

Lista de medicamentos de 2021 Rx5 Plus

Esto es una lista de medicamentos.
El presente document contiene información acerca de los medicamentos
cubiertos por el plan.

Looking for English? [Click here.](#)

Bienvenido a Humana!

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

¿Qué es la Lista de medicamentos?

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

Si usted tiene seguro a través de su patrono y vive en Texas, Louisiana, Illinois o Puerto Rico: continuará utilizando la versión de 2020 de esta Lista de medicamentos hasta la fecha de renovación de su plan en 2021. De lo contrario, esta Lista de medicamentos tendrá vigencia a partir del 1 de enero de 2021. Puede encontrar dicha Lista de medicamentos en espanol.humana.com/druglist.

¿Cómo utilizo la Lista de medicamentos?

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

Los medicamentos recetados se agrupan en uno de cinco niveles: Nivel 1, Nivel 2, Nivel 3, Nivel 4 o Nivel 5. Los medicamentos genéricos tienen los mismos ingredientes activos que los medicamentos de marca y se recetan por los mismos motivos. La Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, por sus siglas en inglés) requiere que los genéricos sean seguros y tengan el mismo efecto que los medicamentos de marca. Los medicamentos genéricos a menudo cuestan mucho menos.

- **Nivel 1:** incluye los medicamentos genéricos preferidos menos costosos.
- **Nivel 2:** incluye medicamentos genéricos de bajo costo.
- **Nivel 3:** incluye medicamentos de marca preferidos y algunos medicamentos genéricos más costosos.
- **Nivel 4:** incluye medicamentos de marca no preferidos y algunos de los medicamentos genéricos no preferidos más costosos.
- **Nivel 5:** incluye medicamentos de costo más alto/alta tecnología y de especialidad cubiertos.

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

Puede usar la herramienta de búsqueda de medicamentos al ingresar en MyHumana at espanol.humana.com para ver alternativas para sus medicamentos. Puede acceder a la herramienta de búsqueda de medicamentos "Drug Pricing Tool" (Precios de medicamentos) en "Tools & Resources" (Herramientas y recursos) en la parte inferior de la página.

Su proveedor de cuidado de la salud puede también pedirle a Humana que haga una excepción. Por lo general, Humana únicamente aprobará una solicitud si un medicamento cubierto no tiene la misma eficacia o tendría un efecto negativo para su salud. Para solicitar una aprobación, su proveedor de cuidado de la salud puede llamar a Revisión de farmacia clínica de Humana (HCPR, por sus siglas en inglés) al 1-800-555-2546, de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m., hora del este. Para un asegurado en Puerto Rico, su proveedor de salud puede comunicarse a la HCPR en Puerto Rico al 1-866-488-5991 entre las 8:00 am - 8:00 pm hora local, de lunes a viernes.

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

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

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

O

- Si su proveedor de cuidado de la salud cree que necesita más que la cantidad permitida, puede solicitar la autorización previa de Humana para que cubramos la cantidad del medicamento que sobrepase el límite.
- **Terapia por fases (ST, por sus siglas en inglés):** A veces, más de un medicamento es eficaz para tratar una afección médica. Algunos medicamentos pueden costar menos pero aun así funcionan para usted. Antes de surtir una receta con un medicamento que cueste más, se le puede pedir que pruebe al menos con un medicamento diferente primero.

Hable con su proveedor de cuidado de la salud si su medicamento tiene un requisito adicional. Pídale a su proveedor de cuidado de la salud que contacte con Revisión de farmacia clínica de Humana (HCPR) para pedir la aprobación de un medicamento que requiere autorización previa, límite de cantidad o terapia por fases. Su proveedor de cuidado de la salud puede contactar con HCPR llamando al 1-800-555-2546, de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m., hora del este, para solicitar una aprobación. Humana necesita entre 24 y 72 horas para llevar a cabo la revisión y proporcionar una respuesta a su proveedor de cuidado de la salud. Para un asegurado en Puerto Rico, su proveedor de salud puede comunicarse con HCPR en Puerto Rico al 1-866-488-5991 entre las 8:00 am - 8:00 pm hora local, de lunes a viernes.

Puede averiguar si su medicamento tiene requisitos o límites adicionales consultando la Lista de medicamentos que empieza en la página 6.

Nota:

Si su medicamento no aparece en esta lista impresa de medicamentos cubiertos, debe visitar espanol.humana.com y seguir las instrucciones a continuación para ver si su medicamento está cubierto.

