUGE X 5/32" ^{EDS}	1	
BD ULTRA-FINE ORIGINAL PEN NEEDLE 29 GAUGE X 1/2" ^{EDS}	1	
BD ULTRA-FINE SHORT PEN NEEDLE 31 GAUGE X 5/16" ^{EDS}	1	
BD VEO INSULIN SYRINGE ULTRA-FINE (HALF UNIT) 0.3 ML 31 GAUGE X 15/64"	1	
BD VEO INSULIN SYRINGE ULTRA-FINE 0.3 ML 31 GAUGE X 15/64"	1	
BD VEO INSULIN SYRINGE ULTRA-FINE 1 ML 31 GAUGE X 15/64"	1	
BD VEO INSULIN SYRINGE ULTRA-FINE 1/2 ML 31 GAUGE X 15/64"	1	
benazepril 10 mg tablet ^{EDS}	1	
benazepril 10 mg-hydrochlorothiazide 12.5 mg tablet ^{EDS}	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 ^{EDS}	1	
BENICAR HCT 20 MG-12.5 MG TABLET ^{EDS}	1	QL(30 cada 30 días)
BENICAR HCT 40 MG-12.5 MG TABLET ^{EDS}	1	QL(30 cada 30 días)
BENICAR HCT 40 MG-25 MG TABLET ^{EDS}	1	QL(30 cada 30 días)
benznidazole 100 mg tablet	1	
benznidazole 12.5 mg tablet	1	
benzonatate 100 mg capsule	1	
benzonatate 200 mg capsule	1	
benzoyl peroxide 10 % topical cleanser	1	
benzoyl peroxide 5 % topical cleanser	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 valerate 0.1 % lotion	1	
betamethasone valerate 0.1 % topical cream	1	
betamethasone, augmented 0.05 % topical cream	1	
BETASEPT SURGICAL SCRUB 4 % TOPICAL LIQUID	1	
BETASERON 0.3 MG SUBCUTANEOUS KIT	1	QL(15 cada 30 días)
BETASERON 0.3 MG SUBCUTANEOUS SOLUTION	1	QL(15 cada 30 días)
betaxolol 0.5 % eye drops	1	

• **EDS** -Suministro prolongado • **PA** - Autorización previa • **QL** - Límites de cantidad • **ST** - Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DEL USO
bethanechol chloride 10 mg tablet	1	
bethanechol chloride 25 mg tablet	1	
bethanechol chloride 5 mg tablet	1	
bethanechol chloride 50 mg tablet	1	
BEXSERO 50 MCG-50 MCG-50 MCG-25 MCG/0.5 ML INTRAMUSCULAR SYRINGE	1	
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	1	
BINAXNOW COVID-19 AG SELF TEST KIT	1	
bisacodyl 5 mg tablet,delayed release	1	
bismuth subcit k 140 mg-metronidazole 125 mg-tetracycline 125 mg cap	1	QL(144 cada 30 días)
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	1	
blisovi fe 1.5/30 (28) 1.5 mg-30 mcg (21)/75 mg (7) tablet	1	
blisovi fe 1/20 (28) 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7) tablet	1	
BLUNT NEEDLE, DISPOSABLE 18 X 1 1/2" ^{EDS}	1	
BOOSTRIX TDAP 2.5 LF UNIT-8 MCG-5 LF/0.5 ML INTRAMUSCULAR SUSPENSION	1	
BOOSTRIX TDAP 2.5 LF UNIT-8 MCG-5 LF/0.5 ML INTRAMUSCULAR SYRINGE	1	
bosentan 125 mg tablet	1	QL(60 cada 30 días)
bosentan 62.5 mg tablet	1	QL(60 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	
briellyn 0.4 mg-35 mcg tablet	1	
BRILINTA 60 MG TABLET	1	QL(60 cada 30 días)
BRILINTA 90 MG TABLET	1	QL(60 cada 30 días)
brimonidine 0.2 % eye drops	1	QL(10 cada 30 días)
BRIXADI MONTHLY 128 MG/0.36 ML SOLUTION,EXTEND.REL. SUBCUT.SYRINGE	1	
BRIXADI WEEKLY 16 MG/0.32 ML SOLUTION,EXTEND.REL. SUBCUT.SYRINGE	1	
BRIXADI WEEKLY 24 MG/0.48 ML SOLUTION,EXTEND.REL. SUBCUT.SYRINGE	1	

• **EDS** -Suministro prolongado • **PA** - Autorización previa • **QL** - Límites de cantidad • **ST** - Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DEL USO
BRIXADI WEEKLY 8 MG/0.16 ML SOLUTION,EXTEND.REL. SUBCUT.SYRINGE	1	
brompheniramine-pseudoephedrine-dm 2 mg-30 mg-10 mg/5 ml oral syrup	1	
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 dr - er 3 mg capsule,delayed,extended release	1	
bumetanide 0.5 mg tablet	1	
bumetanide 1 mg tablet	1	
bumetanide 2 mg tablet	1	
buprenorphine 2 mg-naloxone 0.5 mg sublingual tablet	1	
buprenorphine 8 mg-naloxone 2 mg sublingual tablet	1	
buprenorphine hcl 2 mg sublingual tablet	1	
buprenorphine hcl 8 mg sublingual tablet	1	
bupropion hcl 100 mg tablet ^{EDS}	1	QL(180 cada 30 días)
bupropion hcl 150 mg tablet,12 hr sustained-release(smoking deterrent)	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)
bupirone 10 mg tablet	1	
bupirone 15 mg tablet	1	
bupirone 30 mg tablet	1	
bupirone 5 mg tablet	1	
bupirone 7.5 mg tablet	1	
butalbital 50 mg-acetaminophen 300 mg-caffeine 40 mg-codeine 30 mg cap	1	QL(180 cada 30 días)
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)
BUTRANS 10 MCG/HOUR TRANSDERMAL PATCH	1	
BUTRANS 15 MCG/HOUR TRANSDERMAL PATCH	1	
BUTRANS 20 MCG/HOUR TRANSDERMAL PATCH	1	
BUTRANS 5 MCG/HOUR TRANSDERMAL PATCH	1	
BUTRANS 7.5 MCG/HOUR TRANSDERMAL PATCH	1	QL(4 cada 28 días)
cabergoline 0.5 mg tablet	1	
cal-gest antacid 200 mg (as calcium carbonate 500 mg) chewable tablet	1	
calcipotriene 0.005 % scalp solution	1	QL(60 cada 30 días)
calcipotriene 0.005 % topical cream	1	QL(120 cada 30 días)

• **EDS** -Suministro prolongado • **PA** - Autorización previa • **QL** - Límites de cantidad • **ST** - Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DEL USO
calcipotriene 0.005 % topical ointment	1	
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 260 mg (as calcium carbonate 648 mg) tablet	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 mg/5 ml (as calcium carb 1,250 mg/5 ml) oral suspension	1	
calcium 600 mg (as calcium carbonate 1,500 mg) tablet	1	
calcium acetate 667 mg tablet	1	
calcium acetate(phosphate binders) 667 mg capsule	1	
calcium acetate(phosphate binders) 667 mg tablet	1	
calcium antacid 200 mg (as calcium carbonate 500 mg) chewable tablet	1	
calcium antacid 300 mg (as calcium carbonate 750 mg) chewable 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 600 mg-vitamin d3 10 mcg (400 unit) tablet	1	
calcium carbonate 600 mg-vitamin d3 20 mcg (800 unit) tablet	1	
calcium-600 600 mg (as calcium carbonate 1,500 mg) tablet	1	
camila 0.35 mg tablet	1	
camrese 0.15 mg-30 mcg (84)/10 mcg(7) tablets,3 month dose pack	1	QL(91 cada 90 días)
camrese lo 0.1 mg-20 mcg (84)/10 mcg (7) tablets,3 month dose pack	1	QL(91 cada 90 días)
CAPRON DMT 30 MG-30 MG TABLET	1	
captopril 100 mg tablet	1	
captopril 12.5 mg tablet	1	
captopril 25 mg tablet	1	
captopril 50 mg tablet	1	
CAPVAXIVE 0.5 ML INTRAMUSCULAR SYRINGE	1	
carbamazepine 100 mg chewable tablet	1	
carbamazepine 200 mg tablet	1	
CARBATROL 100 MG CAPSULE, EXTENDED RELEASE	1	
CARBATROL 200 MG CAPSULE, EXTENDED RELEASE	1	
CARBATROL 300 MG CAPSULE, EXTENDED RELEASE	1	
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	

• EDS -Suministro prolongado • PA - Autorización previa • QL - Límites de cantidad • ST - Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DEL USO
CAREFINE PEN NEEDLE 29 GAUGE X 1/2" ^{EDS}	1	
CAREFINE PEN NEEDLE 30 GAUGE X 5/16" ^{EDS}	1	
CAREFINE PEN NEEDLE 31 GAUGE X 1/4" ^{EDS}	1	
CAREFINE PEN NEEDLE 31 GAUGE X 5/16" ^{EDS}	1	
CAREFINE PEN NEEDLE 32 GAUGE X 1/4" ^{EDS}	1	
CAREFINE PEN NEEDLE 32 GAUGE X 3/16" ^{EDS}	1	
CAREFINE PEN NEEDLE 32 GAUGE X 5/32" ^{EDS}	1	
CARESTART COVID-19 ANTIGEN HOME TEST KIT	1	
CARETOUCH ALCOHOL PREP PAD TOPICAL PADS	1	
CARETOUCH PEN NEEDLE 29 GAUGE X 1/2" ^{EDS}	1	
CARETOUCH PEN NEEDLE 31 GAUGE X 1/4" ^{EDS}	1	
CARETOUCH PEN NEEDLE 31 GAUGE X 3/16" ^{EDS}	1	
CARETOUCH PEN NEEDLE 31 GAUGE X 5/16" ^{EDS}	1	
CARETOUCH PEN NEEDLE 32 GAUGE X 3/16" ^{EDS}	1	
CARETOUCH PEN NEEDLE 32 GAUGE X 5/32" ^{EDS}	1	
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 ^{EDS}	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	1	
caziant (28) 0.1 mg/0.125 mg/0.15 mg-25 mcg tablet	1	
cefdinir 125 mg/5 ml oral suspension	1	
cefdinir 250 mg/5 ml oral suspension	1	
cefdinir 300 mg capsule	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	1	
CELONTIN 300 MG CAPSULE	1	
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	
cetirizine 1 mg/ml oral solution	1	QL(300 cada 30 días)
cetirizine 10 mg tablet	1	

• **EDS** -Suministro prolongado • **PA** - Autorización previa • **QL** - Límites de cantidad • **ST** - Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DEL USO
cetirizine 5 mg tablet	1	
cetirizine 5 mg/5 ml oral solution	1	QL(300 cada 30 días)
CHANTIX 1 MG TABLET	1	QL(56 cada 28 días)
CHANTIX CONTINUING MONTH BOX 1 MG TABLET	1	QL(56 cada 28 días)
CHANTIX STARTING MONTH BOX 0.5 MG (11)-1 MG (42) TABLETS IN DOSE PACK	1	QL(53 cada 28 días)
charlotte 24 fe 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4) chewable tablet	1	
chateal (28) 0.15 mg-0.03 mg tablet	1	
chateal eq (28) 0.15 mg-0.03 mg tablet	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	
children delysym 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 (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 chewable tablet	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 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 loratadine 5 mg chewable tablet	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	
children's pain relief 160 mg/5 ml oral suspension	1	
children's pain reliever 160 mg/5 ml oral suspension	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	
chlorhexidine gluconate 4 % topical liquid	1	
chloroquine 250 mg tablet	1	
chloroquine 500 mg tablet	1	
chlorthalidone 25 mg tablet ^{EDS}	1	

• **EDS** -Suministro prolongado • **PA** - Autorización previa • **QL** - Límites de cantidad • **ST** - Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DEL USO
chlorthalidone 50 mg tablet ^{EDS}	1	
chlorzoxazone 250 mg tablet	1	QL(120 cada 30 días)
chlorzoxazone 375 mg tablet	1	QL(120 cada 30 días)
chlorzoxazone 500 mg tablet	1	QL(120 cada 30 días)
chlorzoxazone 750 mg tablet	1	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 suspension	1	
ciclopirox 8 % topical solution	1	
cilostazol 100 mg tablet	1	
cilostazol 50 mg tablet	1	
CIMDUO 300 MG-300 MG TABLET	1	QL(30 cada 30 días)
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 0.3 % eye drops	1	
ciprofloxacin 0.3 %-dexamethasone 0.1 % ear drops,suspension	1	QL(7.5 cada 30 días)
ciprofloxacin 100 mg tablet	1	
ciprofloxacin 250 mg tablet	1	
ciprofloxacin 500 mg tablet	1	
ciprofloxacin 750 mg tablet	1	
citalopram 10 mg tablet ^{EDS}	1	QL(30 cada 30 días)
citalopram 10 mg/5 ml oral solution	1	
citalopram 20 mg tablet ^{EDS}	1	QL(60 cada 30 días)
citalopram 40 mg tablet ^{EDS}	1	QL(30 cada 30 días)
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 oral powder packet	1	QL(36 cada 30 días)
clearlax 17 gram/dose oral powder	1	QL(1054 cada 30 días)
CLEVER CHOICE HOLDING CHAMBER-LARGE MASK	1	
CLEVER CHOICE HOLDING CHAMBER-MEDIUM MASK	1	
CLEVER CHOICE HOLDING CHAMBER-SMALL MASK	1	
CLICKFINE PEN NEEDLE 31 GAUGE X 1/4" ^{EDS}	1	
CLICKFINE PEN NEEDLE 31 GAUGE X 5/16" ^{EDS}	1	

• **EDS** - Suministro prolongado • **PA** - Autorización previa • **QL** - Límites de cantidad • **ST** - Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DEL USO
CLICKFINE PEN NEEDLE 32 GAUGE X 5/32 ^{EDS}	1	
clindamycin 1.2 % (1 % base)-benzoyl peroxide 5 % 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	
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 % topical cream	1	
clobetasol 0.05 % topical gel	1	
clobetasol 0.05 % topical ointment	1	
clobetasol-emollient 0.05 % topical cream	1	
clomipramine 25 mg capsule	1	
clomipramine 50 mg capsule	1	
clomipramine 75 mg capsule	1	
clonazepam 0.5 mg tablet	1	
clonazepam 1 mg tablet	1	
clonazepam 2 mg tablet	1	
clonidine 0.1 mg/24 hr weekly transdermal patch	1	QL(4 cada 28 días)
clonidine 0.2 mg/24 hr weekly transdermal patch	1	QL(4 cada 28 días)
clonidine 0.3 mg/24 hr weekly transdermal patch	1	QL(4 cada 28 días)
clonidine hcl 0.1 mg tablet ^{EDS}	1	
clonidine hcl 0.2 mg tablet ^{EDS}	1	
clonidine hcl 0.3 mg tablet ^{EDS}	1	
clonidine hcl er 0.1 mg tablet,extended release,12 hr	1	QL(120 cada 30 días)
clopidogrel 300 mg tablet ^{EDS}	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	1	
clotrimazole 1 % topical solution	1	
clotrimazole 1 % vaginal cream	1	
clotrimazole-3 2 % vaginal cream	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	
codeine 10 mg-guaifenesin 100 mg/5 ml oral liquid	1	

• EDS -Suministro prolongado • PA - Autorización previa • QL - Límites de cantidad • ST - Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DEL USO
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)
codeine-butalbital-asa-caffeine 30 mg-50 mg-325 mg-40 mg capsule	1	QL(360 cada 30 días)
colchicine 0.6 mg tablet	1	QL(120 cada 30 días)
colestipol 1 gram tablet	1	
colestipol 5 gram oral granules	1	
colestipol 5 gram oral packet	1	
COMBIGAN 0.2 %-0.5 % EYE DROPS	1	QL(5 cada 25 días)
COMBIVENT RESPIMAT 20 MCG-100 MCG/ACTUATION SOLUTION FOR INHALATION	1	QL(4 cada 20 días)
COMFORT EZ PEN NEEDLES 29 GAUGE X 1/2" ^{EDS}	1	
COMFORT EZ PEN NEEDLES 31 GAUGE X 1/4" ^{EDS}	1	
COMFORT EZ PEN NEEDLES 31 GAUGE X 3/16" ^{EDS}	1	
COMFORT EZ PEN NEEDLES 31 GAUGE X 5/16" ^{EDS}	1	
COMFORT EZ PEN NEEDLES 32 GAUGE X 1/4" ^{EDS}	1	
COMFORT EZ PEN NEEDLES 32 GAUGE X 3/16" ^{EDS}	1	
COMFORT EZ PEN NEEDLES 32 GAUGE X 5/16" ^{EDS}	1	
COMFORT EZ PEN NEEDLES 32 GAUGE X 5/32" ^{EDS}	1	
COMFORT EZ PEN NEEDLES 33 GAUGE X 1/4" ^{EDS}	1	
COMFORT EZ PEN NEEDLES 33 GAUGE X 3/16" ^{EDS}	1	
COMFORT EZ PEN NEEDLES 33 GAUGE X 5/16" ^{EDS}	1	
COMFORT EZ PEN NEEDLES 33 GAUGE X 5/32" ^{EDS}	1	
COMFORT EZ PRO SAFETY PEN NEEDLE 30 GAUGE X 5/16" ^{EDS}	1	
COMFORT EZ PRO SAFETY PEN NEEDLE 31 GAUGE X 3/16" ^{EDS}	1	
COMFORT EZ PRO SAFETY PEN NEEDLE 31 GAUGE X 5/32" ^{EDS}	1	
COMFORT TOUCH PEN NEEDLE 31 GAUGE X 1/4" ^{EDS}	1	
COMFORT TOUCH PEN NEEDLE 31 GAUGE X 3/16" ^{EDS}	1	
COMFORT TOUCH PEN NEEDLE 31 GAUGE X 5/16" ^{EDS}	1	
COMFORT TOUCH PEN NEEDLE 31 GAUGE X 5/32" ^{EDS}	1	
COMFORT TOUCH PEN NEEDLE 32 GAUGE X 1/4" ^{EDS}	1	
COMFORT TOUCH PEN NEEDLE 32 GAUGE X 3/16" ^{EDS}	1	
COMFORT TOUCH PEN NEEDLE 32 GAUGE X 5/16" ^{EDS}	1	
COMFORT TOUCH PEN NEEDLE 32 GAUGE X 5/32" ^{EDS}	1	
COMFORT TOUCH PEN NEEDLE 33 GAUGE X 1/4" ^{EDS}	1	
COMFORT TOUCH PEN NEEDLE 33 GAUGE X 3/16" ^{EDS}	1	
COMFORT TOUCH PEN NEEDLE 33 GAUGE X 5/32" ^{EDS}	1	
COMIRNATY 2023-24 (12Y UP)(PF) 30 MCG/0.3 ML INTRAMUSCULAR SUSPENSION	1	
COMIRNATY 2023-24 (12Y UP)(PF) 30 MCG/0.3 ML INTRAMUSCULAR SYRINGE	1	
COMIRNATY 2024-25 (12Y UP)(PF) 30 MCG/0.3 ML INTRAMUSCULAR SYRINGE	1	
COMIRNATY TRIS VACCINE(PF) 30 MCG/0.3 ML INTRAMUSCULAR SUSPENSION	1	
COMPACT SPACE CHAMBER	1	
COMPACT SPACE CHAMBER-LRG MASK	1	

• **EDS** -Suministro prolongado • **PA** - Autorización previa • **QL** - Límites de cantidad • **ST** - Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DEL USO
COMPACT SPACE CHAMBER-MED MASK	1	
COMPACT SPACE CHAMBER-SM MASK	1	
COMPLERA 200 MG-25 MG-300 MG TABLET	1	QL(30 cada 30 días)
complete natal dha 29 mg iron-1 mg-200 mg oral pack	1	
completenate 29 mg iron-1 mg chewable tablet	1	
CONCERTA 18 MG TABLET,EXTENDED RELEASE	1	QL(30 cada 30 días)
CONCERTA 27 MG TABLET,EXTENDED RELEASE	1	QL(30 cada 30 días)
CONCERTA 36 MG TABLET,EXTENDED RELEASE	1	QL(60 cada 30 días)
CONCERTA 54 MG TABLET,EXTENDED RELEASE	1	QL(30 cada 30 días)
CONDOMS-PREM LUBRICATED	1	
constulose 10 gram/15 ml oral solution	1	
COPAXONE 20 MG/ML SUBCUTANEOUS SYRINGE	1	QL(30 cada 30 días)
CORDX COVID-19 AG HOME TEST KIT	1	
cortisone 25 mg tablet	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	
CRINONE 4 % VAGINAL GEL	1	QL(8.7 cada 30 días)
cromolyn 100 mg/5 ml oral concentrate	1	
cromolyn 4 % eye drops	1	
cryselle (28) 0.3 mg-30 mcg tablet	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)
cyclobenzaprine 10 mg tablet	1	
cyclobenzaprine 5 mg tablet	1	
cyclobenzaprine 7.5 mg tablet	1	QL(90 cada 30 días)
cyclopentolate 1 % eye drops	1	
cyclophosphamide 25 mg capsule	1	QL(960 cada 30 días)
cyclophosphamide 50 mg capsule	1	QL(480 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	1	
cyred eq 0.15 mg-0.03 mg tablet	1	

• **EDS** -Suministro prolongado • **PA** - Autorización previa • **QL** - Límites de cantidad • **ST** - Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DEL USO
CYSTAGON 150 MG CAPSULE	1	
CYSTAGON 50 MG CAPSULE	1	
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 600 mg tablet	1	QL(60 cada 30 días)
darunavir 800 mg tablet	1	QL(30 cada 30 días)
dasetta 1/35 (28) 1 mg-35 mcg tablet	1	
dasetta 7/7/7 (28) 0.5 mg(7)/0.75 mg(7)/1 mg(7)-35 mcg tablet	1	
daysee 0.15 mg-30 mcg (84)/10 mcg(7) tablets,3 month dose pack	1	QL(91 cada 90 días)
DAYTRANA 10 MG/9 HR DAILY PATCH	1	QL(30 cada 30 días)
DAYTRANA 15 MG/9 HR DAILY PATCH	1	QL(30 cada 30 días)
DAYTRANA 20 MG/9 HR DAILY PATCH	1	QL(30 cada 30 días)
DAYTRANA 30 MG/9 HR DAILY PATCH	1	QL(30 cada 30 días)
deblitane 0.35 mg tablet	1	
deep sea nasal 0.65 % spray aerosol	1	
DELSTRIGO 100 MG-300 MG-300 MG TABLET	1	QL(30 cada 30 días)
delsym cough-chest congestion dm 5 mg-100 mg/5 ml oral liquid	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	
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	1	
desogestrel-e.estradiol 0.15 mg-0.02 mg(21)/e.estrad 0.01 mg(5) tablet	1	
desonide 0.05 % lotion	1	
desonide 0.05 % topical cream	1	
desonide 0.05 % topical ointment	1	
desvenlafaxine succinate er 100 mg tablet,extended release 24 hr	1	
desvenlafaxine succinate er 25 mg tablet,extended release 24 hr	1	
desvenlafaxine succinate er 50 mg tablet,extended release 24 hr	1	
dexamethasone 0.5 mg tablet	1	

• EDS -Suministro prolongado • PA - Autorización previa • QL - Límites de cantidad • ST - Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DEL USO
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 (21 tabs) tablets in a dose pack	1	
dexamethasone 1.5 mg (35 tabs) tablets in a dose pack	1	
dexamethasone 1.5 mg (51 tabs) tablets in a dose pack	1	
dexamethasone 1.5 mg tablet	1	
dexamethasone 2 mg tablet	1	
dexamethasone 4 mg tablet	1	
dexamethasone 6 mg tablet	1	
DEXCOM G6 RECEIVER	1	PA
DEXCOM G6 SENSOR DEVICE	1	PA
DEXCOM G6 TRANSMITTER DEVICE	1	PA
DEXCOM G7 RECEIVER	1	PA
DEXCOM G7 SENSOR DEVICE	1	PA
DEXILANT 30 MG CAPSULE, DELAYED RELEASE	1	QL(30 cada 30 días)
DEXILANT 60 MG CAPSULE, DELAYED RELEASE	1	QL(30 cada 30 días)
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)
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 15 mg tablet	1	QL(120 cada 30 días)
dextroamphetamine sulfate 20 mg tablet	1	QL(90 cada 30 días)
dextroamphetamine sulfate 30 mg tablet	1	QL(60 cada 30 días)
dextroamphetamine sulfate 5 mg tablet	1	QL(150 cada 30 días)
dextroamphetamine sulfate er 10 mg capsule,extended release	1	QL(180 cada 30 días)
dextroamphetamine sulfate er 15 mg capsule,extended release	1	QL(120 cada 30 días)
dextroamphetamine sulfate er 5 mg capsule,extended release	1	QL(60 cada 30 días)
dextroamphetamine-amphetamine 10 mg tablet	1	QL(90 cada 30 días)

• **EDS** -Suministro prolongado • **PA** - Autorización previa • **QL** - Límites de cantidad • **ST** - Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DEL USO
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)
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	
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 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 ^{EDS}	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 ^{EDS}	1	
diltiazem 30 mg tablet ^{EDS}	1	
diltiazem 60 mg tablet ^{EDS}	1	

• **EDS** -Suministro prolongado • **PA** - Autorización previa • **QL** - Límites de cantidad • **ST** - Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DEL USO
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 ^{EDS}	1	QL(30 cada 30 días)
diltiazem cd 360 mg capsule,extended release 24 hr ^{EDS}	1	QL(30 cada 30 días)
diltiazem er (xr/xt) 120 mg capsule,extended release 24 hr, controlled ^{EDS}	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 ^{EDS}	1	QL(90 cada 30 días)
diltiazem er 120 mg tablet,extended release 24 hr	1	QL(30 cada 30 días)
diltiazem er 180 mg capsule,24 hr,extended release ^{EDS}	1	QL(60 cada 30 días)
diltiazem er 180 mg tablet,extended release 24 hr ^{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 240 mg tablet,extended release 24 hr ^{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 300 mg tablet,extended release 24 hr ^{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 360 mg tablet,extended release 24 hr ^{EDS}	1	QL(30 cada 30 días)
diltiazem er 420 mg capsule,24 hr,extended release ^{EDS}	1	QL(30 cada 30 días)
diltiazem er 420 mg tablet,extended release 24 hr ^{EDS}	1	QL(30 cada 30 días)
diltiazem er 60 mg capsule,extended release 12 hr ^{EDS}	1	QL(60 cada 30 días)
diltiazem er 90 mg capsule,extended release 12 hr ^{EDS}	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)
diphenhydramine 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	
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	

• **EDS** -Suministro prolongado • **PA** - Autorización previa • **QL** - Límites de cantidad • **ST** - Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DEL USO
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)
dolishale 90 mcg-20 mcg (28) tablet	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 (bacitracin 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	
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	1	QL(90 cada 30 días)
doxycycline hyclate 100 mg tablet	1	
doxycycline hyclate 150 mg tablet	1	QL(30 cada 30 días)
doxycycline hyclate 20 mg tablet	1	
doxycycline hyclate 50 mg capsule	1	
doxycycline hyclate 50 mg tablet	1	QL(180 cada 30 días)
doxycycline hyclate 75 mg tablet	1	QL(60 cada 30 días)
DROPLET MICRON PEN NEEDLE 34 GAUGE X 9/64 ^{EDS}	1	
DROPLET PEN NEEDLE 29 GAUGE X 1/2 ^{EDS}	1	
DROPLET PEN NEEDLE 29 GAUGE X 3/8 ^{EDS}	1	
DROPLET PEN NEEDLE 30 GAUGE X 5/16 ^{EDS}	1	
DROPLET PEN NEEDLE 31 GAUGE X 1/4 ^{EDS}	1	
DROPLET PEN NEEDLE 31 GAUGE X 3/16 ^{EDS}	1	
DROPLET PEN NEEDLE 31 GAUGE X 5/16 ^{EDS}	1	
DROPLET PEN NEEDLE 32 GAUGE X 1/4 ^{EDS}	1	
DROPLET PEN NEEDLE 32 GAUGE X 3/16 ^{EDS}	1	

• **EDS** -Suministro prolongado • **PA** - Autorización previa • **QL** - Límites de cantidad • **ST** - Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DEL USO
DROPLET PEN NEEDLE 32 GAUGE X 5/16" ^{EDS}	1	
DROPLET PEN NEEDLE 32 GAUGE X 5/32" ^{EDS}	1	
DROPSAFE PEN NEEDLE 31 GAUGE X 1/4" ^{EDS}	1	
DROPSAFE PEN NEEDLE 31 GAUGE X 3/16" ^{EDS}	1	
DROPSAFE PEN NEEDLE 31 GAUGE X 5/16" ^{EDS}	1	
drosipren-e.estradiol-mefol 3 mg-0.02 mg-0.451 mg(24)/0.451 mg(4)tablet	1	
drosipren-e.estradiol-mefol 3 mg-0.03 mg-0.451 mg(21)/0.451 mg(7)tablet	1	
drosiprenone 3 mg-ethinyl estradiol 0.02 mg tablet	1	
drosiprenone 3 mg-ethinyl estradiol 0.03 mg tablet	1	
DULERA 100 MCG-5 MCG/ACTUATION HFA AEROSOL INHALER	1	QL(39 cada 30 días)
DULERA 200 MCG-5 MCG/ACTUATION HFA AEROSOL INHALER	1	QL(39 cada 30 días)
DULERA 50 MCG-5 MCG/ACTUATION HFA AEROSOL INHALER	1	QL(39 cada 30 días)
duloxetine 20 mg capsule,delayed release ^{EDS}	1	QL(180 cada 30 días)
duloxetine 30 mg capsule,delayed release ^{EDS}	1	QL(120 cada 30 días)
duloxetine 60 mg capsule,delayed release ^{EDS}	1	QL(60 cada 30 días)
DUREX AVANTI BARE REAL FEEL CONDOM	1	
dutasteride 0.5 mg capsule ^{EDS}	1	QL(30 cada 30 días)
DYANAVEL XR 2.5 MG/ML ORAL 24 HR EXTENDED RELEASE SUSPENSION	1	QL(240 cada 30 días)
DYNA-HEX 4 % TOPICAL LIQUID	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	
EASIVENT MASK MEDIUM	1	
EASIVENT MASK SMALL	1	
EASY COMFORT PEN NEEDLES 31 GAUGE X 1/4" ^{EDS}	1	
EASY COMFORT PEN NEEDLES 31 GAUGE X 3/16" ^{EDS}	1	
EASY COMFORT PEN NEEDLES 31 GAUGE X 5/16" ^{EDS}	1	
EASY COMFORT PEN NEEDLES 32 GAUGE X 5/32" ^{EDS}	1	
EASY COMFORT PEN NEEDLES 33 GAUGE X 1/4" ^{EDS}	1	
EASY COMFORT PEN NEEDLES 33 GAUGE X 3/16" ^{EDS}	1	
EASY COMFORT PEN NEEDLES 33 GAUGE X 5/32" ^{EDS}	1	
EASY COMFORT SAFETY PEN NEEDLE 31 GAUGE X 1/4" ^{EDS}	1	
EASY COMFORT SAFETY PEN NEEDLE 31 GAUGE X 3/16" ^{EDS}	1	
EASY COMFORT SAFETY PEN NEEDLE 32 GAUGE X 5/32" ^{EDS}	1	
EASY GLIDE PEN NEEDLE 33 GAUGE X 5/32" ^{EDS}	1	
EASY TOUCH 29 GAUGE X 1/2" NEEDLE ^{EDS}	1	
EASY TOUCH 31 GAUGE X 1/4" NEEDLE ^{EDS}	1	
EASY TOUCH 31 GAUGE X 3/16" NEEDLE ^{EDS}	1	
EASY TOUCH 31 GAUGE X 5/16" NEEDLE ^{EDS}	1	
EASY TOUCH 32 GAUGE X 1/4" NEEDLE ^{EDS}	1	
EASY TOUCH 32 GAUGE X 3/16" NEEDLE ^{EDS}	1	
EASY TOUCH 32 GAUGE X 5/32" NEEDLE ^{EDS}	1	
EASY TOUCH ALCOHOL PREP PADS	1	

• **EDS** -Suministro prolongado • **PA** - Autorización previa • **QL** - Límites de cantidad • **ST** - Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DEL USO
EASY TOUCH PEN NEEDLE 30 GAUGE X 5/16 ^{EDS}	1	
EASY TOUCH SAFETY PEN NEEDLE 29 GAUGE X 3/16 ^{EDS}	1	
EASY TOUCH SAFETY PEN NEEDLE 29 GAUGE X 5/16 ^{EDS}	1	
EASY TOUCH SAFETY PEN NEEDLE 30 GAUGE X 1/4 ^{EDS}	1	
EASY TOUCH SAFETY PEN NEEDLE 30 GAUGE X 3/16 ^{EDS}	1	
EASY TOUCH SAFETY PEN NEEDLE 30 GAUGE X 5/16 ^{EDS}	1	
ECLIPSE NEEDLE 23 GAUGE X 1 ^{EDS}	1	
ECLIPSE NEEDLE 25 GAUGE X 5/8 ^{EDS}	1	
ECLIPSE SYRINGE 3 ML 21 GAUGE X 1"	1	
ECLIPSE SYRINGE 3 ML 25 GAUGE X 1"	1	
econazole 1 % topical cream	1	
econtra ez 1.5 mg tablet	1	
econtra one-step 1.5 mg tablet	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 disoproxil 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)
ELIDEL 1 % TOPICAL CREAM	1	PA
elinest 0.3 mg-30 mcg tablet	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)
ELLA 30 MG TABLET	1	QL(1 cada 30 días)
ELLUME COVID-19 HOME TEST KIT	1	
eluryng 0.12 mg-0.015 mg/24 hr vaginal ring	1	QL(1 cada 28 días)
EMBRACE PEN NEEDLE 29 GAUGE X 1/2 ^{EDS}	1	
EMBRACE PEN NEEDLE 30 GAUGE X 3/16 ^{EDS}	1	
EMBRACE PEN NEEDLE 30 GAUGE X 5/16 ^{EDS}	1	
EMBRACE PEN NEEDLE 31 GAUGE X 1/4 ^{EDS}	1	
EMBRACE PEN NEEDLE 31 GAUGE X 3/16 ^{EDS}	1	
EMBRACE PEN NEEDLE 31 GAUGE X 5/16 ^{EDS}	1	
EMBRACE PEN NEEDLE 32 GAUGE X 5/32 ^{EDS}	1	
EMCYT 140 MG CAPSULE	1	QL(540 cada 30 días)
EMEND 125 MG (1)-80 MG (2) CAPSULES IN A DOSE PACK	1	
EMEND 80 MG CAPSULE	1	QL(4 cada 28 días)
EMGALITY 120 MG/ML SUBCUTANEOUS SYRINGE	1	PA,QL(2 cada 30 días)
EMGALITY PEN 120 MG/ML SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR	1	PA,QL(2 cada 30 días)
emtricitabine 100 mg-tenofovir disoproxil fumarate 150 mg tablet	1	QL(30 cada 30 días)

• **EDS** -Suministro prolongado • **PA** - Autorización previa • **QL** - Límites de cantidad • **ST** - Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DEL USO
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)
emzahn 0.35 mg tablet	1	
enalapril 10 mg-hydrochlorothiazide 25 mg tablet ^{EDS}	1	
enalapril 5 mg-hydrochlorothiazide 12.5 mg tablet ^{EDS}	1	
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/0.5 ML (0.5 ML) SUBCUTANEOUS SYRINGE	1	QL(8.16 cada 28 días)
ENBREL 25 MG/0.5 ML SUBCUTANEOUS SOLUTION	1	QL(8 cada 28 días)
ENBREL 50 MG/ML (1 ML) SUBCUTANEOUS SYRINGE	1	QL(78 cada 365 días)
ENBREL MINI 50 MG/ML (1 ML) SUBCUTANEOUS CARTRIDGE	1	QL(8 cada 28 días)
ENBREL SURECLICK 50 MG/ML (1 ML) SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR	1	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	
ENGERIX-B (PF) 20 MCG/ML INTRAMUSCULAR SUSPENSION	1	
ENGERIX-B (PF) 20 MCG/ML INTRAMUSCULAR SYRINGE	1	
ENGERIX-B PEDIATRIC (PF) 10 MCG/0.5 ML INTRAMUSCULAR SYRINGE	1	
enilloring 0.12 mg-0.015 mg/24 hr vaginal ring	1	QL(1 cada 28 días)
enoxaparin 100 mg/ml subcutaneous syringe	1	QL(28 cada 28 días)
enoxaparin 120 mg/0.8 ml subcutaneous syringe	1	QL(22.4 cada 28 días)
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	1	
enskyce 0.15 mg-0.03 mg tablet	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)
ENTRESTO 24 MG-26 MG TABLET	1	QL(60 cada 30 días)
ENTRESTO 49 MG-51 MG TABLET	1	QL(60 cada 30 días)
ENTRESTO 97 MG-103 MG TABLET	1	QL(60 cada 30 días)

• **EDS** - Suministro prolongado • **PA** - Autorización previa • **QL** - Límites de cantidad • **ST** - Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DEL USO
ENTRESTO SPRINKLE 15 MG-16 MG ORAL PELLETT	1	QL(240 cada 30 días)
ENTRESTO SPRINKLE 6 MG-6 MG ORAL PELLETT	1	QL(240 cada 30 días)
enulose 10 gram/15 ml oral solution	1	
EPCLUSA 150 MG-37.5 MG ORAL PELLETT IN PACKET	1	PA,QL(28 cada 28 días)
EPCLUSA 200 MG-50 MG ORAL PELLETT IN PACKET	1	PA,QL(56 cada 28 días)
EPCLUSA 200 MG-50 MG TABLET	1	PA,QL(28 cada 28 días)
epinephrine (jr) 0.15 mg/0.3 ml injection,auto-injector	1	QL(4 cada 30 días)
epinephrine 0.3 mg/0.3 ml injection, auto-injector	1	QL(4 cada 30 días)
EPIPEN 0.3 MG/0.3 ML INJECTION, AUTO-INJECTOR	1	QL(4 cada 30 días)
EPIPEN 2-PAK 0.3 MG/0.3 ML INJECTION, AUTO-INJECTOR	1	QL(4 cada 30 días)
EPIPEN JR 0.15 MG/0.3 ML INJECTION,AUTO-INJECTOR	1	QL(4 cada 30 días)
EPIPEN JR 2-PAK 0.15 MG/0.3 ML INJECTION,AUTO-INJECTOR	1	QL(4 cada 30 días)
epitol 200 mg tablet	1	
EPOGEN 10,000 UNIT/ML INJECTION SOLUTION	1	QL(14 cada 30 días)
EPOGEN 2,000 UNIT/ML INJECTION SOLUTION	1	QL(14 cada 30 días)
EPOGEN 20,000 UNIT/2 ML INJECTION SOLUTION	1	QL(28 cada 30 días)
EPOGEN 20,000 UNIT/ML INJECTION SOLUTION	1	QL(14 cada 30 días)
EPOGEN 3,000 UNIT/ML INJECTION SOLUTION	1	QL(14 cada 30 días)
EPOGEN 4,000 UNIT/ML INJECTION SOLUTION	1	QL(14 cada 30 días)
eprosartan 600 mg tablet	1	QL(60 cada 30 días)
ergocalciferol (vitamin d2) 1,250 mcg (50,000 unit) capsule	1	
errin 0.35 mg tablet	1	
ery pads 2 % topical swab	1	
ERYTHROCIN (AS STEARATE) 250 MG TABLET	1	
erythromycin 5 mg/gram (0.5 %) eye ointment	1	QL(3.5 cada 28 días)
erythromycin ethylsuccinate 200 mg/5 ml oral powder for suspension	1	
erythromycin ethylsuccinate 400 mg/5 ml oral powder for suspension	1	
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)
estarylla 0.25 mg-35 mcg tablet	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)
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	

• EDS -Suministro prolongado • PA - Autorización previa • QL - Límites de cantidad • ST - Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DEL USO
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	
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	1	
ethynodiol diacetate-ethinyl estradiol 1 mg-50 mcg tablet	1	
etonogestrel 0.12 mg-ethinyl estradiol 0.015 mg/24 hr vaginal ring	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	
EVOTAZ 300 MG-150 MG TABLET	1	QL(30 cada 30 días)
EXELON PATCH 13.3 MG/24 HOUR TRANSDERMAL	1	QL(30 cada 30 días)
EXELON PATCH 4.6 MG/24 HOUR TRANSDERMAL	1	QL(30 cada 30 días)
EXELON PATCH 9.5 MG/24 HOUR TRANSDERMAL	1	QL(30 cada 30 días)
exemestane 25 mg tablet	1	QL(60 cada 30 días)
EXTENCILLINE 1.2 MILLION UNIT IM SUSPENSION	1	
EXTENCILLINE 2.4 MILLION UNIT IM SUSPENSION	1	
eye allergy itch relief 0.2 % drops	1	
eye itch relief 0.025 % (0.035 %) drops	1	
ezetimibe 10 mg tablet	1	QL(30 cada 30 días)
falmina (28) 0.1 mg-20 mcg tablet	1	
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	1	
FARXIGA 10 MG TABLET	1	PA,QL(30 cada 30 días)
FARXIGA 5 MG TABLET	1	PA,QL(30 cada 30 días)
FASTEP COVID-19 AG HOME TEST KIT	1	
FC2 FEMALE CONDOM	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)