- En el caso de algunos medicamentos que no se enumeran a continuación, se puede necesitar una determinación de cobertura.
- Si Humana no cubre su medicamento, su proveedor de cuidado de la salud puede pedir a Humana que lo apruebe. Por lo general, Humana únicamente aprobará una solicitud si un medicamento cubierto no tiene la misma eficacia O tendría un efecto negativo para su salud.
- Algunos medicamentos cubiertos pueden tener otros requisitos o límites en la cobertura, como por ejemplo, requerir que su proveedor de cuidado de la salud obtenga una aprobación por adelantado de Humana para estar cubiertos en virtud de su plan de farmacia (también conocida como autorización previa). Siga las instrucciones en la página 3 para obtener información sobre la cobertura del medicamento específico.

¿La Lista de medicamentos puede cambiar?

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

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

¿Cuánto tendré que pagar por los medicamentos cubiertos?

La cantidad que debe pagar a menudo depende del nivel en el que se cubre su medicamento en esta Lista de medicamentos y de si surte la receta en una farmacia dentro de la red. Consulte su Certificado de cobertura/ Descripción resumida del plan/Póliza de seguro o llame al número que está al reverso de su tarjeta de identificación de Humana a fin de comunicarse con Atención al cliente para averiguar más sobre la cobertura de farmacia. [Haga clic aquí](#) para encontrar una lista de medicamentos preventivos que están cubiertos sin costo para usted cuando se recetan con fines preventivos. Debe tener una receta de su proveedor de cuidado de la salud y surtir el medicamento en la farmacia de la red de su plan. Es posible que algunos medicamentos anticonceptivos cubiertos en la Lista de medicamentos estén disponibles para usted sin costo alguno si son necesarios por razones médicas. Es posible que otros medicamentos anticonceptivos que no están en la Lista de medicamentos estén disponibles para usted sin costo alguno si son necesarios por razones médicas. Para solicitar una revisión de la necesidad médica de un medicamento anticonceptivo, su proveedor de cuidado de la salud puede llamar a Revisión de farmacia clínica de Humana (HCPR, por sus siglas en inglés) al 1-800-555-2546, de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m., hora del este. Para un asegurado en Puerto Rico, su proveedor de salud puede comunicarse a la HCPR en Puerto Rico al 1-866-488-5991 entre las 8:00 am - 8:00 pm hora local, de lunes a viernes.

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

- Visite espanol.humana.com e inicie sesión en MyHumana.
- Acceda a la herramienta de búsqueda de medicamentos haciendo clic en "Pharmacy" (farmacia).
- Busque su medicamento por nombre.
- Nota: MyHumana solo muestra los beneficios a la fecha de inicio de sesión. Dependiendo de su plan, debe esperar hasta después de la fecha de renovación de su plan en 2021 para ver la información de sus nuevos beneficios.

Para más información

No todos los medicamentos enumerados en esta Lista de medicamentos están cubiertos por todos los planes de beneficios de medicamentos recetados. Para obtener información más detallada sobre su cobertura para medicamentos recetados de Humana, revise el Certificado de seguro/Descripción resumida del plan/Póliza de seguro y demás materiales del plan.

Si está pensando en inscribirse en un plan de Humana, llame al número de Atención al cliente que aparece en sus materiales de inscripción.

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

Lista de medicamentos de 2021 Rx5 Plus

La Lista 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 de medicamentos

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

MM: los medicamentos de mantenimiento se toman durante mucho tiempo, como los medicamentos para el colesterol alto, la salud mental o la presión arterial alta. La cobertura puede ser diferente según el plan y es posible que deba surtir su receta usando la farmacia de envío por correo del plan.

SP: los medicamentos de especialidad suelen ser medicamentos de alto costo/alta tecnología que a menudo solo pueden obtenerse en farmacias de especialidad. La cobertura de medicamentos de especialidad puede ser diferente según el plan.

ACA: cobertura de medicamentos preventivos a \$0 según la Ley del Cuidado de la Salud Asequible. Estos medicamentos están a su disposición sin ningún costo cuando se recetan con fines preventivos. Tiene que tener una receta de su proveedor de cuidado de la salud y surtir el medicamento en una farmacia de la red para que nosotros podamos procesar una reclamación para productos o medicamentos preventivos en virtud de su plan de farmacia. La lista podría no corresponder a todos los planes de cuidado de la salud y podría cambiar a lo largo del tiempo. Es posible que se apliquen ciertas excepciones.

LD: este medicamento es de distribución limitada y es posible que no esté disponible en todas las farmacias dentro de la red; llame al número que aparece al reverso de su tarjeta de identificación para obtener más información. Es posible que esta lista no sea completa y está sujeta a cambios.