• EDS -Suministro prolongado • PA - Autorización previa • QL - Límites de cantidad • ST - Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DEL USO
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	1	
FEMCAP 26 MM VAGINAL DEVICE	1	
FEMCAP 30 MM VAGINAL DEVICE	1	
femynor 0.25 mg-35 mcg tablet	1	
fenofibrate nanocrystallized 145 mg tablet	1	QL(30 cada 30 días)
fenofibrate nanocrystallized 48 mg tablet	1	QL(60 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 25 mcg/hr transdermal patch	1	QL(20 cada 30 días)
fentanyl 50 mcg/hr transdermal patch	1	QL(20 cada 30 días)
fentanyl 75 mcg/hr transdermal patch	1	QL(20 cada 30 días)
feosol 325 mg (65 mg iron) tablet	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 (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	
FEVERALL 120 MG RECTAL SUPPOSITORY	1	
FEVERALL 80 MG RECTAL SUPPOSITORY	1	
FILTER NEEDLES 19 X 1 1/2" ^{EDS}	1	
FILTER NEEDLES 19 X 1" ^{EDS}	1	
FINACEA 15 % TOPICAL GEL	1	
finasteride 5 mg tablet ^{EDS}	1	QL(30 cada 30 días)
finzala 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4) chewable tablet	1	
first aid antibiotic 3.5 mg-400 unit-5,000 unit/gram topical ointment	1	
FIRVANQ 25 MG/ML ORAL SOLUTION	1	
FIRVANQ 50 MG/ML ORAL SOLUTION	1	
flecainide 100 mg tablet	1	
flecainide 150 mg tablet	1	
flecainide 50 mg tablet	1	
FLEET ENEMA 19 GRAM-7 GRAM/118 ML	1	
FLEXICHAMBER SPACER	1	

• **EDS** -Suministro prolongado • **PA** - Autorización previa • **QL** - Límites de cantidad • **ST** - Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DEL USO
FLEXICHAMBER-LARGE CHILD MASK	1	
FLEXICHAMBER-SMALL ADULT MASK	1	
FLEXICHAMBER-SMALL CHILD MASK	1	
FLOVENT HFA 110 MCG/ACTUATION AEROSOL INHALER	1	QL(24 cada 30 días)
FLOVENT HFA 220 MCG/ACTUATION AEROSOL INHALER	1	QL(24 cada 30 días)
FLOVENT HFA 44 MCG/ACTUATION AEROSOL INHALER	1	QL(10.6 cada 30 días)
FLOWFLEX COVID-19 ANTIGEN HOME TEST KIT	1	
FLUAD QUAD 2023-2024(65YR UP)(PF) 60 MCG (15 MCG X 4)/0.5ML IM SYRINGE	1	
FLUAD TRIV 2024-25(65Y UP)(PF) 45 MCG (15 MCG X 3)/0.5 ML IM SYRINGE	1	
FLUARIX QUAD 2023-2024 (PF) 60 MCG (15 MCG X 4)/0.5 ML IM SYRINGE	1	
FLUARIX TRIV 2024-2025 (PF) 45 MCG (15 MCG X 3)/0.5 ML IM SYRINGE	1	
FLUBLOK QUAD 2023-2024 (PF) 180 MCG (45 MCG X 4)/0.5 ML IM SYRINGE	1	
FLUBLOK TRIV 2024-2025 (PF) 135 MCG (45 MCG X 3)/0.5 ML IM SYRINGE	1	
FLUCELVAX QUAD 2023-2024 (PF) 60 MCG (15 MCG X 4)/0.5 ML IM SYRINGE	1	
FLUCELVAX QUAD 2023-2024 60 MCG (15 MCG X 4)/0.5 ML IM SUSPENSION	1	
FLUCELVAX TRIV 2024-2025 (PF) 45 MCG (15 MCG X 3)/0.5 ML IM SYRINGE	1	
FLUCELVAX TRIV 2024-2025 45 MCG (15 MCG X 3)/0.5 ML IM SUSPENSION	1	
fluconazole 10 mg/ml oral suspension	1	
fluconazole 100 mg tablet	1	
fluconazole 150 mg tablet	1	
fluconazole 200 mg tablet	1	
fluconazole 40 mg/ml oral suspension	1	
fluconazole 50 mg tablet	1	
fludrocortisone 0.1 mg tablet	1	
FLULAVAL QUAD 2023-2024 (PF) 60 MCG (15 MCG X 4)/0.5 ML IM SYRINGE	1	
FLULAVAL TRIV 2024-2025 (PF) 45 MCG (15 MCG X 3)/0.5 ML IM SYRINGE	1	
FLUMIST QUAD 2023-2024 10EXP6.5-7.5 FF UNIT/0.2 ML NASAL SPRAY SYRINGE	1	
FLUMIST TRIVALENT 2024-2025 10EXP6.5-7.5 FF UNIT/0.2 ML NASAL SPRAY	1	
fluocinolone 0.01 % scalp oil and shower cap	1	
fluocinolone 0.01 % topical body oil	1	
fluocinonide 0.05 % topical cream	1	
fluocinonide 0.05 % topical gel	1	
fluocinonide 0.05 % topical solution	1	
fluocinonide 0.1 % topical cream	1	
fluocinonide-e 0.05 % topical cream	1	

• EDS -Suministro prolongado • PA - Autorización previa • QL - Límites de cantidad • ST - Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DEL USO
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	
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 10 mg tablet	1	QL(60 cada 30 días)
fluoxetine 20 mg capsule ^{EDS}	1	QL(120 cada 30 días)
fluoxetine 20 mg tablet	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	
fluticasone propionate 110 mcg/actuation hfa aerosol inhaler	1	QL(24 cada 30 días)
fluticasone propionate 220 mcg/actuation hfa aerosol inhaler	1	QL(24 cada 30 días)
fluticasone propionate 44 mcg/actuation hfa aerosol inhaler	1	QL(10.6 cada 30 días)
fluticasone propionate 50 mcg/actuation nasal spray,suspension	1	QL(16 cada 30 días)
fluticasone propionate 50 mcg/actuation nasal spray,suspension	1	
fluvastatin 20 mg capsule	1	QL(60 cada 30 días)
fluvastatin 40 mg capsule	1	QL(60 cada 30 días)
flvoxamine 100 mg tablet	1	QL(90 cada 30 días)
flvoxamine 25 mg tablet	1	QL(90 cada 30 días)
flvoxamine 50 mg tablet	1	QL(90 cada 30 días)
FLUZONE HIGH-DOSE QUAD 2023-24 (PF) 240 MCG/0.7 ML IM SYRINGE	1	
FLUZONE HIGH-DOSE TRIV 2024-2025 (PF) 180 MCG/0.5 ML IM SYRINGE	1	
FLUZONE QUAD 2023-2024 (PF) 60 MCG (15 MCG X 4)/0.5 ML IM SYRINGE	1	
FLUZONE QUAD 2023-2024 60 MCG (15 MCG X 4)/0.5 ML INTRAMUSCULAR SUSP.	1	
FLUZONE TRIV 2024-2025 (PF) 45 MCG (15 MCG X 3)/0.5 ML IM SYRINGE	1	
FLUZONE TRIV 2024-2025 45 MCG (15 MCG X 3)/0.5 ML IM SUSPENSION	1	
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	
fosamprenavir 700 mg tablet	1	QL(120 cada 30 días)
FREESTYLE FREEDOM LITE KIT	1	

• **EDS** -Suministro prolongado • **PA** - Autorización previa • **QL** - Límites de cantidad • **ST** - Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DEL USO
FREESTYLE INSULINX STRIPS ^{EDS}	1	QL(150 cada 30 días)
FREESTYLE INSULINX TEST STRIPS ^{EDS}	1	QL(150 cada 30 días)
FREESTYLE LIBRE 14 DAY READER	1	PA
FREESTYLE LIBRE 14 DAY SENSOR KIT	1	PA
FREESTYLE LIBRE 2 READER	1	PA
FREESTYLE LIBRE 2 SENSOR KIT	1	PA
FREESTYLE LIBRE 3 READER	1	PA
FREESTYLE LIBRE 3 SENSOR DEVICE	1	PA
FREESTYLE LITE METER KIT	1	
FREESTYLE LITE STRIPS ^{EDS}	1	QL(150 cada 30 días)
FREESTYLE PRECISION NEO METER	1	
FREESTYLE PRECISION NEO STRIPS ^{EDS}	1	QL(150 cada 30 días)
FREESTYLE TEST STRIPS ^{EDS}	1	QL(150 cada 30 días)
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	
FYCOMPA 0.5 MG/ML ORAL SUSPENSION	1	PA,QL(680 cada 28 días)
FYCOMPA 10 MG TABLET	1	PA,QL(30 cada 30 días)
FYCOMPA 12 MG TABLET	1	PA,QL(30 cada 30 días)
FYCOMPA 2 MG TABLET	1	PA,QL(30 cada 30 días)
FYCOMPA 4 MG TABLET	1	PA,QL(30 cada 30 días)
FYCOMPA 6 MG TABLET	1	PA,QL(30 cada 30 días)
FYCOMPA 8 MG TABLET	1	PA,QL(30 cada 30 días)
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)
GARDASIL 9 (PF) 0.5 ML INTRAMUSCULAR SUSPENSION	1	
GARDASIL 9 (PF) 0.5 ML INTRAMUSCULAR SYRINGE	1	
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	
gemfibrozil 600 mg tablet	1	QL(60 cada 30 días)
GENABIO COVID-19 RAPID AT-HOME KIT	1	
generlac 10 gram/15 ml oral solution	1	
gengraf 100 mg capsule	1	QL(720 cada 30 días)

• **EDS** -Suministro prolongado • **PA** - Autorización previa • **QL** - Límites de cantidad • **ST** - Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DEL USO
gengraf 100 mg/ml oral solution	1	
gengraf 25 mg capsule	1	
GENOTROPIN 12 MG/ML (36 UNIT/ML) SUBCUTANEOUS CARTRIDGE	1	PA,QL(28 cada 30 días)
GENOTROPIN 5 MG/ML (15 UNIT/ML) SUBCUTANEOUS CARTRIDGE	1	PA,QL(28 cada 30 días)
GENOTROPIN MINIQUICK 0.2 MG/0.25 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE	1	PA,QL(28 cada 30 días)
GENOTROPIN MINIQUICK 0.4 MG/0.25 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE	1	PA,QL(28 cada 30 días)
GENOTROPIN MINIQUICK 0.6 MG/0.25 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE	1	PA,QL(28 cada 30 días)
GENOTROPIN MINIQUICK 0.8 MG/0.25 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE	1	PA,QL(28 cada 30 días)
GENOTROPIN MINIQUICK 1 MG/0.25 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE	1	PA,QL(28 cada 30 días)
GENOTROPIN MINIQUICK 1.2 MG/0.25 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE	1	PA,QL(28 cada 30 días)
GENOTROPIN MINIQUICK 1.4 MG/0.25 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE	1	PA,QL(28 cada 30 días)
GENOTROPIN MINIQUICK 1.6 MG/0.25 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE	1	PA,QL(28 cada 30 días)
GENOTROPIN MINIQUICK 1.8 MG/0.25 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE	1	PA,QL(28 cada 30 días)
GENOTROPIN MINIQUICK 2 MG/0.25 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE	1	PA,QL(28 cada 30 días)
gentamicin 0.3 % eye drops	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)
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 ^{EDS}	1	
glipizide 5 mg tablet ^{EDS}	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	
GLUCAGEN HYPOKIT 1 MG INJECTION	1	
GLUCAGON (HCL) EMERGENCY KIT 1 MG SOLUTION FOR INJECTION	1	
glucagon emergency kit 1 mg solution for injection	1	
glucagon hcl 1 mg solution for injection	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	

• **EDS** -Suministro prolongado • **PA** - Autorización previa • **QL** - Límites de cantidad • **ST** - Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DEL USO
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	
glycopyrrolate 1 mg tablet	1	
glycopyrrolate 2 mg tablet	1	
glydo 2 % mucosal jelly in applicator	1	
GOTOKNOW COVID-19 AG HOME TEST KIT	1	
griseofulvin microsize 125 mg/5 ml oral suspension	1	
griseofulvin ultramicrosize 125 mg tablet	1	
griseofulvin ultramicrosize 250 mg tablet	1	
guaifenesin 100 mg/5 ml oral liquid	1	
guaifenesin 200 mg tablet	1	
guaifenesin ac 10 mg-100 mg/5 ml oral liquid	1	
guaifenesin er 600 mg tablet, extended release 12 hr	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)
gynazole-1 2 % vaginal cream	1	
hailey 1.5 mg-30 mcg tablet	1	
hailey 24 fe 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4) tablet	1	
hailey fe 1.5/30 (28) 1.5 mg-30 mcg (21)/75 mg (7) tablet	1	
hailey fe 1/20 (28) 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7) tablet	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)
halobetasol propionate 0.05 % topical cream	1	
halobetasol propionate 0.05 % topical ointment	1	
haloette 0.12 mg-0.015 mg/24 hr vaginal ring	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	
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	1	
HAVRIX (PF) 720 ELISA UNIT/0.5 ML INTRAMUSCULAR SYRINGE	1	
HEALTHWISE PEN NEEDLE 31 GAUGE X 3/16" ^{EDS}	1	

• **EDS** -Suministro prolongado • **PA** - Autorización previa • **QL** - Límites de cantidad • **ST** - Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DEL USO
HEALTHWISE PEN NEEDLE 31 GAUGE X 5/16" ^{EDS}	1	
HEALTHWISE PEN NEEDLE 32 GAUGE X 5/32" ^{EDS}	1	
HEALTHY ACCENTS UNIFINE PENTIP 29 GAUGE X 1/2" NEEDLE ^{EDS}	1	
HEALTHY ACCENTS UNIFINE PENTIP 31 GAUGE X 1/4" NEEDLE ^{EDS}	1	
HEALTHY ACCENTS UNIFINE PENTIP 31 GAUGE X 3/16" NEEDLE ^{EDS}	1	
HEALTHY ACCENTS UNIFINE PENTIP 31 GAUGE X 5/16" NEEDLE ^{EDS}	1	
HEALTHY ACCENTS UNIFINE PENTIP 32 GAUGE X 5/32" NEEDLE ^{EDS}	1	
healthylax 17 gram oral powder packet	1	QL(36 cada 30 días)
heartburn relief (famotidine) 10 mg tablet	1	
heartburn relief (famotidine) 20 mg tablet	1	
heather 0.35 mg tablet	1	
hematex 150 mg iron tablet	1	
HEPLISAV-B (PF) 20 MCG/0.5 ML INTRAMUSCULAR SYRINGE	1	
HUMALOG JUNIOR KWIKPEN (U-100) 100 UNIT/ML SUBCUTANEOUS HALF-UNIT PEN	1	
HUMALOG KWIKPEN (U-100) INSULIN 100 UNIT/ML SUBCUTANEOUS	1	
HUMALOG KWIKPEN U-200 INSULIN 200 UNIT/ML (3 ML) SUBCUTANEOUS	1	
HUMALOG MIX 50-50 (U-100) INSULIN 100 UNIT/ML SUBCUTANEOUS SUSPENSION	1	
HUMALOG MIX 50-50 KWIKPEN U-100 INSULIN 100 UNIT/ML SUBCUTANEOUS PEN	1	
HUMALOG MIX 75-25 (U-100) INSULIN 100 UNIT/ML SUBCUTANEOUS SUSPENSION	1	
HUMALOG MIX 75-25 KWIKPEN U-100 INSULIN 100 UNIT/ML SUBCUTANEOUS PEN	1	
HUMALOG TEMPO PEN (U-100) INSULIN 100 UNIT/ML SUBCUTANEOUS PEN, SENSOR	1	
HUMALOG U-100 INSULIN 100 UNIT/ML SUBCUTANEOUS CARTRIDGE	1	
HUMALOG U-100 INSULIN 100 UNIT/ML SUBCUTANEOUS SOLUTION	1	
HUMIRA 40 MG/0.8 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT	1	QL(6 cada 28 días)
HUMIRA PEN 40 MG/0.8 ML SUBCUTANEOUS KIT	1	QL(6 cada 28 días)
HUMIRA PEN CROHN'S-ULC COLITIS-HID SUP STARTER 40 MG/0.8 ML SUBCUT KIT	1	QL(6 cada 28 días)
HUMIRA PEN PSORIASIS-UVEITIS-ADOL HID SUP START 40 MG/0.8 ML SUBCUT KT	1	QL(6 cada 28 días)
HUMIRA(CF) 10 MG/0.1 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT	1	QL(2 cada 28 días)
HUMIRA(CF) 20 MG/0.2 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT	1	QL(6 cada 28 días)
HUMIRA(CF) 40 MG/0.4 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT	1	QL(6 cada 28 días)

• **EDS** - Suministro prolongado • **PA** - Autorización previa • **QL** - Límites de cantidad • **ST** - Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DEL USO
HUMIRA(CF) PEDI CROHN'S START 80 MG/0.8 ML-40 MG/0.4 ML SUBCUT SYR KIT	1	QL(6 cada 28 días)
HUMIRA(CF) PEDIATRIC CROHN'S STARTER 80 MG/0.8 ML SUBCUT SYRINGE KIT	1	QL(6 cada 28 días)
HUMIRA(CF) PEN 40 MG/0.4 ML SUBCUTANEOUS KIT	1	QL(6 cada 28 días)
HUMIRA(CF) PEN 80 MG/0.8 ML SUBCUTANEOUS KIT	1	QL(6 cada 28 días)
HUMIRA(CF) PEN CROHN'S-ULC COLITIS-HID SUP STRT 80 MG/0.8 ML SUBCUT KT	1	QL(6 cada 28 días)
HUMIRA(CF) PEN PEDIATRIC ULCER COLITIS STARTER 80 MG/0.8 ML SUBCUT KIT	1	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	QL(6 cada 28 días)
HUMULIN 70/30 U-100 INSULIN 100 UNIT/ML SUBCUTANEOUS SUSPENSION	1	
HUMULIN 70/30 U-100 INSULIN KWIKPEN 100 UNIT/ML SUBCUTANEOUS	1	
HUMULIN N NPH U-100 INSULIN (ISOPHANE SUSP) 100 UNIT/ML SUBCUTANEOUS	1	
HUMULIN N NPH U-100 INSULIN KWIKPEN 100 UNIT/ML (3 ML) SUBCUTANEOUS	1	
HUMULIN R REGULAR U-100 INSULIN 100 UNIT/ML INJECTION SOLUTION	1	
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	
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 300 mg tablet	1	QL(180 cada 30 días)
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 5 mg-acetaminophen 300 mg tablet	1	QL(240 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 300 mg tablet	1	QL(180 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)

• **EDS** -Suministro prolongado • **PA** - Autorización previa • **QL** - Límites de cantidad • **ST** - Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DEL USO
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 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 butyrate 0.1 % topical ointment	1	
hydrocortisone butyrate 0.1 % topical solution	1	
hydrocortisone valerate 0.2 % 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 3 mg rectal suppository	1	QL(120 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	
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	
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	
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	

• **EDS** -Suministro prolongado • **PA** - Autorización previa • **QL** - Límites de cantidad • **ST** - Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DEL USO
ibuprofen 400 mg tablet	1	
ibuprofen 600 mg tablet	1	
ibuprofen 800 mg tablet	1	
ibuprofen ib 200 mg tablet	1	
iclevia 0.15 mg-30 mcg (91) tablets,3 month dose pack	1	QL(91 cada 90 días)
IHEALTH COVID-19 ANTIGEN RAPID HOME TEST KIT	1	
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)
IMITREX 20 MG/ACTUATION NASAL SPRAY	1	QL(12 cada 30 días)
IMITREX 5 MG/ACTUATION NASAL SPRAY	1	QL(12 cada 30 días)
incassia 0.35 mg tablet	1	
INCONTROL ALCOHOL PADS	1	
INCONTROL PEN NEEDLE 29 GAUGE X 1/2" ^{EDS}	1	
INCONTROL PEN NEEDLE 31 GAUGE X 1/4" ^{EDS}	1	
INCONTROL PEN NEEDLE 31 GAUGE X 3/16" ^{EDS}	1	
INCONTROL PEN NEEDLE 31 GAUGE X 5/16" ^{EDS}	1	
INCONTROL PEN NEEDLE 32 GAUGE X 5/32" ^{EDS}	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	
INGREZZA 40 MG CAPSULE	1	QL(30 cada 30 días)
INGREZZA 60 MG CAPSULE	1	QL(30 cada 30 días)
INGREZZA 80 MG CAPSULE	1	QL(30 cada 30 días)
INGREZZA INITIATION (TARDIVE) 40 MG (7)-80 MG (21) CAPSULES, DOSE PACK	1	QL(28 cada 28 días)
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 ASPART (U-100) 100 UNIT/ML (3 ML) SUBCUTANEOUS PEN	1	
INSULIN ASPART U-100 100 UNIT/ML SUBCUTANEOUS CARTRIDGE	1	

• **EDS** -Suministro prolongado • **PA** - Autorización previa • **QL** - Límites de cantidad • **ST** – Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DEL USO
INSULIN ASPART U-100 100 UNIT/ML SUBCUTANEOUS SOLUTION	1	
INSULIN LISPRO (U-100) 100 UNIT/ML SUBCUTANEOUS HALF-UNIT PEN	1	
INSULIN LISPRO (U-100) 100 UNIT/ML SUBCUTANEOUS PEN	1	
INSULIN LISPRO (U-100) 100 UNIT/ML SUBCUTANEOUS SOLUTION	1	
INSULIN LISPRO PROTAMINE-LISPRO 100 UNIT/ML (75-25) SUBCUTANEOUS PEN	1	
INSUPEN PEN NEEDLE 29 GAUGE X 1/2" ^{EDS}	1	
INSUPEN PEN NEEDLE 31 GAUGE X 3/16" ^{EDS}	1	
INSUPEN PEN NEEDLE 31 GAUGE X 5/16" ^{EDS}	1	
INSUPEN PEN NEEDLE 32 GAUGE X 5/32" ^{EDS}	1	
INTEGRA SYRINGE 3 ML 21 GAUGE X 1"	1	
INTELISWAB COVID-19 RAPID HOME TEST KIT	1	
INTERLINK SYRINGE AND CANNULA 15 X 10 ML	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)
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)
INVOKAMET 150 MG-1,000 MG TABLET	1	PA,QL(60 cada 30 días)
INVOKAMET 150 MG-500 MG TABLET	1	PA,QL(60 cada 30 días)
INVOKAMET 50 MG-1,000 MG TABLET	1	PA,QL(60 cada 30 días)
INVOKAMET 50 MG-500 MG TABLET	1	PA,QL(60 cada 30 días)
INVOKANA 100 MG TABLET	1	PA,QL(30 cada 30 días)
INVOKANA 300 MG TABLET	1	PA,QL(30 cada 30 días)
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 ^{EDS}	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)

• **EDS** -Suministro prolongado • **PA** - Autorización previa • **QL** - Límites de cantidad • **ST** - Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DEL USO
isibloom 0.15 mg-0.03 mg tablet	1	
isoniazid 100 mg tablet	1	
isoniazid 300 mg tablet	1	
isoniazid 50 mg/5 ml oral solution	1	
isosorbide 20 mg-hydralazine 37.5 mg tablet	1	QL(180 cada 30 días)
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	
ivermectin 3 mg tablet	1	
jaimiess 0.15 mg-30 mcg (84)/10 mcg(7) tablets,3 month dose pack	1	QL(91 cada 90 días)
JANSSEN COVID-19 VACCINE (PF) 0.5 ML INTRAMUSCULAR SUSPENSION (EUA)	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	
JANUMET 50 MG-1,000 MG TABLET	1	PA,QL(60 cada 30 días)
JANUMET 50 MG-500 MG TABLET	1	PA,QL(60 cada 30 días)
JANUVIA 100 MG TABLET	1	PA,QL(30 cada 30 días)
JANUVIA 25 MG TABLET	1	PA,QL(30 cada 30 días)
JANUVIA 50 MG TABLET	1	PA,QL(30 cada 30 días)
JARDIANCE 10 MG TABLET	1	PA,QL(30 cada 30 días)
JARDIANCE 25 MG TABLET	1	PA,QL(30 cada 30 días)
jasmiel (28) 3 mg-0.02 mg tablet	1	
jencycla 0.35 mg tablet	1	
JENTADUETO 2.5 MG-1,000 MG TABLET	1	PA,QL(60 cada 30 días)
JENTADUETO 2.5 MG-500 MG TABLET	1	PA,QL(60 cada 30 días)

• **EDS** -Suministro prolongado • **PA** - Autorización previa • **QL** - Límites de cantidad • **ST** - Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DEL USO
JENTADUETO 2.5 MG-850 MG TABLET	1	PA,QL(60 cada 30 días)
jinteli 1 mg-5 mcg tablet	1	
jolessa 0.15 mg-30 mcg (91) tablets,3 month dose pack	1	QL(91 cada 90 días)
juleber 0.15 mg-0.03 mg tablet	1	
JULUCA 50 MG-25 MG TABLET	1	QL(30 cada 30 días)
junel 1.5/30 (21) 1.5 mg-30 mcg tablet	1	
junel 1/20 (21) 1 mg-20 mcg tablet	1	
junel fe 1.5/30 (28) 1.5 mg-30 mcg (21)/75 mg (7) tablet	1	
junel fe 1/20 (28) 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7) tablet	1	
junel fe 24 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4) tablet	1	
k-pec antidiarrheal (bism sub) 262 mg/15 ml oral suspension	1	
kaitlib fe 0.8 mg-25 mcg (24)/75 mg (4) chewable tablet	1	
kalliga 0.15 mg-0.03 mg tablet	1	
kaopectate (bismuth subsalicylate) 262 mg/15 ml oral suspension	1	
kariva (28) 0.15 mg-0.02 mg (21)/0.01 mg (5) tablet	1	
kelnor 1/35 (28) 1 mg-35 mcg tablet	1	
kelnor 1/50 (28) 1 mg-50 mcg tablet	1	
ketoconazole 2 % shampoo	1	
ketoconazole 2 % topical cream	1	
KETONE URINE TEST STRIPS	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	
KIMONO MICROTHIN AQUA LUBE CONDOM	1	
KIMONO MICROTHIN CONDOMS	1	
KIMONO MICROTHIN LARGE CONDOMS	1	
KIMONO TEXTURED CONDOMS	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	
kurvelo (28) 0.15 mg-0.03 mg tablet	1	
l norgest/e estradiol-e estrad 0.1 mg-20 mcg (84)/10 mcg (7) tabs,3mos	1	QL(91 cada 90 días)
l norgest/e estradiol-e estrad 0.15 mg-30 mcg (84)/10 mcg(7) tabs,3mos	1	QL(91 cada 90 días)
l norgest/ee 0.15-0.02mg/0.15-0.025mg/0.15-0.03mg/ee 0.01 mg tabs,3mo	1	QL(91 cada 90 días)
l-methylfolate 15 mg tablet	1	
l-methylfolate 7.5 mg tablet	1	
l.norgest-eth.estradiol triphasic 50-30 (6)/75-40(5)/125-30(10) tablet	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	

• EDS -Suministro prolongado • PA - Autorización previa • QL - Límites de cantidad • ST - Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DEL USO
lactulose 10 gram/15 ml oral solution	1	
lactulose 20 gram/30 ml oral solution	1	
LAGEVRIO 200 MG CAPSULE (EUA)	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 disintegrating tablet	1	
lamotrigine 100 mg tablet ^{EDS}	1	
lamotrigine 150 mg tablet ^{EDS}	1	
lamotrigine 200 mg disintegrating tablet	1	
lamotrigine 200 mg tablet ^{EDS}	1	
lamotrigine 25 mg chewable dispersible tablet	1	QL(120 cada 30 días)
lamotrigine 25 mg disintegrating tablet	1	
lamotrigine 25 mg tablet ^{EDS}	1	
lamotrigine 5 mg chewable dispersible tablet	1	QL(150 cada 30 días)
lamotrigine 50 mg disintegrating tablet	1	
lamotrigine er 100 mg tablet,extended release 24 hr	1	
lamotrigine er 200 mg tablet,extended release 24 hr	1	
lamotrigine er 25 mg tablet,extended release 24 hr	1	
lamotrigine er 250 mg tablet,extended release 24 hr	1	
lamotrigine er 300 mg tablet,extended release 24 hr	1	
lamotrigine er 50 mg tablet,extended release 24 hr	1	
LAMPIT 120 MG TABLET	1	
LAMPIT 30 MG TABLET	1	
LANTUS SOLOSTAR U-100 INSULIN 100 UNIT/ML (3 ML) SUBCUTANEOUS PEN	1	
LANTUS U-100 INSULIN 100 UNIT/ML SUBCUTANEOUS SOLUTION	1	
larin 1.5/30 (21) 1.5 mg-30 mcg tablet	1	
larin 1/20 (21) 1 mg-20 mcg tablet	1	
larin 24 fe 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4) tablet	1	
larin fe 1.5/30 (28) 1.5 mg-30 mcg (21)/75 mg (7) tablet	1	
larin fe 1/20 (28) 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7) tablet	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	
laxative peg 3350 17 gram/dose oral powder	1	QL(1054 cada 30 días)
leena 28 0.5 mg/1 mg/0.5 mg-35 mcg tablet	1	
leflunomide 10 mg tablet	1	QL(30 cada 30 días)
leflunomide 20 mg tablet	1	QL(30 cada 30 días)
lessina 0.1 mg-20 mcg tablet	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)

• EDS -Suministro prolongado • PA - Autorización previa • QL - Límites de cantidad • ST - Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DEL USO
LEVEMIR FLEXPEN 100 UNIT/ML (3 ML) SOLUTION SUBCUTANEOUS INSULIN PEN	1	
LEVEMIR U-100 INSULIN 100 UNIT/ML SUBCUTANEOUS SOLUTION	1	
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	
levocetirizine 5 mg tablet	1	QL(30 cada 30 días)
levofloxacin 250 mg tablet	1	
levofloxacin 500 mg tablet	1	
levofloxacin 750 mg tablet	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	1	
levonorgestrel 0.1 mg-ethinyl estradiol 0.02 mg (21)/iron (7) tablet	1	
levonorgestrel 0.15 mg-ethinyl estradiol 0.03 mg tablet	1	
levonorgestrel 0.15 mg-ethinyl estradiol 30 mcg tablets,3 mos pack(91)	1	QL(91 cada 90 días)
levonorgestrel 1.5 mg tablet	1	
levonorgestrel-ethinyl estradiol 0.1 mg-20 mcg tablet	1	
levonorgestrel-ethinyl estradiol 90 mcg-20 mcg (28) tablet	1	
levora-28 0.15 mg-0.03 mg tablet	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 (permethrin) 1 % topical liquid	1	
lice treatment (permethrin) 1 % topical liquid	1	
lice treatment 1 % topical liquid	1	
lidocaine 2 % mucosal jelly in applicator	1	

• EDS -Suministro prolongado • PA - Autorización previa • QL - Límites de cantidad • ST - Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DEL USO
lidocaine 4 % topical cream	1	
lidocaine hcl 2 % mucosal solution	1	
lidocaine viscous 2 % mucosal solution	1	
lidocaine-prilocaine 2.5 %-2.5 % topical cream	1	
LIFEMS NALOXONE 2 MG/2 ML SYRINGE KIT	1	
linezolid 100 mg/5 ml oral suspension	1	QL(1800 cada 30 días)
linezolid 600 mg tablet	1	QL(30 cada 30 días)
lintera 10 % topical cleanser	1	
LINZESS 145 MCG CAPSULE	1	QL(30 cada 30 días)
LINZESS 290 MCG CAPSULE	1	QL(30 cada 30 días)
LINZESS 72 MCG CAPSULE	1	QL(30 cada 30 días)
liothyronine 25 mcg tablet	1	
liothyronine 5 mcg tablet	1	
liothyronine 50 mcg tablet	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 INSULIN PEN NEEDLES 29 GAUGE X 1/2" ^{EDS}	1	
LITE TOUCH INSULIN PEN NEEDLES 31 GAUGE X 1/4" ^{EDS}	1	
LITE TOUCH INSULIN PEN NEEDLES 31 GAUGE X 3/16" ^{EDS}	1	
LITE TOUCH INSULIN PEN NEEDLES 31 GAUGE X 5/16" ^{EDS}	1	
LITE TOUCH-MEDIUM MASK	1	
LITEAIRE MDI CHAMBER	1	
LITETOUCH-LARGE MASK	1	
LITETOUCH-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	1	
lo-zumandimine (28) 3 mg-0.02 mg tablet	1	
lojaimiess 0.1 mg-20 mcg (84)/10 mcg (7) tablets,3 month dose pack	1	QL(91 cada 90 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	
loratadine 10 mg disintegrating tablet	1	
loratadine 10 mg tablet	1	

• EDS -Suministro prolongado • PA - Autorización previa • QL - Límites de cantidad • ST - Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DEL USO
lorazepam 0.5 mg tablet	1	QL(90 cada 30 días)
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	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	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	1	
LUCIRA COVID-19 AND FLU TEST KIT	1	
LUMIGAN 0.01 % EYE DROPS	1	QL(2.5 cada 25 días)
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)
lutra (28) 0.1 mg-20 mcg tablet	1	
lyleq 0.35 mg tablet	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)
LYSODREN 500 MG TABLET	1	
lyza 0.35 mg tablet	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	1	
m-natal plus 27 mg iron-1 mg tablet	1	
m-pap 160 mg/5 ml oral liquid	1	

• **EDS** -Suministro prolongado • **PA** - Autorización previa • **QL** - Límites de cantidad • **ST** - Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DEL USO
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"	1	
MAGELLAN SYRINGE 1 ML 27 GAUGE X 1/2"	1	
MAGELLAN TUBERCULIN SAFETY SYRINGE 1 ML 28 GAUGE X 1/2"	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	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)
MAXICOMFORT II PEN NEEDLE 31 GAUGE X 1/4" ^{EDS}	1	
MAXICOMFORT SAFETY PEN NEEDLE 29 GAUGE X 3/16" ^{EDS}	1	
MAXICOMFORT SAFETY PEN NEEDLE 29 GAUGE X 5/16" ^{EDS}	1	
medroxyprogesterone 10 mg tablet	1	
medroxyprogesterone 150 mg/ml intramuscular suspension	1	QL(1 cada 90 días)
medroxyprogesterone 150 mg/ml intramuscular syringe	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	
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)
MENACTRA (PF) 4 MCG/0.5 ML INTRAMUSCULAR SOLUTION	1	
MENQUADFI (PF) 10 MCG/0.5 ML INTRAMUSCULAR SOLUTION	1	
MENVEO A-C-Y-W-135-DIP (PF) 10 MCG-5 MCG/0.5 ML IM KIT (2 VIALS)	1	
MENVEO A-C-Y-W-135-DIP (PF) 10 MCG-5 MCG/0.5 ML IM SOLUTION (1 VIAL)	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 1,000 mg rectal suppository	1	QL(30 cada 30 días)
mesalamine 4 gram/60 ml enema	1	QL(1800 cada 30 días)
MESNEX 400 MG TABLET	1	

• EDS - Suministro prolongado • PA - Autorización previa • QL - Límites de cantidad • ST - Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DEL USO
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) 1 gram solution for injection	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 tablet	1	QL(90 cada 30 días)
methylphenidate 10 mg/5 ml oral solution	1	QL(900 cada 30 días)
methylphenidate 20 mg tablet	1	QL(90 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)
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 cd 40 mg biphasic 30-70 capsule,extended release	1	QL(30 cada 30 días)
methylphenidate cd 50 mg biphasic 30-70 capsule,extended release	1	QL(30 cada 30 días)
methylphenidate cd 60 mg biphasic 30-70 capsule,extended release	1	QL(30 cada 30 días)
methylphenidate er 10 mg tablet,extended release	1	QL(180 cada 30 días)
methylphenidate er 20 mg tablet,extended release	1	QL(90 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)

• **EDS** - Suministro prolongado • **PA** - Autorización previa • **QL** - Límites de cantidad • **ST** - Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DEL USO
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)
methylphenidate la 60 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 25 mg tablet ^{EDS}	1	
metoprolol tartrate 37.5 mg tablet ^{EDS}	1	
metoprolol tartrate 50 mg tablet ^{EDS}	1	
metoprolol tartrate 75 mg tablet ^{EDS}	1	
metronidazole 0.75 % (37.5 mg/5 gram) vaginal gel	1	
metronidazole 0.75 % lotion	1	
metronidazole 0.75 % topical cream	1	
metronidazole 0.75 % topical gel	1	
metronidazole 1 % topical gel	1	
metronidazole 250 mg tablet	1	
metronidazole 375 mg capsule	1	
metronidazole 500 mg tablet	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	1	
miconazole nitrate 2 % vaginal cream	1	
miconazole-3 200 mg-2 % (9 gram) vaginal kit	1	
miconazole-3 200 mg vaginal suppository	1	
miconazole-3 4 % (200 mg)-2 % (9 gram) vaginal pack,prefil appl, cream	1	
miconazole-7 100 mg vaginal suppository	1	

• **EDS** -Suministro prolongado • **PA** - Autorización previa • **QL** - Límites de cantidad • **ST** - Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DEL USO
miconazole-7 2 % vaginal cream	1	
MICROCHAMBER SPACER	1	
MICRODOT INSULIN PEN NEEDLE 31 GAUGE X 1/4" ^{EDS}	1	
MICRODOT INSULIN PEN NEEDLE 32 GAUGE X 5/32" ^{EDS}	1	
MICRODOT INSULIN PEN NEEDLE 33 GAUGE X 5/32" ^{EDS}	1	
MICRODOT READYGARD PEN NEEDLE 31 GAUGE X 3/16" ^{EDS}	1	
microgestin 1.5/30 (21) 1.5 mg-30 mcg tablet	1	
microgestin 1/20 (21) 1 mg-20 mcg tablet	1	
microgestin 24 fe 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4) tablet	1	
microgestin fe 1.5/30 (28) 1.5 mg-30 mcg (21)/75 mg (7) tablet	1	
microgestin fe 1/20 (28) 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7) tablet	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	1	
milk of magnesia 400 mg/5 ml oral suspension	1	
mimvey 1 mg-0.5 mg tablet	1	
MINI ULTRA-THIN II 31 GAUGE X 3/16" NEEDLE ^{EDS}	1	
MINI WRIGHT PEAK FLOW METER	1	
MINIMED SYRINGE RESERVOIR 1.8 ML	1	
MINIMED SYRINGE RESERVOIR 3 ML	1	
minocycline 100 mg capsule	1	
minocycline 100 mg tablet	1	
minocycline 50 mg capsule	1	
minocycline 50 mg tablet	1	
minocycline 75 mg capsule	1	
minocycline 75 mg tablet	1	
minoxidil 10 mg tablet	1	
minoxidil 2.5 mg tablet ^{EDS}	1	
mintox maximum strength 400 mg-400 mg-40 mg/5 ml oral suspension	1	
mirtazapine 15 mg disintegrating tablet	1	QL(30 cada 30 días)
mirtazapine 15 mg tablet ^{EDS}	1	QL(30 cada 30 días)
mirtazapine 30 mg disintegrating tablet	1	QL(30 cada 30 días)
mirtazapine 30 mg tablet ^{EDS}	1	QL(30 cada 30 días)
mirtazapine 45 mg disintegrating tablet	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	
MODERNA COVID 2023-24(6MO-11YR)(PF) 25 MCG/0.25 ML IM SUSPENSION (EUA)	1	
MODERNA COVID 2024-25(6M-11Y)(PF)(EUA) 25 MCG/0.25 ML IM SYRINGE	1	
MODERNA COVID-19 (12 YR UP) VACCINE (PF) 100 MCG/0.5 ML IM SUSP (EUA)	1	