DL: Este medicamento tiene un límite de despacho y pudiera estar limitado a un surtido de 30 días o menos por restricciones adicionales debido a las leyes estatales o federales o su propia farmacia. Consulte a su médico o farmacéutico sobre sus opciones de tratamiento.

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

La tercera columna indica los requisitos de administración del uso del medicamento. Administración del uso significa que Humana puede tener requisitos para cubrir ese medicamento. Pueden incluir autorización previa, límites de cantidad y terapia por fases. 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 ^{MM}	3	
1ST TIER UNIFINE PENTIPS 31 GAUGE X 1/4" NEEDLE ^{MM}	3	
1ST TIER UNIFINE PENTIPS 31 GAUGE X 3/16" NEEDLE ^{MM}	3	
1ST TIER UNIFINE PENTIPS 31 GAUGE X 5/16" NEEDLE ^{MM}	3	
1ST TIER UNIFINE PENTIPS 32 GAUGE X 5/32" NEEDLE ^{MM}	3	
1ST TIER UNIFINE PENTIPS PLUS 29 GAUGE X 1/2" NEEDLE ^{MM}	3	
1ST TIER UNIFINE PENTIPS PLUS 31 GAUGE X 1/4" NEEDLE ^{MM}	3	
1ST TIER UNIFINE PENTIPS PLUS 31 GAUGE X 3/16" NEEDLE ^{MM}	3	
1ST TIER UNIFINE PENTIPS PLUS 31 GAUGE X 5/16" NEEDLE ^{MM}	3	
1ST TIER UNIFINE PENTIPS PLUS 32 GAUGE X 5/32" NEEDLE ^{MM}	3	
1ST TIER UNILET COMFORTOUCH LANCET 28 GAUGE ^{MM}	3	
1ST TIER UNILET COMFORTOUCH LANCET 30 GAUGE ^{MM}	3	
2-IN-1 LANCET DEVICE 30 GAUGE ^{MM}	3	
2TEK CONTROL (HIGH-NORMAL) SOLUTION ^{MM}	3	
abacavir 20 mg/ml solution ^{MM}	4	QL(960 cada 30 días)
abacavir 300 mg tablet ^{MM}	4	QL(60 cada 30 días)
abacavir-lamivudine 600-300 mg ^{MM}	4	QL(30 cada 30 días)
abacavir-lamivudine-zidov tab ^{MM}	4	QL(60 cada 30 días)
ABELCET 5 MG/ML INTRAVENOUS SUSPENSION	4	
ABILIFY MAINTENA 300 MG INTRAMUSCULAR SUSPENSION,EXTENDED RELEASE ^{MM,SP,DL}	5	QL(1 cada 28 días)
ABILIFY MAINTENA 300 MG SUSPENSION,EXTENDED REL. INTRAMUSCULAR SYRINGE ^{MM,SP,DL}	5	QL(1 cada 28 días)
ABILIFY MAINTENA 400 MG INTRAMUSCULAR SUSPENSION,EXTENDED RELEASE ^{MM,SP,DL}	5	QL(1 cada 28 días)
ABILIFY MAINTENA 400 MG SUSPENSION,EXTENDED REL. INTRAMUSCULAR SYRINGE ^{MM,SP,DL}	5	QL(1 cada 28 días)
abiraterone acetate 250 mg tab ^{MM,SP,DL}	5	PA,QL(120 cada 30 días)
ABOUTTIME PEN NEEDLE 30 GAUGE X 5/16" ^{MM}	3	
ABOUTTIME PEN NEEDLE 31 GAUGE X 3/16" ^{MM}	3	
ABOUTTIME PEN NEEDLE 31 GAUGE X 5/16" ^{MM}	3	
ABOUTTIME PEN NEEDLE 32 GAUGE X 5/32" ^{MM}	3	
acamprosate calc dr 333 mg tab ^{MM}	3	QL(180 cada 30 días)
acarbose 100 mg tablet ^{MM}	2	
acarbose 25 mg tablet ^{MM}	2	
acarbose 50 mg tablet ^{MM}	2	
ACCU-CHEK AVIVA CONTROL SOLN SOLUTION ^{MM}	3	
ACCU-CHEK AVIVA PLUS METER ^{MM}	2	
ACCU-CHEK AVIVA PLUS TEST STRIPS ^{MM}	2	QL(150 cada 30 días)
ACCU-CHEK COMPACT PLUS CONTROL ^{MM}	3	
ACCU-CHEK COMPACT PLUS STRIPS ^{MM}	2	QL(153 cada 30 días)
ACCU-CHEK FASTCLIX LANCET DRUM ^{MM}	3	
ACCU-CHEK FASTCLIX LANCING DEVICE KIT ^{MM}	3	
ACCU-CHEK GUIDE GLUCOSE METER ^{MM}	2	
ACCU-CHEK GUIDE L1-L2 CONTROL SOLUTION ^{MM}	3	
ACCU-CHEK GUIDE ME GLUCOSE METER ^{MM}	2	
ACCU-CHEK GUIDE TEST STRIPS ^{MM}	2	QL(150 cada 30 días)
ACCU-CHEK MULTICLIX LANCET ^{MM}	3	
ACCU-CHEK MULTICLIX LANCET KIT ^{MM}	3	
ACCU-CHEK SAFE-T-PRO 23 GAUGE ^{MM}	3	
ACCU-CHEK SAFE-T-PRO PLUS 23 GAUGE ^{MM}	3	