• **EDS** -Suministro prolongado • **PA** - Autorización previa • **QL** - Límites de cantidad • **ST** - Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DEL USO
MODERNA COVID-19 BIVALENT(6MO UP)(PF) 50 MCG/0.5 ML IM SUSP(EUA)(BLUE)	1	
MODERNA COVID-19 BIVALENT(6MO-5Y)(PF) 10 MCG/0.2 ML IM SUSP(EUA)(PINK)	1	
MODERNA COVID-19 VACC (6-11YR PRIMARY)(PF) 50 MCG/0.5 ML IM SUSP (EUA)	1	
MODERNA COVID-19 VACCINE(6MO-5YR)(PF) 25 MCG/0.25 ML IM SUSP (EUA)	1	
mometasone 0.1 % topical cream	1	
mometasone 0.1 % topical ointment	1	
mometasone 0.1 % topical solution	1	
mometasone 50 mcg/actuation nasal spray	1	
mometasone 50 mcg/actuation nasal spray	1	QL(34 cada 30 días)
mono-linyah 0.25 mg-35 mcg tablet	1	
MONOJECT BLOOD COLLECTION 20 GAUGE X 1" NEEDLE ^{EDS}	1	
MONOJECT BLOOD COLLECTION 20 X 1 1/2" NEEDLE ^{EDS}	1	
MONOJECT BLOOD COLLECTION 21 GAUGE X 1" NEEDLE ^{EDS}	1	
MONOJECT BLOOD COLLECTION 22 GAUGE X 1" NEEDLE ^{EDS}	1	
MONOJECT CONTROL SYRINGE LUER LOCK 12 ML	1	
MONOJECT ENFIT STERILE SYRINGE 1 ML	1	
MONOJECT ENFIT STERILE SYRINGE 3 ML	1	
MONOJECT ENFIT STERILE SYRINGE 35 ML	1	
MONOJECT ENFIT STERILE SYRINGE 6 ML	1	
MONOJECT ENFIT STERILE SYRINGE 60 ML	1	
MONOJECT ENFIT SYRINGE 12 ML	1	
MONOJECT HYPODERMIC NEEDLES 22 GAUGE X 1 1/2" ^{EDS}	1	
MONOJECT HYPODERMIC NEEDLES 22 GAUGE X 1" ^{EDS}	1	
MONOJECT HYPODERMIC NEEDLES 23 GAUGE X 1" ^{EDS}	1	
MONOJECT HYPODERMIC NEEDLES 25 GAUGE X 1 1/2" ^{EDS}	1	
MONOJECT HYPODERMIC NEEDLES 25 GAUGE X 1" ^{EDS}	1	
MONOJECT HYPODERMIC NEEDLES 25 GAUGE X 5/8" ^{EDS}	1	
MONOJECT HYPODERMIC NEEDLES 26 GAUGE X 1 1/2" ^{EDS}	1	
MONOJECT HYPODERMIC NEEDLES 27 GAUGE X 1/2" ^{EDS}	1	
MONOJECT HYPODERMIC NEEDLES 30 GAUGE X 3/4" ^{EDS}	1	
MONOJECT MAGELLAN SYRINGE 1 ML 25 GAUGE X 1"	1	
MONOJECT MAGELLAN SYRINGE 1 ML 25 GAUGE X 5/8"	1	
MONOJECT MAGELLAN SYRINGE 3 ML 20 GAUGE X 1"	1	
MONOJECT PHARMACY TRAY REGULAR TIP 1 ML SYRINGE	1	
MONOJECT SAFETY SYRINGES	1	
MONOJECT SAFETY SYRINGES 12 ML 21 X 1 1/2"	1	
MONOJECT SAFETY SYRINGES 3 ML 21 GAUGE X 1"	1	
MONOJECT SAFETY SYRINGES 3 ML 22 GAUGE X 1 1/2"	1	
MONOJECT SAFETY SYRINGES 6 ML	1	
MONOJECT SYRINGE 3 ML	1	
MONOJECT SYRINGE 6 ML	1	
MONOJECT SYRINGE 6 ML 20 X 1 1/2"	1	
MONOJECT SYRINGE 6 ML 21 X 1 1/2"	1	
MONOJECT SYRINGE 6 ML 21 X 1"	1	

• **EDS** -Suministro prolongado • **PA** - Autorización previa • **QL** - Límites de cantidad • **ST** - Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DEL USO
MONOJECT SYRINGE 6 ML 22 X 1 1/2"	1	
MONOJECT TB LUER LOK 1 ML SYRINGE	1	
MONOJECT TUBERCULIN SYRINGE 1 ML	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	1	QL(90 cada 30 días)
morgidox 50 mg capsule	1	
morphine 10 mg rectal suppository	1	QL(180 cada 30 días)
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 rectal suppository	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 30 mg rectal suppository	1	QL(180 cada 30 días)
morphine 5 mg rectal suppository	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)
MRESVIA (PF) 50 MCG/0.5 ML INTRAMUSCULAR SYRINGE	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	
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 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-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	1	
my way 1.5 mg tablet	1	

• EDS -Suministro prolongado • PA - Autorización previa • QL - Límites de cantidad • ST - Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DEL USO
mycophenolate mofetil 200 mg/ml oral powder for 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	
MYLERAN 2 MG TABLET	1	QL(150 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	1	
naloxone 0.4 mg/ml injection syringe	1	
naloxone 1 mg/ml injection syringe	1	
naltrexone 50 mg tablet	1	
naproxen 125 mg/5 ml oral suspension	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	
NARCAN 4 MG/ACTUATION NASAL SPRAY	1	QL(4 cada 30 días)
nasal decongestant (phenylephrine) 10 mg tablet	1	
nasal moisturizing 0.65 % spray aerosol	1	
nateglinide 120 mg tablet	1	
nateglinide 60 mg tablet	1	
NATROBA 0.9 % TOPICAL SUSPENSION	1	QL(240 cada 30 días)
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	1	
nefazodone 100 mg tablet	1	
nefazodone 150 mg tablet	1	
nefazodone 200 mg tablet	1	
nefazodone 250 mg tablet	1	
nefazodone 50 mg tablet	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-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	

• **EDS** -Suministro prolongado • **PA** - Autorización previa • **QL** - Límites de cantidad • **ST** - Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DEL USO
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	
NEVANAC 0.1 % EYE DROPS,SUSPENSION	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	1	
NEXIUM PACKET 10 MG GRANULES DELAYED RELEASE FOR SUSP	1	QL(30 cada 30 días)
NEXIUM PACKET 2.5 MG GRANULES DELAYED RELEASE FOR SUSP	1	QL(30 cada 30 días)
NEXIUM PACKET 20 MG GRANULES DELAYED RELEASE FOR SUSP	1	QL(30 cada 30 días)
NEXIUM PACKET 40 MG GRANULES DELAYED RELEASE FOR SUSP	1	QL(30 cada 30 días)
NEXIUM PACKET 5 MG GRANULES DELAYED RELEASE FOR SUSP	1	QL(30 cada 30 días)
NEXTSTELLIS 3 MG-14.2 MG (28) TABLET	1	
NICADAN 800 MG-10 MG-100 MG-500 MCG TABLET	1	
nicardipine 20 mg capsule	1	
nicardipine 30 mg capsule	1	
nicotine (polacrilex) 2 mg buccal lozenge	1	
nicotine (polacrilex) 2 mg buccal mini lozenge	1	
nicotine (polacrilex) 2 mg gum	1	
nicotine (polacrilex) 4 mg buccal lozenge	1	
nicotine (polacrilex) 4 mg buccal mini lozenge	1	
nicotine (polacrilex) 4 mg gum	1	
nicotine 14 mg/24 hr daily transdermal patch	1	
nicotine 21 mg/24 hr daily transdermal patch	1	
nicotine 21mg/24hr-14mg/24hr-7mg/24hr daily transderm patches,sequentl	1	
nicotine 7 mg/24 hr daily transdermal patch	1	
NICOTROL 10 MG INHALATION CARTRIDGE	1	
NICOTROL NS 10 MG/ML NASAL SPRAY	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	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)

• **EDS** -Suministro prolongado • **PA** - Autorización previa • **QL** - Límites de cantidad • **ST** - Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DEL USO
nitrofurantoin macrocrystal 100 mg capsule	1	
nitrofurantoin macrocrystal 50 mg capsule	1	
nitrofurantoin monohydrate/macrocrystals 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)
nora-be 0.35 mg tablet	1	
NORDITROPIN FLEXPPO 10 MG/1.5 ML (6.7 MG/ML) SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR	1	PA,QL(10 cada 30 días)
NORDITROPIN FLEXPPO 15 MG/1.5 ML (10 MG/ML) SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR	1	PA,QL(10 cada 30 días)
NORDITROPIN FLEXPPO 30 MG/3 ML (10 MG/ML) SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR	1	PA,QL(10 cada 30 días)
NORDITROPIN FLEXPPO 5 MG/1.5 ML (3.3 MG/ML) SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR	1	PA,QL(10 cada 30 días)
norelgestromin 150 mcg-e.estradiol 35 mcg/24 hr weekly transderm patch	1	QL(3 cada 28 días)
norethin-ethinyl estradiol-iron 0.4 mg-35 mcg(21)/75 mg(7) chew tablet	1	
norethin-ethinyl estradiol-iron 0.8 mg-25 mcg(24)/75 mg(4) chew tablet	1	
norethindrone (contraceptive) 0.35 mg tablet	1	
norethindrone 1 mg-e. estradiol 20 mcg (24)-iron 75 mg (4) chew tablet	1	
norethindrone 1 mg-ethinyl estradiol 20 mcg (21)-iron 75 mg (7) tablet	1	
norethindrone 1.5 mg-ethinyl estradiol 30 mcg(21)/iron 75 mg(7) tablet	1	
norethindrone acetate 0.5 mg-ethinyl estradiol 2.5 mcg tablet	1	
norethindrone acetate 1 mg-ethinyl estradiol 20 mcg tablet	1	
norethindrone acetate 1 mg-ethinyl estradiol 5 mcg tablet	1	
norethindrone acetate 1.5 mg-ethinyl estradiol 30 mcg tablet	1	
norethindrone acetate 5 mg tablet	1	
norethindrone-eth. estradiol-iron 1-20 (5)/1-30(7)/1mg-35mcg(9) tablet	1	
norgestimate 0.18 mg/0.215 mg/0.25 mg-ethinyl estradiol 25 mcg tablet	1	
norgestimate 0.25 mg-ethinyl estradiol 35 mcg tablet	1	
norgestimate-ethinyl estradiol 0.18 mg/0.215mg/0.25mg-35 mcg(28)tablet	1	
nortrel 0.5/35 (28) 0.5 mg-35 mcg tablet	1	
nortrel 1/35 (21) 1 mg-35 mcg tablet	1	
nortrel 1/35 (28) 1 mg-35 mcg tablet	1	
nortrel 7/7/7 (28) 0.5 mg/0.75 mg/1 mg-35 mcg tablet	1	
nortriptyline 10 mg capsule	1	

• EDS - Suministro prolongado • PA - Autorización previa • QL - Límites de cantidad • ST - Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DEL USO
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)
NOVAVAX COVID 2023-2024(PF) 5 MCG/0.5 ML INTRAMUSCULAR SUSPENSION(EUA)	1	
NOVAVAX COVID-19 VACCINE,ADJUVANTED (PF) 5 MCG/0.5 ML IM SUSPEN (EUA)	1	
NOVOFINE 32 32 GAUGE X 1/4" NEEDLE ^{EDS}	1	
NOVOFINE AUTOCOVER 30 GAUGE X 1/3" NEEDLE ^{EDS}	1	
NOVOFINE PLUS 32 GAUGE X 1/6" NEEDLE ^{EDS}	1	
NOVOLOG FLEXPEN U-100 INSULIN ASPART 100 UNIT/ML (3 ML) SUBCUTANEOUS	1	
NOVOLOG MIX 70-30 FLEXPEN U-100 INSULIN 100 UNIT/ML SUBCUTANEOUS PEN	1	
NOVOLOG MIX 70-30 U-100 INSULIN 100 UNIT/ML SUBCUTANEOUS SOLUTION	1	
NOVOLOG PENFILL U-100 INSULIN ASPART 100 UNIT/ML SUBCUTANEOUS CARTRIDG	1	
NOVOLOG U-100 INSULIN ASPART 100 UNIT/ML SUBCUTANEOUS SOLUTION	1	
np thyroid 120 mg tablet	1	
np thyroid 15 mg tablet	1	
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	
nyamyc 100,000 unit/gram topical powder	1	
nylia 1/35 (28) 1 mg-35 mcg tablet	1	
nylia 7/7/7 (28) 0.5/0.75/1 mg-35 mcg tablet	1	
nymyo 0.25 mg-35 mcg tablet	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	1	
ODEFSEY 200 MG-25 MG-25 MG TABLET	1	QL(30 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	

• EDS - Suministro prolongado • PA - Autorización previa • QL - Límites de cantidad • ST - Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DEL USO
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	
OHC COVID-19 ANTIGEN HOME TEST KIT	1	
olanzapine 10 mg tablet ^{EDS}	1	QL(30 cada 30 días)
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 40 mg tablet ^{EDS}	1	QL(30 cada 30 días)
olmesartan 5 mg tablet ^{EDS}	1	QL(60 cada 30 días)
olopatadine 0.2 % eye drops	1	
omega-3 acid ethyl esters 1 gram capsule	1	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	1	
OMNIPOD 5 G6 INTRO KIT (GEN 5) SUBCUTANEOUS CARTRIDGE WITH CONTROLLER	1	PA
OMNIPOD 5 G6 PODS (GEN 5) SUBCUTANEOUS CARTRIDGE	1	PA
OMNIPOD 5 G6-G7 INTRO KIT (GEN 5) SUBCUTANEOUS CARTRIDGE	1	PA
OMNIPOD 5 G6-G7 PODS (GEN 5) SUBCUTANEOUS CARTRIDGE	1	PA
OMNIPOD DASH INTRO KIT (GEN 4) SUBCUTANEOUS CARTRIDGE WITH CONTROLLER	1	PA
OMNIPOD DASH PODS (GEN 4) SUBCUTANEOUS CARTRIDGE	1	PA
ondansetron 16 mg disintegrating tablet	1	QL(30 cada 30 días)
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 4 mg/5 ml oral solution	1	QL(450 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 ULTRA TEST STRIPS ^{EDS}	1	QL(150 cada 30 días)
ONETOUCH ULTRA2 METER	1	
ONETOUCH ULTRASOFT LANCETS	1	
ONETOUCH VERIO FLEX METER	1	
ONETOUCH VERIO TEST STRIPS ^{EDS}	1	QL(150 cada 30 días)
opcicon one-step 1.5 mg tablet	1	

• **EDS** -Suministro prolongado • **PA** - Autorización previa • **QL** - Límites de cantidad • **ST** - Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DEL USO
OPILL 0.075 MG TABLET	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	1	
oralone 0.1 % dental paste	1	
oralyte oral solution	1	
orphenadrine citrate er 100 mg tablet,extended release	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 600 mg tablet	1	
oxybutynin chloride 2.5 mg tablet ^{EDS}	1	QL(90 cada 30 días)
oxybutynin chloride 5 mg tablet ^{EDS}	1	
oxybutynin chloride 5 mg/5 ml oral syrup	1	
oxybutynin chloride er 10 mg tablet,extended release 24 hr ^{EDS}	1	QL(60 cada 30 días)
oxybutynin chloride er 15 mg tablet,extended release 24 hr ^{EDS}	1	QL(60 cada 30 días)
oxybutynin chloride er 5 mg tablet,extended release 24 hr ^{EDS}	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 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 mg (as calcium carbonate 1,250 mg) tablet	1	
oyster shell calcium-500 500 mg (as carbonate 1,250 mg) tablet	1	
oyster shell calcium-vitamin d3 500 mg-5 mcg (200 unit) tablet	1	
OZEMPIC 0.25 MG OR 0.5 MG (2 MG/1.5 ML) SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR	1	QL(1.5 cada 28 días)
OZEMPIC 0.25 MG OR 0.5 MG (2 MG/3 ML) SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR	1	QL(3 cada 28 días)

• **EDS** - Suministro prolongado • **PA** - Autorización previa • **QL** - Límites de cantidad • **ST** - Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DEL USO
OZEMPIC 1 MG/DOSE (4 MG/3 ML) SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR	1	QL(3 cada 28 días)
OZEMPIC 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	
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)
paroxetine 10 mg tablet ^{EDS}	1	QL(30 cada 30 días)
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)	1	QL(40 cada 10 días)
PAXLOVID 300 MG (150 MG X 2)-100 MG TABLETS IN A DOSE PACK	1	QL(60 cada 10 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	
PEN NEEDLE 29 GAUGE X 1/2" ^{EDS}	1	
PEN NEEDLE 30 GAUGE X 5/16" ^{EDS}	1	
PEN NEEDLE 31 GAUGE X 1/4" ^{EDS}	1	
PEN NEEDLE 31 GAUGE X 3/16" ^{EDS}	1	
PEN NEEDLE 31 GAUGE X 5/16" ^{EDS}	1	
PEN NEEDLE 32 GAUGE X 5/32" ^{EDS}	1	
PEN NEEDLE, DIABETIC 29 GAUGE X 1/2" ^{EDS}	1	
PEN NEEDLE, DIABETIC 29 GAUGE X 15/32" ^{EDS}	1	
PEN NEEDLE, DIABETIC 30 GAUGE X 3/16" ^{EDS}	1	
PEN NEEDLE, DIABETIC 30 GAUGE X 5/16" ^{EDS}	1	
PEN NEEDLE, DIABETIC 31 GAUGE X 1/3" ^{EDS}	1	
PEN NEEDLE, DIABETIC 31 GAUGE X 1/4" ^{EDS}	1	
PEN NEEDLE, DIABETIC 31 GAUGE X 1/6" ^{EDS}	1	

• **EDS** -Suministro prolongado • **PA** - Autorización previa • **QL** - Límites de cantidad • **ST** - Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DEL USO
PEN NEEDLE, DIABETIC 31 GAUGE X 13/64 ^{EDS}	1	
PEN NEEDLE, DIABETIC 31 GAUGE X 15/64 ^{EDS}	1	
PEN NEEDLE, DIABETIC 31 GAUGE X 3/16 ^{EDS}	1	
PEN NEEDLE, DIABETIC 31 GAUGE X 5/16 ^{EDS}	1	
PEN NEEDLE, DIABETIC 31 GAUGE X 5/32 ^{EDS}	1	
PEN NEEDLE, DIABETIC 32 GAUGE X 1/4 ^{EDS}	1	
PEN NEEDLE, DIABETIC 32 GAUGE X 3/16 ^{EDS}	1	
PEN NEEDLE, DIABETIC 32 GAUGE X 5/16 ^{EDS}	1	
PEN NEEDLE, DIABETIC 32 GAUGE X 5/32 ^{EDS}	1	
PEN NEEDLE, DIABETIC 33 GAUGE X 1/4 ^{EDS}	1	
PEN NEEDLE, DIABETIC 33 GAUGE X 3/16 ^{EDS}	1	
PEN NEEDLE, DIABETIC 33 GAUGE X 5/32 ^{EDS}	1	
PEN NEEDLE, DIABETIC, SAFETY 31 GAUGE X 3/16 ^{EDS}	1	
PEN NEEDLE, DIABETIC, SAFETY 31 GAUGE X 5/32 ^{EDS}	1	
PENBRAYA (PF) 5 MCG-120 MCG/0.5 ML INTRAMUSCULAR KIT	1	
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	
PENTASA 250 MG CAPSULE,CONTROLLED RELEASE	1	QL(150 cada 30 días)
PENTASA 500 MG CAPSULE,CONTROLLED RELEASE	1	QL(300 cada 30 días)
PENTIPS 29 GAUGE X 1/2" NEEDLE ^{EDS}	1	
PENTIPS 31 GAUGE X 1/4" NEEDLE ^{EDS}	1	
PENTIPS 31 GAUGE X 3/16" NEEDLE ^{EDS}	1	
PENTIPS 31 GAUGE X 5/16" NEEDLE ^{EDS}	1	
PENTIPS 32 GAUGE X 1/4" NEEDLE ^{EDS}	1	
PENTIPS 32 GAUGE X 5/32" NEEDLE ^{EDS}	1	
pentoxifylline er 400 mg tablet,extended release	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 SUBCUTANEOUS EXTENDED RELEASE SUSPENSION SYRINGE	1	QL(1 cada 28 días)
PERSERIS 90 MG SUBCUTANEOUS EXTENDED RELEASE SUSPENSION SYRINGE	1	QL(1 cada 28 días)
PFIZER COVID 2023-24(5Y-11Y)(PF) 10 MCG/0.3 ML IM SUSPENSION (EUA)	1	
PFIZER COVID 2023-24(6MO-4Y)(PF) 3 MCG/0.3 ML IM SUSPENSION (EUA)	1	

• **EDS** -Suministro prolongado • **PA** - Autorización previa • **QL** - Límites de cantidad • **ST** - Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DEL USO
PFIZER COVID 2024-25(5Y-11Y)(PF)(EUA) 10 MCG/0.3 ML IM SUSPENSION	1	
PFIZER COVID 2024-25(6MOS-4YRS)(PF)(EUA) 3 MCG/0.3 ML IM SUSPENSION	1	
PFIZER COVID-19 BIVALENT (12Y UP)(PF) 30 MCG/0.3 ML IM SUSPENSION(EUA)	1	
PFIZER COVID-19 BIVALENT (5-11YR)(PF) 10 MCG/0.2 ML IM SUSPENSION(EUA)	1	
PFIZER COVID-19 BIVALENT VACCINE(6MO-4Y)(PF) 3 MCG/0.2 ML IM SUSP(EUA)	1	
PFIZER-BIONT COVID19 TRIS (12Y UP) VACC(PF)30 MCG/0.3 ML IM SUSP(GRAY)	1	
PFIZER-BIONT COVID19 TRIS(5-11Y) VACC(PF)10 MCG/0.2 ML IM SUSP(ORANGE)	1	
PFIZER-BIONT COVID19 TRIS(6M-4Y) VACC(PF) 3 MCG/0.2 ML IM SUSP(MAROON)	1	
PFIZER-BIONTECH COVID-19 VACCINE (PF) 30 MCG/0.3 ML IM SUSP (PURPLE)	1	
PHASEAL PROTECTOR 13 MM DEVICE ^{EDS}	1	
PHASEAL PROTECTOR 20 MM DEVICE ^{EDS}	1	
PHASEAL PROTECTOR 28 MM DEVICE ^{EDS}	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	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)
pilocarpine 1 % eye drops	1	
pilocarpine 2 % eye drops	1	
pilocarpine 4 % eye drops	1	
pilocarpine 5 mg tablet	1	

• EDS - Suministro prolongado • PA - Autorización previa • QL - Límites de cantidad • ST - Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DEL USO
pilocarpine 7.5 mg tablet	1	
PILOT COVID-19 AT-HOME TEST KIT	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	1	
pink bismuth 262 mg chewable tablet	1	
pink bismuth 262 mg tablet	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 PEN NEEDLE 31 GAUGE X 3/16 ^{EDS}	1	
PIP PEN NEEDLE 32 GAUGE X 5/32 ^{EDS}	1	
pirmella 0.5/0.75/1 mg-35 mcg tablet	1	
pirmella 1 mg-35 mcg tablet	1	
piroxicam 10 mg capsule	1	
piroxicam 20 mg capsule	1	
PNEUMOVAX-23 25 MCG/0.5 ML INJECTION SOLUTION	1	
PNEUMOVAX-23 25 MCG/0.5 ML INJECTION SYRINGE	1	
POCKET CHAMBER SPACER	1	
poly bacitracin (zinc) 500 unit-10,000 unit/gram topical ointment	1	
polycin 500 unit-10,000 unit/gram eye ointment	1	
polyethylene glycol 3350 17 gram oral powder packet	1	QL(36 cada 30 días)
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	
portia 28 0.15 mg-0.03 mg tablet	1	
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/cryst)	1	
potassium chloride er 15 meq tablet,extended release(part/cryst)	1	
potassium chloride er 20 meq tablet,extended release	1	
potassium chloride er 20 meq tablet,extended release(part/cryst)	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	
potassium iodide 1 gram/ml oral solution	1	
PRADAXA 110 MG CAPSULE	1	QL(60 cada 30 días)

• EDS - Suministro prolongado • PA - Autorización previa • QL - Límites de cantidad • ST - Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DEL USO
PRADAXA 150 MG CAPSULE	1	QL(60 cada 30 días)
PRADAXA 75 MG CAPSULE	1	QL(60 cada 30 días)
pramipexole 0.125 mg tablet ^{EDS}	1	
pramipexole 0.25 mg tablet ^{EDS}	1	
pramipexole 0.5 mg tablet ^{EDS}	1	
pramipexole 0.75 mg tablet ^{EDS}	1	
pramipexole 1 mg tablet ^{EDS}	1	
pramipexole 1.5 mg tablet ^{EDS}	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 ^{EDS}	1	
pravastatin 20 mg tablet ^{EDS}	1	
pravastatin 40 mg tablet ^{EDS}	1	
pravastatin 80 mg tablet ^{EDS}	1	
prazosin 1 mg capsule	1	
prazosin 2 mg capsule	1	
prazosin 5 mg capsule	1	
PRECISION XTRA B-KETONE STRIPS	1	
PRECISION XTRA TEST STRIPS ^{EDS}	1	QL(150 cada 30 días)
prednisolone 10 mg disintegrating tablet	1	
prednisolone 15 mg disintegrating tablet	1	
prednisolone 15 mg/5 ml oral solution	1	
prednisolone 30 mg disintegrating tablet	1	
prednisolone sodium phosphate 10 mg/5 ml oral solution	1	
prednisolone sodium phosphate 15 mg/5 ml (3 mg/ml) oral solution	1	
prednisolone sodium phosphate 15 mg/5 ml (5 ml) oral solution	1	
prednisolone sodium phosphate 20 mg/5 ml (4 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 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)

• **EDS** -Suministro prolongado • **PA** - Autorización previa • **QL** - Límites de cantidad • **ST** - Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DEL USO
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)
PREHEVBRIO (PF) 10 MCG/ML INTRAMUSCULAR SUSPENSION	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 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	
PREVENT DROPSAFE PEN NEEDLE 31 GAUGE X 1/4" ^{EDS}	1	
PREVENT DROPSAFE PEN NEEDLE 31 GAUGE X 5/16" ^{EDS}	1	
PREVNAR 13 (PF) 0.5 ML INTRAMUSCULAR SYRINGE	1	
PREVNAR 20 (PF) 0.5 ML INTRAMUSCULAR SYRINGE	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)
primaquine 26.3 mg (15 mg base) 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	1	
PRO COMFORT ALCOHOL PADS	1	
PRO COMFORT PEN NEEDLE 31 GAUGE X 5/16" ^{EDS}	1	
PRO COMFORT PEN NEEDLE 32 GAUGE X 1/4" ^{EDS}	1	
PRO COMFORT PEN NEEDLE 32 GAUGE X 3/16" ^{EDS}	1	
PRO COMFORT PEN NEEDLE 32 GAUGE X 5/32" ^{EDS}	1	
PRO COMFORT SPACER-ADULT MASK	1	
PRO COMFORT SPACER-CHILD MASK	1	
PRO COMFORT SPACER-INFANT MASK	1	
PROAIR RESPICLICK 90 MCG/ACTUATION BREATH ACTIVATED	1	QL(2 cada 30 días)
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	
proctozone-hc 2.5 % topical cream perineal applicator	1	
progesterone micronized 100 mg capsule	1	
progesterone micronized 200 mg capsule	1	
promethazine 12.5 mg rectal suppository	1	

• **EDS** -Suministro prolongado • **PA** - Autorización previa • **QL** - Límites de cantidad • **ST** - Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DEL USO
promethazine 12.5 mg tablet	1	
promethazine 25 mg rectal suppository	1	
promethazine 25 mg tablet	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	
promethazine vc 6.25 mg-5 mg/5 ml oral syrup	1	
promethazine vc-codeine 6.25 mg-5 mg-10 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 ^{EDS}	1	
propranolol 40 mg/5 ml (8 mg/ml) oral solution ^{EDS}	1	
propranolol 60 mg tablet ^{EDS}	1	
propranolol 80 mg tablet ^{EDS}	1	
propranolol 80 mg-hydrochlorothiazide 25 mg tablet ^{EDS}	1	
propranolol er 120 mg capsule,24 hr,extended release ^{EDS}	1	
propranolol er 160 mg capsule,24 hr,extended release ^{EDS}	1	
propranolol er 60 mg capsule,24 hr,extended release ^{EDS}	1	
propranolol er 80 mg capsule,24 hr,extended release ^{EDS}	1	
propylthiouracil 50 mg tablet	1	
PROTONIX 40 MG GRANULES DELAYED-RELEASE PACKET	1	QL(30 cada 30 días)
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 PEN NEEDLE 32 GAUGE X 1/4" ^{EDS}	1	
PURE COMFORT PEN NEEDLE 32 GAUGE X 3/16" ^{EDS}	1	
PURE COMFORT PEN NEEDLE 32 GAUGE X 5/16" ^{EDS}	1	
PURE COMFORT PEN NEEDLE 32 GAUGE X 5/32" ^{EDS}	1	
PURE COMFORT SAFETY PEN NEEDLE 31 GAUGE X 1/4" ^{EDS}	1	
PURE COMFORT SAFETY PEN NEEDLE 31 GAUGE X 3/16" ^{EDS}	1	
PURE COMFORT SAFETY PEN NEEDLE 32 GAUGE X 5/32" ^{EDS}	1	
purevit dualfe plus 162 mg-115.2 mg (106 mg)-1 mg capsule	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	
quetiapine 100 mg tablet ^{EDS}	1	QL(90 cada 30 días)

• **EDS** -Suministro prolongado • **PA** - Autorización previa • **QL** - Límites de cantidad • **ST** - Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DEL USO
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)
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 ^{EDS}	1	QL(90 cada 30 días)
quetiapine er 200 mg tablet,extended release 24 hr ^{EDS}	1	QL(30 cada 30 días)
quetiapine er 300 mg tablet,extended release 24 hr ^{EDS}	1	QL(60 cada 30 días)
quetiapine er 400 mg tablet,extended release 24 hr ^{EDS}	1	QL(60 cada 30 días)
quetiapine er 50 mg tablet,extended release 24 hr ^{EDS}	1	QL(120 cada 30 días)
QUICKVUE AT-HOME COVID-19 TEST KIT	1	
QUILLICHEW ER 20 MG CHEWABLE TABLET, EXTENDED RELEASE	1	QL(30 cada 30 días)
QUILLICHEW ER 30 MG CHEWABLE TABLET, EXTENDED RELEASE	1	QL(60 cada 30 días)
QUILLICHEW ER 40 MG CHEWABLE, EXTENDED RELEASE TABLET	1	QL(30 cada 30 días)
QUILLIVANT XR 5 MG/ML (25 MG/5 ML) ORAL SUSPENSION,EXTEND RELEASE 24HR	1	QL(360 cada 30 días)
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)
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)
RAPAMUNE 0.5 MG TABLET	1	
RAPAMUNE 1 MG TABLET	1	QL(300 cada 30 días)
RAPAMUNE 1 MG/ML ORAL SOLUTION	1	
RAPAMUNE 2 MG TABLET	1	QL(150 cada 30 días)
RAPID SARS-COV-2 AG HOME TEST KIT	1	
RASUVO (PF) 10 MG/0.2 ML SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR	1	QL(0.8 cada 28 días)
RASUVO (PF) 12.5 MG/0.25 ML SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR	1	QL(1 cada 28 días)
RASUVO (PF) 15 MG/0.3 ML SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR	1	QL(1.2 cada 28 días)
RASUVO (PF) 17.5 MG/0.35 ML SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR	1	QL(1.4 cada 28 días)
RASUVO (PF) 20 MG/0.4 ML SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR	1	QL(1.6 cada 28 días)
RASUVO (PF) 22.5 MG/0.45 ML SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR	1	QL(1.8 cada 28 días)
RASUVO (PF) 25 MG/0.5 ML SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR	1	QL(2 cada 28 días)
RASUVO (PF) 30 MG/0.6 ML SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR	1	QL(2.4 cada 28 días)
RASUVO (PF) 7.5 MG/0.15 ML SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR	1	QL(0.6 cada 28 días)
ready-to-use enema 19 gram-7 gram/118 ml	1	
reclipsen (28) 0.15 mg-0.03 mg tablet	1	

• **EDS** -Suministro prolongado • **PA** - Autorización previa • **QL** - Límites de cantidad • **ST** - Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DEL USO
RECOMBIVAX HB (PF) 10 MCG/ML INTRAMUSCULAR SUSPENSION	1	
RECOMBIVAX HB (PF) 10 MCG/ML INTRAMUSCULAR SYRINGE	1	
RECOMBIVAX HB (PF) 40 MCG/ML INTRAMUSCULAR SUSPENSION	1	
RECOMBIVAX HB (PF) 5 MCG/0.5 ML INTRAMUSCULAR SUSPENSION	1	
RECOMBIVAX HB (PF) 5 MCG/0.5 ML INTRAMUSCULAR SYRINGE	1	
REFRESH TEARS 0.5 % EYE DROPS	1	
RELPAZ 20 MG TABLET	1	QL(9 cada 30 días)
RELPAZ 40 MG TABLET	1	QL(9 cada 30 días)
REPEL 100 98.11 % TOPICAL PUMP SPRAY	1	
REPEL FAMILY 10 % TOPICAL SPRAY	1	
repele 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	
RESTASIS 0.05 % EYE DROPS IN A DROPPERETTE	1	QL(60 cada 30 días)
RESTASIS MULTIDOSE 0.05 % EYE DROPS	1	QL(5.5 cada 25 días)
RETACRIT 10,000 UNIT/ML INJECTION SOLUTION	1	QL(14 cada 30 días)
RETACRIT 2,000 UNIT/ML INJECTION SOLUTION	1	QL(14 cada 30 días)
RETACRIT 20,000 UNIT/2 ML INJECTION SOLUTION	1	QL(14 cada 30 días)
RETACRIT 20,000 UNIT/ML INJECTION SOLUTION	1	QL(14 cada 30 días)
RETACRIT 3,000 UNIT/ML INJECTION SOLUTION	1	QL(14 cada 30 días)
RETACRIT 4,000 UNIT/ML INJECTION SOLUTION	1	QL(14 cada 30 días)
RETACRIT 40,000 UNIT/ML INJECTION SOLUTION	1	QL(14 cada 30 días)
RETIN-A 0.01 % TOPICAL GEL	1	
RETIN-A 0.025 % TOPICAL CREAM	1	
RETIN-A 0.025 % TOPICAL GEL	1	
RETIN-A 0.05 % TOPICAL CREAM	1	
RETIN-A 0.1 % TOPICAL CREAM	1	
REYATAZ 50 MG ORAL POWDER PACKET	1	
RIDAURA 3 MG CAPSULE	1	
rifabutin 150 mg capsule	1	
rifampin 150 mg capsule	1	
rifampin 300 mg capsule	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 disintegrating tablet ^{EDS}	1	QL(60 cada 30 días)

• EDS -Suministro prolongado • PA - Autorización previa • QL - Límites de cantidad • ST - Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DEL USO
risperidone 0.25 mg tablet ^{EDS}	1	QL(60 cada 30 días)
risperidone 0.5 mg disintegrating tablet ^{EDS}	1	QL(120 cada 30 días)
risperidone 0.5 mg tablet ^{EDS}	1	QL(120 cada 30 días)
risperidone 1 mg disintegrating tablet ^{EDS}	1	QL(60 cada 30 días)
risperidone 1 mg tablet ^{EDS}	1	QL(60 cada 30 días)
risperidone 1 mg/ml oral solution ^{EDS}	1	
risperidone 2 mg disintegrating tablet ^{EDS}	1	QL(60 cada 30 días)
risperidone 2 mg tablet ^{EDS}	1	QL(60 cada 30 días)
risperidone 3 mg disintegrating tablet	1	QL(60 cada 30 días)
risperidone 3 mg tablet ^{EDS}	1	QL(60 cada 30 días)
risperidone 4 mg disintegrating tablet ^{EDS}	1	QL(60 cada 30 días)
risperidone 4 mg tablet ^{EDS}	1	QL(60 cada 30 días)
risperidone microspheres er 12.5 mg/2 ml intramuscular susp,ext releas	1	QL(2 cada 28 días)
risperidone microspheres er 25 mg/2 ml intramuscular susp,ext release	1	QL(2 cada 28 días)
risperidone microspheres er 37.5 mg/2 ml intramuscular susp,ext releas	1	QL(2 cada 28 días)
risperidone microspheres er 50 mg/2 ml intramuscular susp,ext release	1	QL(2 cada 28 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)
rivelsa 0.15 mg-20 mcg/0.15 mg-25 mcg tablets,3 month dose pack	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	
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	
roweepra 750 mg tablet	1	
roweepra xr 500 mg tablet,extended release	1	

• EDS -Suministro prolongado • PA - Autorización previa • QL - Límites de cantidad • ST - Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DEL USO
roweepra xr 750 mg tablet,extended release	1	
RUKOBIA 600 MG TABLET,EXTENDED RELEASE	1	QL(60 cada 30 días)
SABRIL 500 MG ORAL POWDER PACKET	1	PA,QL(180 cada 30 días)
SABRIL 500 MG TABLET	1	PA,QL(180 cada 30 días)
SAFETY NEEDLES 18 GAUGE X 1 1/2" ^{EDS}	1	
SAFETY PEN NEEDLE 31 GAUGE X 3/16" ^{EDS}	1	
saline mist 0.65 % nasal spray aerosol	1	
saline nasal 0.65 % spray aerosol	1	
saline nasal mist 0.65 % spray aerosol	1	
SANDIMMUNE 100 MG CAPSULE	1	QL(720 cada 30 días)
SANDIMMUNE 100 MG/ML ORAL SOLUTION	1	
SANDIMMUNE 25 MG CAPSULE	1	
SAPHRIS 10 MG SUBLINGUAL TABLET	1	QL(60 cada 30 días)
SAPHRIS 2.5 MG SUBLINGUAL TABLET	1	QL(60 cada 30 días)
SAPHRIS 5 MG SUBLINGUAL TABLET	1	QL(60 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	
SECURESAFE PEN NEEDLE 30 GAUGE X 5/16" ^{EDS}	1	
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	
SEKOKOT 8.6 MG TABLET	1	
SEREVENT DISKUS 50 MCG/DOSE POWDER FOR INHALATION	1	QL(60 cada 30 días)
sertraline 100 mg tablet ^{EDS}	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	1	QL(91 cada 90 días)
sevelamer carbonate 800 mg tablet	1	QL(540 cada 30 días)
sharobel 0.35 mg tablet	1	
SHINGRIX (PF) 50 MCG/0.5 ML INTRAMUSCULAR SUSPENSION, KIT	1	
SHINGRIX GE ANTIGEN COMPONENT 50 MCG IM SUSPENSION	1	
SIDESTREAM PEDIATRIC FACE MASK	1	

• **EDS** -Suministro prolongado • **PA** - Autorización previa • **QL** - Límites de cantidad • **ST** - Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DEL USO
sildenafil (pulmonary hypertension) 20 mg tablet	1	PA,QL(90 cada 30 días)
SILICONE MASK - INFANT	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	1	
simpesse 0.15 mg-30 mcg (84)/10 mcg(7) tablets,3 month dose pack	1	QL(91 cada 90 días)
simvastatin 10 mg tablet ^{EDS}	1	
simvastatin 20 mg tablet ^{EDS}	1	
simvastatin 40 mg tablet ^{EDS}	1	
simvastatin 5 mg tablet ^{EDS}	1	
simvastatin 80 mg tablet ^{EDS}	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)
SKY SAFETY PEN NEEDLE 30 GAUGE X 3/16" ^{EDS}	1	
SKY SAFETY PEN NEEDLE 30 GAUGE X 5/16" ^{EDS}	1	
SKYLA 14 MCG/24 HR (UP TO 3 YEARS) 13.5 MG INTRAUTERINE DEVICE	1	
SLYND 4 MG (28) TABLET	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	
sofosbuvir 400 mg-velpatasvir 100 mg tablet	1	PA,QL(28 cada 28 días)
solifenacin 10 mg tablet	1	QL(30 cada 30 días)
solifenacin 5 mg tablet	1	QL(30 cada 30 días)
sorine 120 mg tablet	1	
sorine 160 mg tablet	1	
sorine 240 mg tablet ^{EDS}	1	
sorine 80 mg tablet	1	
sotalol 120 mg tablet ^{EDS}	1	
sotalol 160 mg tablet ^{EDS}	1	
sotalol 240 mg tablet ^{EDS}	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	
SPACE CHAMBER WITH LARGE MASK	1	
SPACE CHAMBER WITH MEDIUM MASK	1	
SPACE CHAMBER WITH SMALL MASK	1	
SPEEDYSWAB COVID-19 AND FLU KIT	1	
SPEEDYSWAB COVID-19 HOME TEST KIT	1	