ST - Terapia por fases • QL - Límite de cantidad • PA - Autorización previa

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DEL USO
ACCU-CHEK SMARTVIEW CONTROL SOLUTION ^{MM}	3	
ACCU-CHEK SMARTVIEW TEST STRIPS ^{MM}	2	QL(150 cada 30 días)
ACCU-CHEK SOFTCLIX LANCETS ^{MM}	3	
ACCU-CHEK SOFTCLIX LANCING DEVICE+LANCETS KIT ^{MM}	3	
accutane 10 mg capsule	4	QL(60 cada 30 días)
accutane 20 mg capsule	4	QL(60 cada 30 días)
accutane 30 mg capsule	4	QL(60 cada 30 días)
accutane 40 mg capsule	4	QL(120 cada 30 días)
ACCUTREND GLUCOSE CONTROL SOLUTION ^{MM}	3	
ACCUTREND GLUCOSE TEST STRIPS ^{MM}	2	QL(150 cada 30 días)
ACE AEROSOL CLOUD ENHANCER SPACER	3	
acebutolol 200 mg capsule ^{MM}	2	
acebutolol 400 mg capsule ^{MM}	2	
acetamin-codein 300-30 mg/12.5 ^{DL}	2	QL(2700 cada 30 días)
acetaminop-codeine 120-12 mg/5 ^{DL}	2	QL(2700 cada 30 días)
acetaminop-codeine 120-12 mg/5 ^{DL}	2	QL(2700 cada 30 días)
acetaminophen-cod #2 tablet ^{DL}	2	QL(390 cada 30 días)
acetaminophen-cod #3 tablet ^{DL}	2	QL(360 cada 30 días)
acetaminophen-cod #4 tablet ^{DL}	2	QL(180 cada 30 días)
acetazolamide 125 mg tablet ^{MM}	3	QL(120 cada 30 días)
acetazolamide 250 mg tablet ^{MM}	3	QL(120 cada 30 días)
acetazolamide er 500 mg cap ^{MM}	3	QL(60 cada 30 días)
acetic acid 2% ear solution	2	
acetylcysteine 10% vial	4	
acetylcysteine 20% vial	4	
acetylcysteine 6 gram/30 ml vl	4	
acitretin 10 mg capsule ^{SP,DL}	5	PA
acitretin 17.5 mg capsule ^{SP,DL}	5	PA
acitretin 25 mg capsule ^{SP,DL}	5	PA
ACTHAR 80 UNIT/ML INJECTION GEL ^{SP,DL}	5	PA,QL(30 cada 30 días)
ACTHIB (PF) 10 MCG/0.5 ML INTRAMUSCULAR SOLUTION ^{ACA}	4	
ACTI-LANCE LANCETS 17 GAUGE ^{MM}	3	
ACTI-LANCE LANCETS 23 GAUGE ^{MM}	3	
ACTI-LANCE LANCETS 28 GAUGE ^{MM}	3	
ACTIMMUNE 100 MCG (2 MILLION UNIT)/0.5 ML SUBCUTANEOUS SOLUTION ^{SP,LD,DL}	5	PA,QL(12 cada 30 días)
acyclovir 200 mg capsule ^{MM}	2	
acyclovir 200 mg/5 ml susp ^{MM}	3	
acyclovir 400 mg tablet ^{MM}	2	
acyclovir 5% ointment	3	PA
acyclovir 800 mg tablet ^{MM}	2	
ADACEL (TDAP ADOLESN/ADULT)(PF)2 LF-(2.5-5-3-5)-5 LF/0.5 ML IM SYRINGE ^{ACA}	4	
ADACEL (TDAP ADOLESN/ADULT)(PF)2LF-(2.5-5-3-5MCG)-5 LF/0.5 ML IM SUSP ^{ACA}	4	
adapalene 0.1% cream	4	
adapalene 0.1% gel	3	
adapalene-bnzyl perox 0.1-2.5%	3	ST
adefovir dipivoxil 10 mg tab ^{SP,DL}	5	
ADEMPAS 0.5 MG TABLET ^{MM,SP,LD,DL}	5	PA,QL(90 cada 30 días)
ADEMPAS 1 MG TABLET ^{MM,SP,LD,DL}	5	PA,QL(90 cada 30 días)
ADEMPAS 1.5 MG TABLET ^{MM,SP,LD,DL}	5	PA,QL(90 cada 30 días)
ADEMPAS 2 MG TABLET ^{MM,SP,LD,DL}	5	PA,QL(90 cada 30 días)
ADEMPAS 2.5 MG TABLET ^{MM,SP,LD,DL}	5	PA,QL(90 cada 30 días)
ADHANSIA XR 25 MG CAPSULE,EXTENDED RELEASE ^{MM}	3	QL(30 cada 30 días)
ADHANSIA XR 35 MG CAPSULE,EXTENDED RELEASE ^{MM}	3	QL(30 cada 30 días)
ADHANSIA XR 45 MG CAPSULE,EXTENDED RELEASE ^{MM}	3	QL(30 cada 30 días)
ADHANSIA XR 55 MG CAPSULE,EXTENDED RELEASE ^{MM}	3	QL(30 cada 30 días)