• **EDS** -Suministro prolongado • **PA** - Autorización previa • **QL** - Límites de cantidad • **ST** - Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DEL USO
SPIKEVAX (PF) 100 MCG/0.5 ML INTRAMUSCULAR SUSPENSION	1	
SPIKEVAX 2023-2024(12Y UP)(PF) 50 MCG/0.5 ML INTRAMUSCULAR SUSPENSION	1	
SPIKEVAX 2023-2024(12Y UP)(PF) 50 MCG/0.5 ML INTRAMUSCULAR SYRINGE	1	
SPIKEVAX 2024-2025(12Y UP)(PF) 50 MCG/0.5 ML INTRAMUSCULAR SYRINGE	1	
SPIRIVA WITH HANDIHALER 18 MCG AND INHALATION CAPSULES	1	QL(30 cada 30 días)
spironolactone 100 mg tablet ^{EDS}	1	
spironolactone 25 mg tablet ^{EDS}	1	
spironolactone 25 mg-hydrochlorothiazide 25 mg tablet	1	
spironolactone 25 mg/5 ml oral suspension	1	QL(450 cada 30 días)
spironolactone 50 mg tablet ^{EDS}	1	
sprintec (28) 0.25 mg-35 mcg tablet	1	
sronyx 0.1 mg-20 mcg tablet	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)
stimulant laxative plus 8.6 mg-50 mg tablet	1	
STIOLTO RESPIMAT 2.5 MCG-2.5 MCG/ACTUATION SOLUTION FOR INHALATION	1	QL(4 cada 28 días)
stomach relief 262 mg tablet	1	
stomach relief 262 mg/15 ml oral suspension	1	
stomach relief 525 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	
STRIBILD 150 MG-150 MG-200 MG-300 MG TABLET	1	QL(30 cada 30 días)
STRIVE PEAK FLOW METER	1	
SUBLOCADE 100 MG/0.5 ML SOLUTION,EXTENDED RELEASE SUBCUTANEOUS SYRINGE	1	
SUBLOCADE 300 MG/1.5 ML SOLUTION,EXTENDED RELEASE SUBCUTANEOUS SYRINGE	1	
SUBOXONE 12 MG-3 MG SUBLINGUAL FILM	1	
SUBOXONE 2 MG-0.5 MG SUBLINGUAL FILM	1	
SUBOXONE 4 MG-1 MG SUBLINGUAL FILM	1	
SUBOXONE 8 MG-2 MG SUBLINGUAL FILM	1	
sucralfate 1 gram tablet	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	

• EDS - Suministro prolongado • PA - Autorización previa • QL - Límites de cantidad • ST - Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DEL USO
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 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 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)
SURE COMFORT ALCOHOL PREP PADS	1	
SURE COMFORT PEN NEEDLE 29 GAUGE X 1/2" ^{EDS}	1	
SURE COMFORT PEN NEEDLE 30 GAUGE X 5/16" ^{EDS}	1	
SURE COMFORT PEN NEEDLE 31 GAUGE X 3/16" ^{EDS}	1	
SURE COMFORT PEN NEEDLE 31 GAUGE X 5/16" ^{EDS}	1	
SURE COMFORT PEN NEEDLE 32 GAUGE X 1/4" ^{EDS}	1	
SURE COMFORT PEN NEEDLE 32 GAUGE X 5/32" ^{EDS}	1	
SURE COMFORT SAFETY PEN NEEDLE 31 GAUGE X 1/4" ^{EDS}	1	
SURE COMFORT SAFETY PEN NEEDLE 32 GAUGE X 5/32" ^{EDS}	1	
SURE-FINE PEN NEEDLES 29 GAUGE X 1/2" ^{EDS}	1	
SURE-FINE PEN NEEDLES 31 GAUGE X 3/16" ^{EDS}	1	
SURE-FINE PEN NEEDLES 31 GAUGE X 5/16" ^{EDS}	1	
SURE-PREP ALCOHOL PREP PADS	1	
SURGUARD2 SAFETY 1 ML 25 GAUGE X 5/8" SYRINGE	1	
SURGUARD2 SAFETY 1 ML 26 GAUGE X 3/8" SYRINGE	1	
SURGUARD2 SAFETY 1 ML 27 GAUGE X 1/2" SYRINGE	1	
SURGUARD2 SAFETY 10 ML 20 GAUGE X 1 1/2" SYRINGE	1	
SURGUARD2 SAFETY 10 ML 20 GAUGE X 1" SYRINGE	1	
SURGUARD2 SAFETY 18 GAUGE X 1 1/2" NEEDLE ^{EDS}	1	
SURGUARD2 SAFETY 18 GAUGE X 1" NEEDLE ^{EDS}	1	
SURGUARD2 SAFETY 19 GAUGE X 1 1/2" NEEDLE ^{EDS}	1	
SURGUARD2 SAFETY 19 GAUGE X 1" NEEDLE ^{EDS}	1	
SURGUARD2 SAFETY 20 GAUGE X 1 1/2" NEEDLE ^{EDS}	1	
SURGUARD2 SAFETY 20 GAUGE X 1" NEEDLE ^{EDS}	1	
SURGUARD2 SAFETY 21 GAUGE X 1 1/2" NEEDLE ^{EDS}	1	
SURGUARD2 SAFETY 21 GAUGE X 1" NEEDLE ^{EDS}	1	
SURGUARD2 SAFETY 22 GAUGE X 1 1/2" NEEDLE ^{EDS}	1	
SURGUARD2 SAFETY 22 GAUGE X 1" NEEDLE ^{EDS}	1	
SURGUARD2 SAFETY 23 GAUGE X 1 1/2" NEEDLE ^{EDS}	1	
SURGUARD2 SAFETY 23 GAUGE X 1" NEEDLE ^{EDS}	1	
SURGUARD2 SAFETY 25 GAUGE X 1 1/2" NEEDLE ^{EDS}	1	
SURGUARD2 SAFETY 25 GAUGE X 1" NEEDLE ^{EDS}	1	
SURGUARD2 SAFETY 25 GAUGE X 5/8" NEEDLE ^{EDS}	1	
SURGUARD2 SAFETY 26 GAUGE X 1/2" NEEDLE ^{EDS}	1	
SURGUARD2 SAFETY 27 GAUGE X 1/2" NEEDLE ^{EDS}	1	

• EDS -Suministro prolongado • PA - Autorización previa • QL - Límites de cantidad • ST - Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DEL USO
SURGUARD2 SAFETY 3 ML 20 GAUGE X 1 1/2" SYRINGE	1	
SURGUARD2 SAFETY 3 ML 20 GAUGE X 1" SYRINGE	1	
SURGUARD2 SAFETY 3 ML 21 GAUGE X 1" SYRINGE	1	
SURGUARD2 SAFETY 3 ML 22 GAUGE X 1 1/2" SYRINGE	1	
SURGUARD2 SAFETY 3 ML 22 GAUGE X 1" SYRINGE	1	
SURGUARD2 SAFETY 3 ML 23 GAUGE X 1" SYRINGE	1	
SURGUARD2 SAFETY 3 ML 25 GAUGE X 5/8" SYRINGE	1	
SURGUARD2 SAFETY 30 GAUGE X 1 1/2" NEEDLE ^{EDS}	1	
SURGUARD2 SAFETY 5 ML 20 GAUGE X 1 1/2" SYRINGE	1	
SURGUARD2 SAFETY 5 ML 20 GAUGE X 1" SYRINGE	1	
SURGUARD2 SAFETY 5 ML 21 GAUGE X 1 1/2" SYRINGE	1	
SURGUARD2 SAFETY SYRINGE 10 ML 21 GAUGE X 1 1/2"	1	
SURGUARD2 SAFETY SYRINGE 3 ML 21 GAUGE X 1 1/2"	1	
SURGUARD2 SAFETY SYRINGE 3 ML 25 GAUGE X 1"	1	
syeda 3 mg-0.03 mg tablet	1	
SYMBICORT 160 MCG-4.5 MCG/ACTUATION HFA AEROSOL INHALER	1	QL(30.9 cada 30 días)
SYMBICORT 80 MCG-4.5 MCG/ACTUATION HFA AEROSOL INHALER	1	QL(30.9 cada 30 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)
SYMLINPEN 120 2,700 MCG/2.7 ML SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR	1	PA,QL(10.8 cada 30 días)
SYMLINPEN 60 1,500 MCG/1.5 ML SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR	1	PA,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)
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)
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)
tamoxifen 10 mg tablet ^{EDS}	1	
tamoxifen 20 mg tablet ^{EDS}	1	
tamsulosin 0.4 mg capsule ^{EDS}	1	QL(60 cada 30 días)
tarina 24 fe 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4) tablet	1	
tarina fe 1-20 eq (28) 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7) tablet	1	
tarina fe 1/20 (28) 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7) tablet	1	
taron forte 150 mg-60 mg-25 mcg-1 mg capsule	1	
taron-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	1	

• **EDS** -Suministro prolongado • **PA** - Autorización previa • **QL** - Límites de cantidad • **ST** - Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DEL USO
TECHLITE PEN NEEDLE 29 GAUGE X 1/2" ^{EDS}	1	
TECHLITE PEN NEEDLE 29 GAUGE X 3/8" ^{EDS}	1	
TECHLITE PEN NEEDLE 31 GAUGE X 1/4" ^{EDS}	1	
TECHLITE PEN NEEDLE 31 GAUGE X 3/16" ^{EDS}	1	
TECHLITE PEN NEEDLE 31 GAUGE X 5/16" ^{EDS}	1	
TECHLITE PEN NEEDLE 32 GAUGE X 1/4" ^{EDS}	1	
TECHLITE PEN NEEDLE 32 GAUGE X 5/16" ^{EDS}	1	
TECHLITE PEN NEEDLE 32 GAUGE X 5/32" ^{EDS}	1	
TECHLITE PLUS PEN NEEDLE 32 GAUGE X 5/32" ^{EDS}	1	
TEGRETOL XR 100 MG TABLET,EXTENDED RELEASE	1	QL(120 cada 30 días)
TEGRETOL XR 200 MG TABLET,EXTENDED RELEASE	1	QL(120 cada 30 días)
TEGRETOL XR 400 MG TABLET,EXTENDED RELEASE	1	QL(120 cada 30 días)
TEKURNA 150 MG TABLET	1	PA,QL(30 cada 30 días)
TEKURNA 300 MG TABLET	1	PA,QL(30 cada 30 días)
TEKURNA HCT 150 MG-12.5 MG TABLET	1	PA,QL(30 cada 30 días)
TEKURNA HCT 150 MG-25 MG TABLET	1	PA,QL(30 cada 30 días)
TEKURNA HCT 300 MG-12.5 MG TABLET	1	PA,QL(30 cada 30 días)
TEKURNA HCT 300 MG-25 MG TABLET	1	PA,QL(30 cada 30 días)
telmisartan 20 mg tablet	1	QL(30 cada 30 días)
telmisartan 40 mg tablet	1	QL(30 cada 30 días)
telmisartan 40 mg-hydrochlorothiazide 12.5 mg tablet	1	QL(30 cada 30 días)
telmisartan 80 mg tablet	1	QL(60 cada 30 días)
telmisartan 80 mg-hydrochlorothiazide 12.5 mg tablet	1	QL(60 cada 30 días)
telmisartan 80 mg-hydrochlorothiazide 25 mg tablet	1	QL(30 cada 30 días)
temazepam 15 mg capsule	1	QL(30 cada 30 días)
temazepam 22.5 mg capsule	1	QL(30 cada 30 días)
temazepam 30 mg capsule	1	QL(30 cada 30 días)
temazepam 7.5 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	QL(60 cada 30 días)
temozolomide 140 mg capsule	1	QL(60 cada 30 días)
temozolomide 180 mg capsule	1	QL(60 cada 30 días)
temozolomide 20 mg capsule	1	QL(270 cada 30 días)
temozolomide 250 mg capsule	1	QL(10 cada 30 días)
temozolomide 5 mg capsule	1	QL(90 cada 30 días)
TENIVAC (PF) 5 LF UNIT-2 LF UNIT/0.5 ML INTRAMUSCULAR SUSPENSION	1	
TENIVAC (PF) 5 LF UNIT-2 LF UNIT/0.5 ML INTRAMUSCULAR SYRINGE	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 250 mg tablet	1	QL(90 cada 365 días)
terconazole 0.4 % vaginal cream	1	
terconazole 0.8 % vaginal cream	1	

• **EDS** -Suministro prolongado • **PA** - Autorización previa • **QL** - Límites de cantidad • **ST** - Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DEL USO
teriparatide 20 mcg/dose (600 mcg/2.4 ml) subcutaneous pen injector	1	QL(2.48 cada 30 días)
TERIPARATIDE 20 MCG/DOSE (620 MCG/2.48 ML) SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR	1	QL(2.48 cada 30 días)
TESTIM 50 MG/5 GRAM (1 %) TRANSDERMAL GEL	1	PA,QL(300 cada 30 días)
testosterone 20.25 mg/1.25 gram per pump act.(1.62 %) transdermal gel	1	PA,QL(150 cada 30 días)
tetrabenazine 12.5 mg tablet	1	QL(240 cada 30 días)
tetrabenazine 25 mg tablet	1	QL(120 cada 30 días)
tetracycline 250 mg capsule	1	
tetracycline 250 mg tablet	1	
tetracycline 500 mg capsule	1	
tetracycline 500 mg tablet	1	
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	
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 ^{EDS}	1	QL(30 cada 30 días)
tiagabine 12 mg tablet	1	PA,QL(140 cada 30 días)
tiagabine 16 mg tablet	1	PA,QL(105 cada 30 días)
tiagabine 2 mg tablet	1	PA,QL(840 cada 30 días)
tiagabine 4 mg tablet	1	PA,QL(120 cada 30 días)
tilia fe 1-20 (5)/1-30(7)/1mg-35mcg(9) tablet	1	
timolol maleate (pf) 0.25 % eye drops in a dropperette	1	

• **EDS** -Suministro prolongado • **PA** - Autorización previa • **QL** - Límites de cantidad • **ST** - Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DEL USO
timolol maleate (pf) 0.5 % eye drops in a dropperette	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)
tioconazole 6.5 % vaginal ointment	1	
tioconazole-1 6.5 % vaginal ointment	1	
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	
TOBI PODHALER 28 MG CAPSULE WITH INHALATION DEVICE	1	PA,QL(224 cada 28 días)
tobramycin 0.3 %-dexamethasone 0.1 % eye drops,suspension	1	
tobramycin 300 mg/5 ml in 0.225 % sodium chloride for nebulization	1	PA,QL(280 cada 28 días)
tolvaptan 15 mg tablet	1	QL(60 cada 30 días)
tolvaptan 30 mg tablet	1	QL(60 cada 30 días)
TOPCARE CLICKFINE 31 GAUGE X 1/4" NEEDLE ^{EDS}	1	
TOPCARE CLICKFINE 31 GAUGE X 5/16" NEEDLE ^{EDS}	1	
topiramate 100 mg tablet ^{EDS}	1	QL(120 cada 30 días)
topiramate 15 mg sprinkle capsule ^{EDS}	1	QL(120 cada 30 días)
topiramate 200 mg tablet ^{EDS}	1	QL(120 cada 30 días)
topiramate 25 mg sprinkle capsule ^{EDS}	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	
TOVIAZ 4 MG TABLET,EXTENDED RELEASE	1	QL(30 cada 30 días)
TOVIAZ 8 MG TABLET,EXTENDED RELEASE	1	QL(30 cada 30 días)
TRADJENTA 5 MG TABLET	1	PA,QL(30 cada 30 días)
tramadol 25 mg tablet	1	QL(180 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-verapamil er 240 mg tablet,immed-exten release 24 hr	1	
trandolapril 2 mg-verapamil er 180 mg tablet,immed-exten release 24 hr	1	

• **EDS** -Suministro prolongado • **PA** - Autorización previa • **QL** - Límites de cantidad • **ST** - Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DEL USO
trandolapril 2 mg-verapamil er 240 mg tablet,immed-exten release 24 hr	1	
trandolapril 4 mg-verapamil er 240 mg tablet,immed-exten release 24 hr	1	
tranexamic acid 650 mg tablet	1	QL(30 cada 5 días)
TRANSDERM-SCOP 1 MG OVER 3 DAYS TRANSDERMAL PATCH	1	QL(10 cada 30 días)
TRAVATAN Z 0.004 % EYE DROPS	1	QL(2.5 cada 25 días)
trazodone 100 mg tablet	1	
trazodone 150 mg tablet	1	
trazodone 300 mg tablet	1	
trazodone 50 mg tablet	1	
tri femynor (28) 0.18 mg(7)/0.215 mg(7)/0.25 mg(7)-35 mcg tablet	1	
tri-estarylla (28) 0.18 mg(7)/0.215 mg(7)/0.25 mg(7)-35 mcg tablet	1	
tri-legest fe 1-20 (5)/1-30(7)/1mg-35mcg(9) tablet	1	
tri-lynyah (28) 0.18 mg(7)/0.215 mg(7)/0.25 mg(7)-35 mcg tablet	1	
tri-lo-estarylla 0.18 mg/0.215 mg/0.25 mg-25 mcg tablet	1	
tri-lo-marzia 0.18 mg/0.215 mg/0.25 mg-25 mcg tablet	1	
tri-lo-mili 0.18/0.215/0.25 mg-25 mcg tablet	1	
tri-lo-sprintec 0.18 mg/0.215 mg/0.25 mg-25 mcg tablet	1	
tri-mili (28) 0.18 mg(7)/0.215 mg(7)/0.25 mg(7)-35 mcg tablet	1	
tri-nymyo 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg(28) tablet	1	
tri-sprintec (28) 0.18 mg(7)/0.215 mg(7)/0.25 mg(7)-35 mcg tablet	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	1	
tri-vylibra lo 0.18/0.215/0.25 mg-25 mcg tablet	1	
triamcinolone acetonide 0.025 % lotion	1	
triamcinolone acetonide 0.025 % topical cream	1	
triamcinolone acetonide 0.025 % topical ointment	1	
triamcinolone acetonide 0.05 % 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	
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	
TRICARE 27 MG IRON-1 MG TABLET	1	
trifluoperazine 1 mg tablet	1	
trifluoperazine 10 mg tablet	1	
trifluoperazine 2 mg tablet	1	
trifluoperazine 5 mg tablet	1	

• EDS - Suministro prolongado • PA - Autorización previa • QL - Límites de cantidad • ST - Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DEL USO
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	
TRILEPTAL 300 MG/5 ML (60 MG/ML) ORAL SUSPENSION	1	
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	1	
tropicamide 0.5 % eye drops	1	
tropicamide 1 % eye drops	1	
TRUE COMFORT ALCOHOL PADS	1	
TRUE COMFORT PEN NEEDLE 31 GAUGE X 1/4" ^{EDS}	1	
TRUE COMFORT PEN NEEDLE 31 GAUGE X 3/16" ^{EDS}	1	
TRUE COMFORT PEN NEEDLE 31 GAUGE X 5/16" ^{EDS}	1	
TRUE COMFORT PEN NEEDLE 32 GAUGE X 1/4" ^{EDS}	1	
TRUE COMFORT PEN NEEDLE 32 GAUGE X 3/16" ^{EDS}	1	
TRUE COMFORT PEN NEEDLE 32 GAUGE X 5/32" ^{EDS}	1	
TRUE COMFORT PEN NEEDLE 33 GAUGE X 1/4" ^{EDS}	1	
TRUE COMFORT PEN NEEDLE 33 GAUGE X 3/16" ^{EDS}	1	
TRUE COMFORT PEN NEEDLE 33 GAUGE X 5/32" ^{EDS}	1	
TRUE COMFORT SAFETY PEN NEEDLE 31 GAUGE X 1/4" ^{EDS}	1	
TRUE COMFORT SAFETY PEN NEEDLE 31 GAUGE X 3/16" ^{EDS}	1	
TRUE COMFORT SAFETY PEN NEEDLE 32 GAUGE X 5/32" ^{EDS}	1	
TRUEPLUS KETONE STRIPS	1	
TRUEPLUS PEN NEEDLE 29 GAUGE X 1/2" ^{EDS}	1	
TRUEPLUS PEN NEEDLE 31 GAUGE X 1/4" ^{EDS}	1	
TRUEPLUS PEN NEEDLE 31 GAUGE X 3/16" ^{EDS}	1	
TRUEPLUS PEN NEEDLE 31 GAUGE X 5/16" ^{EDS}	1	
TRUEPLUS PEN NEEDLE 32 GAUGE X 5/32" ^{EDS}	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	1	
TRUSTEX LATEX CONDOM	1	

• **EDS** - Suministro prolongado • **PA** - Autorización previa • **QL** - Límites de cantidad • **ST** - Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DEL USO
TRUSTEX LUBRICATED CONDOMS	1	
TRUSTEX NON-LUBRICATED CONDOMS	1	
TRUSTEX-RIA LUBRICATED CONDOMS	1	
TRUSTEX-RIA LUBRICATED/SPERMICIDE CONDOM	1	
TRUSTEX-RIA NON-LUBRICATED CONDOMS	1	
TRUZONE PEAK FLOW METER	1	
tulana 0.35 mg tablet	1	
turqoz (28) 0.3 mg-30 mcg tablet	1	
tusnel diabetic 10 mg-100 mg/5 ml oral liquid	1	
tusnel-ex 100 mg/5 ml oral liquid	1	
tussin 400 mg tablet	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 mucus-chest congestion 100 mg/5 ml oral liquid	1	
TWINRIX (PF) 720 ELISA UNIT-20 MCG/ML INTRAMUSCULAR SYRINGE	1	
TYBOST 150 MG TABLET	1	QL(30 cada 30 días)
tydemy 3 mg-0.03 mg-0.451 mg (21)(7) tablet	1	
UBRELVY 100 MG TABLET	1	PA,QL(16 cada 30 días)
UBRELVY 50 MG TABLET	1	PA,QL(16 cada 30 días)
ULTICARE PEN NEEDLE 29 GAUGE X 1/2" ^{EDS}	1	
ULTICARE PEN NEEDLE 31 GAUGE X 1/4" ^{EDS}	1	
ULTICARE PEN NEEDLE 31 GAUGE X 3/16" ^{EDS}	1	
ULTICARE PEN NEEDLE 31 GAUGE X 5/16" ^{EDS}	1	
ULTICARE PEN NEEDLE 32 GAUGE X 1/4" ^{EDS}	1	
ULTICARE PEN NEEDLE 32 GAUGE X 5/32" ^{EDS}	1	
ULTICARE SAFETY PEN NEEDLE 30 GAUGE X 3/16" ^{EDS}	1	
ULTICARE SAFETY PEN NEEDLE 30 GAUGE X 5/16" ^{EDS}	1	
ULTIGUARD SAFEPACK-PEN NEEDLE 29 GAUGE X 1/2" ^{EDS}	1	
ULTIGUARD SAFEPACK-PEN NEEDLE 31 GAUGE X 1/4" ^{EDS}	1	
ULTIGUARD SAFEPACK-PEN NEEDLE 31 GAUGE X 3/16" ^{EDS}	1	
ULTIGUARD SAFEPACK-PEN NEEDLE 31 GAUGE X 5/16" ^{EDS}	1	
ULTIGUARD SAFEPACK-PEN NEEDLE 32 GAUGE X 1/4" ^{EDS}	1	
ULTIGUARD SAFEPACK-PEN NEEDLE 32 GAUGE X 5/32" ^{EDS}	1	
ULTILET ALCOHOL SWAB	1	
ULTILET PEN NEEDLE 29 GAUGE ^{EDS}	1	
ULTILET PEN NEEDLE 32 GAUGE X 5/32" ^{EDS}	1	
ULTRA FLO PEN NEEDLE 29 GAUGE X 1/2" ^{EDS}	1	
ULTRA FLO PEN NEEDLE 31 GAUGE X 3/16" ^{EDS}	1	
ULTRA FLO PEN NEEDLE 31 GAUGE X 5/16" ^{EDS}	1	
ULTRA FLO PEN NEEDLE 32 GAUGE X 5/32" ^{EDS}	1	
ULTRA FLO PEN NEEDLE 33 GAUGE X 5/32" ^{EDS}	1	
ultra lubricant eye 0.4 %-0.3 % drops	1	

• **EDS** -Suministro prolongado • **PA** - Autorización previa • **QL** - Límites de cantidad • **ST** - Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DEL USO
ultra strength antacid 400 mg (calcium carb 1,000 mg) chewable tablet	1	
ULTRA THIN PEN NEEDLE 32 GAUGE X 5/32" ^{EDS}	1	
ULTRA-THIN II (SHORT) PEN NDL 31 GAUGE X 5/16" NEEDLE ^{EDS}	1	
ULTRA-THIN II INSULIN PEN NEEDLES 29 GAUGE X 1/2" ^{EDS}	1	
ULTRACARE PEN NEEDLE 31 GAUGE X 1/4" ^{EDS}	1	
ULTRACARE PEN NEEDLE 31 GAUGE X 3/16" ^{EDS}	1	
ULTRACARE PEN NEEDLE 31 GAUGE X 5/16" ^{EDS}	1	
ULTRACARE PEN NEEDLE 32 GAUGE X 1/4" ^{EDS}	1	
ULTRACARE PEN NEEDLE 32 GAUGE X 3/16" ^{EDS}	1	
ULTRACARE PEN NEEDLE 32 GAUGE X 5/32" ^{EDS}	1	
ULTRACARE PEN NEEDLE 33 GAUGE X 5/32" ^{EDS}	1	
ultrathon 25 % topical spray	1	
UNIFINE PEN NEEDLE 32 GAUGE X 5/32" ^{EDS}	1	
UNIFINE PENTIPS 29 GAUGE NEEDLE ^{EDS}	1	
UNIFINE PENTIPS 29 GAUGE X 1/2" NEEDLE ^{EDS}	1	
UNIFINE PENTIPS 31 GAUGE X 1/4" NEEDLE ^{EDS}	1	
UNIFINE PENTIPS 31 GAUGE X 3/16" NEEDLE ^{EDS}	1	
UNIFINE PENTIPS 31 GAUGE X 5/16" NEEDLE ^{EDS}	1	
UNIFINE PENTIPS 32 GAUGE X 1/4" NEEDLE ^{EDS}	1	
UNIFINE PENTIPS 32 GAUGE X 5/32" NEEDLE ^{EDS}	1	
UNIFINE PENTIPS 33 GAUGE X 5/32" NEEDLE ^{EDS}	1	
UNIFINE PENTIPS MAXFLOW 30 GAUGE X 3/16" NEEDLE ^{EDS}	1	
UNIFINE PENTIPS PLUS 29 GAUGE X 1/2" NEEDLE ^{EDS}	1	
UNIFINE PENTIPS PLUS 31 GAUGE X 1/4" NEEDLE ^{EDS}	1	
UNIFINE PENTIPS PLUS 31 GAUGE X 3/16" NEEDLE ^{EDS}	1	
UNIFINE PENTIPS PLUS 31 GAUGE X 5/16" NEEDLE ^{EDS}	1	
UNIFINE PENTIPS PLUS 32 GAUGE X 5/32" NEEDLE ^{EDS}	1	
UNIFINE PENTIPS PLUS 33 GAUGE X 5/32" NEEDLE ^{EDS}	1	
UNIFINE PENTIPS PLUS MAXFLOW 30 GAUGE X 3/16" NEEDLE ^{EDS}	1	
UNIFINE PROTECT 30 GAUGE X 3/16" NEEDLE ^{EDS}	1	
UNIFINE PROTECT 30 GAUGE X 5/16" NEEDLE ^{EDS}	1	
UNIFINE PROTECT 32 GAUGE X 5/32" NEEDLE ^{EDS}	1	
UNIFINE SAFECONTROL 30 GAUGE X 3/16" NEEDLE ^{EDS}	1	
UNIFINE SAFECONTROL 30 GAUGE X 5/16" NEEDLE ^{EDS}	1	
UNIFINE SAFECONTROL 32 GAUGE X 5/32" NEEDLE ^{EDS}	1	
UNIFINE ULTRA PEN NEEDLE 31 GAUGE X 1/4" ^{EDS}	1	
UNIFINE ULTRA PEN NEEDLE 31 GAUGE X 3/16" ^{EDS}	1	
UNIFINE ULTRA PEN NEEDLE 31 GAUGE X 5/16" ^{EDS}	1	
UNIFINE ULTRA PEN NEEDLE 32 GAUGE X 5/32" ^{EDS}	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 300 mg capsule	1	
ursodiol 500 mg tablet	1	

• **EDS** -Suministro prolongado • **PA** - Autorización previa • **QL** - Límites de cantidad • **ST** - Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DEL USO
valacyclovir 1 gram tablet	1	QL(90 cada 30 días)
valacyclovir 500 mg tablet	1	QL(90 cada 30 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 ^{EDS}	1	QL(30 cada 30 días)
valsartan 160 mg-hydrochlorothiazide 25 mg tablet ^{EDS}	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 ^{EDS}	1	QL(30 cada 30 días)
valsartan 320 mg-hydrochlorothiazide 25 mg tablet ^{EDS}	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 ^{EDS}	1	QL(30 cada 30 días)
VALTOCO 10 MG/SPRAY (0.1 ML) NASAL SPRAY	1	QL(10 cada 30 días)
VALTOCO 15 MG/2 SPRAY(7.5MG/0.1ML X2) NASAL SPRAY	1	QL(10 cada 30 días)
VALTOCO 20 MG/2 SPRAY (10MG/0.1ML X2) NASAL SPRAY	1	QL(10 cada 30 días)
VALTOCO 5 MG/SPRAY (0.1 ML) NASAL SPRAY	1	QL(10 cada 30 días)
vancomycin 125 mg capsule	1	QL(120 cada 30 días)
vancomycin 250 mg capsule	1	QL(240 cada 30 días)
VAQTA (PF) 25 UNIT/0.5 ML INTRAMUSCULAR SUSPENSION	1	
VAQTA (PF) 25 UNIT/0.5 ML INTRAMUSCULAR SYRINGE	1	
VAQTA (PF) 50 UNIT/ML INTRAMUSCULAR SUSPENSION	1	
VAQTA (PF) 50 UNIT/ML INTRAMUSCULAR SYRINGE	1	
varenicline 0.5 mg (11)-1 mg (42) tablets in a dose pack	1	QL(53 cada 28 días)
varenicline 0.5 mg tablet	1	QL(56 cada 28 días)
varenicline 1 mg tablet	1	QL(56 cada 28 días)
VARIVAX (PF) 1,350 UNIT/0.5 ML SUBCUTANEOUS SUSPENSION	1	
VASCEPA 0.5 GRAM CAPSULE	1	QL(240 cada 30 días)
VASCEPA 1 GRAM CAPSULE	1	QL(120 cada 30 días)
VAXNEUVANCE (PF) 0.5 ML INTRAMUSCULAR SYRINGE	1	
VEKLURY 100 MG INTRAVENOUS POWDER FOR SOLUTION	1	
velivet triphasic regimen (28) 0.1 mg/0.125 mg/0.15 mg-25 mcg tablet	1	
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)
VENTOLIN HFA 90 MCG/ACTUATION AEROSOL INHALER	1	QL(36 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)

• **EDS** -Suministro prolongado • **PA** - Autorización previa • **QL** - Límites de cantidad • **ST** - Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DEL USO
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 ^{EDS}	1	QL(60 cada 30 días)
verapamil er 180 mg 24 hr capsule,extended release ^{EDS}	1	QL(60 cada 30 días)
verapamil er 240 mg 24 hr capsule,extended release ^{EDS}	1	QL(60 cada 30 días)
verapamil er 360 mg 24 hr capsule,extended release	1	QL(60 cada 30 días)
VERIFINE PEN NEEDLE 29 GAUGE X 1/2" ^{EDS}	1	
VERIFINE PEN NEEDLE 31 GAUGE X 1/4" ^{EDS}	1	
VERIFINE PEN NEEDLE 31 GAUGE X 3/16" ^{EDS}	1	
VERIFINE PEN NEEDLE 31 GAUGE X 5/16" ^{EDS}	1	
VERIFINE PEN NEEDLE 32 GAUGE X 1/4" ^{EDS}	1	
VERIFINE PEN NEEDLE 32 GAUGE X 3/16" ^{EDS}	1	
VERIFINE PEN NEEDLE 32 GAUGE X 5/32" ^{EDS}	1	
VERIFINE PLUS PEN NEEDLE 31 GAUGE X 3/16" ^{EDS}	1	
VERIFINE PLUS PEN NEEDLE 31 GAUGE X 5/16" ^{EDS}	1	
VERIFINE PLUS PEN NEEDLE 32 GAUGE X 5/32" ^{EDS}	1	
VERIFINE PLUS PEN NEEDLE-SHARPS CONTAINER 32 GAUGE X 5/32" ^{EDS}	1	
vestura (28) 3 mg-0.02 mg tablet	1	
VICTOZA 2-PAK 0.6 MG/0.1 ML (18 MG/3 ML) SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR	1	QL(9 cada 30 días)
VICTOZA 3-PAK 0.6 MG/0.1 ML (18 MG/3 ML) SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR	1	QL(9 cada 30 días)
vienva 0.1 mg-20 mcg tablet	1	
VIGAMOX 0.5 % EYE DROPS	1	
vigpoder 500 mg oral powder packet	1	PA,QL(180 cada 30 días)
vilazodone 10 mg tablet	1	QL(30 cada 30 días)
vilazodone 20 mg tablet	1	QL(30 cada 30 días)
vilazodone 40 mg tablet	1	QL(30 cada 30 días)
VIMPAT 10 MG/ML ORAL SOLUTION	1	PA,QL(1395 cada 30 días)
VIMPAT 100 MG TABLET	1	PA
VIMPAT 150 MG TABLET	1	PA
VIMPAT 200 MG TABLET	1	PA
VIMPAT 50 MG (14)-100 MG (14) TABLETS IN A DOSE PACK	1	PA
VIMPAT 50 MG TABLET	1	PA
violele (28) 0.15 mg-0.02 mg (21)/0.01 mg (5) tablet	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)
vitamin a 3,000 mcg (10,000 unit) capsule	1	
vitamin b-6 100 mg tablet	1	

• **EDS** -Suministro prolongado • **PA** - Autorización previa • **QL** - Límites de cantidad • **ST** - Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DEL USO
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	
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	1	
VORTEX HOLDING CHAMBER	1	
VORTEX VHC FROG MASK-CHILD	1	
VORTEX VHC LADYBUG MASK-TODDLER	1	
VOSEVI 400 MG-100 MG-100 MG TABLET	1	PA,QL(28 cada 28 días)
VRAYLAR 1.5 MG (1)-3 MG (6) CAPSULES IN A DOSE PACK	1	
VRAYLAR 1.5 MG CAPSULE	1	QL(30 cada 30 días)
VRAYLAR 3 MG CAPSULE	1	QL(30 cada 30 días)
VRAYLAR 4.5 MG CAPSULE	1	QL(30 cada 30 días)
VRAYLAR 6 MG CAPSULE	1	QL(30 cada 30 días)
vyfemla (28) 0.4 mg-35 mcg tablet	1	
vylibra 0.25 mg-35 mcg tablet	1	
VYVANSE 10 MG CAPSULE	1	QL(30 cada 30 días)
VYVANSE 10 MG CHEWABLE TABLET	1	QL(30 cada 30 días)
VYVANSE 20 MG CAPSULE	1	QL(30 cada 30 días)
VYVANSE 20 MG CHEWABLE TABLET	1	QL(30 cada 30 días)
VYVANSE 30 MG CAPSULE	1	QL(30 cada 30 días)
VYVANSE 30 MG CHEWABLE TABLET	1	QL(30 cada 30 días)
VYVANSE 40 MG CAPSULE	1	QL(30 cada 30 días)
VYVANSE 40 MG CHEWABLE TABLET	1	QL(30 cada 30 días)
VYVANSE 50 MG CAPSULE	1	QL(30 cada 30 días)
VYVANSE 50 MG CHEWABLE TABLET	1	QL(30 cada 30 días)
VYVANSE 60 MG CAPSULE	1	QL(30 cada 30 días)
VYVANSE 60 MG CHEWABLE TABLET	1	QL(30 cada 30 días)
VYVANSE 70 MG CAPSULE	1	QL(30 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	
vera (28) 0.5 mg-35 mcg tablet	1	
westab plus 27 mg iron-1 mg tablet	1	
WIDE-SEAL DIAPHRAGM 60 MM VAGINAL	1	
WIDE-SEAL DIAPHRAGM 65 MM VAGINAL	1	
WIDE-SEAL DIAPHRAGM 70 MM VAGINAL	1	
WIDE-SEAL DIAPHRAGM 75 MM VAGINAL	1	
WIDE-SEAL DIAPHRAGM 80 MM VAGINAL	1	

• **EDS** -Suministro prolongado • **PA** - Autorización previa • **QL** - Límites de cantidad • **ST** - Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DEL USO
WIDE-SEAL DIAPHRAGM 85 MM VAGINAL	1	
WIDE-SEAL DIAPHRAGM 90 MM VAGINAL	1	
WIDE-SEAL DIAPHRAGM 95 MM VAGINAL	1	
women's gentle laxative (bisacodyl) 5 mg tablet,delayed release	1	
wymzya fe 0.4 mg-35 mcg (21)/75 mg (7) chewable tablet	1	
XADAGO 100 MG TABLET	1	QL(30 cada 30 días)
XADAGO 50 MG TABLET	1	QL(30 cada 30 días)
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)
XIGDUO XR 10 MG-1,000 MG TABLET,EXTENDED RELEASE	1	PA,QL(30 cada 30 días)
XIGDUO XR 10 MG-500 MG TABLET,EXTENDED RELEASE	1	PA,QL(30 cada 30 días)
XIGDUO XR 2.5 MG-1,000 MG TABLET,EXTENDED RELEASE	1	PA,QL(60 cada 30 días)
XIGDUO XR 5 MG-1,000 MG TABLET,EXTENDED RELEASE	1	PA,QL(60 cada 30 días)
XIGDUO XR 5 MG-500 MG TABLET,EXTENDED RELEASE	1	PA,QL(30 cada 30 días)
XIIDRA 5 % EYE DROPS IN A DROPPERETTE	1	QL(60 cada 30 días)
XOFLUZA 20 MG TABLET	1	
XOFLUZA 40 MG TABLET	1	
XOFLUZA 80 MG TABLET	1	
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)
xulane 150 mcg-35 mcg/24 hr transdermal patch	1	QL(3 cada 28 días)
zaditor 0.025 % (0.035 %) eye drops	1	
zafemy 150 mcg-35 mcg/24 hr transdermal patch	1	QL(3 cada 28 días)
zafirlukast 10 mg tablet	1	QL(60 cada 30 días)
zafirlukast 20 mg tablet	1	QL(60 cada 30 días)
zarah 3 mg-0.03 mg tablet	1	
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)
ZENPEP 10,000 UNIT-32,000 UNIT-42,000 UNIT CAPSULE,DELAYED RELEASE	1	
ZENPEP 15,000 UNIT-47,000 UNIT-63,000 UNIT CAPSULE,DELAYED RELEASE	1	
ZENPEP 20,000 UNIT-63,000 UNIT-84,000 UNIT CAPSULE,DELAYED RELEASE	1	
ZENPEP 25,000 UNIT-79,000 UNIT-105,000 UNIT CAPSULE,DELAYED RELEASE	1	
ZENPEP 3,000 UNIT-10,000 UNIT-14,000 UNIT CAPSULE,DELAYED RELEASE	1	

• **EDS** -Suministro prolongado • **PA** - Autorización previa • **QL** - Límites de cantidad • **ST** - Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DEL USO
ZENPEP 40,000 UNIT-126,000 UNIT-168,000 UNIT CAPSULE,DELAYED RELEASE	1	
ZENPEP 5,000 UNIT-17,000 UNIT-24,000 UNIT CAPSULE,DELAYED RELEASE	1	
ZENPEP 60,000-189,600-252,600 UNIT CAPSULE,DELAYED RELEASE	1	
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)
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	
zonisamide 50 mg capsule ^{EDS}	1	
zovia 1-35 (28) 1 mg-35 mcg tablet	1	
zumandimine (28) 3 mg-0.03 mg tablet	1	

• **EDS** -Suministro prolongado • **PA** - Autorización previa • **QL** - Límites de cantidad • **ST** - Terapia por fases

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 ayudarlo sin costo alguno para usted. Podemos explicarle el documento en inglés o en su primer idioma. También podemos ayudarlo 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): ហៅមកលេខទូរស័ព្ទខាងលើ ដើម្បីទទួលបានសេវាកម្មបកប្រែភាសាដោយមិនអស់ប្រាក់ ។