ST - Terapia por fases • QL - Límite de cantidad • PA - Autorización previa

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DEL USO
ADHANSIA XR 70 MG CAPSULE,EXTENDED RELEASE ^{MM}	3	QL(30 cada 30 días)
ADHANSIA XR 85 MG CAPSULE,EXTENDED RELEASE ^{MM}	3	QL(30 cada 30 días)
ADJUSTABLE LANCING DEVICE	3	
ADVAIR HFA 115 MCG-21 MCG/ACTUATION AEROSOL INHALER ^{MM}	3	QL(12 cada 30 días)
ADVAIR HFA 230 MCG-21 MCG/ACTUATION AEROSOL INHALER ^{MM}	3	QL(12 cada 30 días)
ADVAIR HFA 45 MCG-21 MCG/ACTUATION AEROSOL INHALER ^{MM}	3	QL(12 cada 30 días)
ADVANCED LANCING DEVICE KIT ^{MM}	3	
ADVANCED TRAVEL LANCETS 28 GAUGE ^{MM}	3	
ADVANCED TRAVEL LANCETS 30 GAUGE ^{MM}	3	
ADVOCATE CONTROL SOLUTION HIGH ^{MM}	3	
ADVOCATE LANCET 26 GAUGE ^{MM}	3	
ADVOCATE LANCET 30 GAUGE ^{MM}	3	
ADVOCATE LANCING DEVICE	3	
ADVOCATE LOW CONTROL SOLUTION ^{MM}	3	
ADVOCATE PEN NEEDLE 29 GAUGE X 1/2" ^{MM}	3	
ADVOCATE PEN NEEDLE 31 GAUGE X 3/16" ^{MM}	3	
ADVOCATE PEN NEEDLE 31 GAUGE X 5/16" ^{MM}	3	
ADVOCATE PEN NEEDLE 33 GAUGE X 5/32" ^{MM}	3	
ADVOCATE RAPID-SAFE LANCING DEVICE	3	
ADVOCATE SYRINGES 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2" ^{MM}	3	
ADVOCATE SYRINGES 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16" ^{MM}	3	
ADVOCATE SYRINGES 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16" ^{MM}	3	
ADVOCATE SYRINGES 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2" ^{MM}	3	
ADVOCATE SYRINGES 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16" ^{MM}	3	
ADVOCATE SYRINGES 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16" ^{MM}	3	
ADVOCATE SYRINGES 1 ML 29 GAUGE X 1/2" ^{MM}	3	
ADVOCATE SYRINGES 1 ML 30 GAUGE X 5/16" ^{MM}	3	
ADVOCATE SYRINGES 1 ML 31 GAUGE X 5/16" ^{MM}	3	
AEROCHAMBER MINI	3	
AEROCHAMBER MV SPACER	3	
AEROCHAMBER PLUS FLOW-VU	3	
AEROCHAMBER PLUS FLOW-VU,LARGE MASK	3	
AEROCHAMBER PLUS FLOW-VU,MEDIUM MASK	3	
AEROCHAMBER PLUS FLOW-VU,SMALL MASK	3	
AEROCHAMBER PLUS Z STAT LARGE MASK	3	
AEROCHAMBER PLUS Z STAT MEDIUM MASK	3	
AEROCHAMBER PLUS Z STAT SMALL MASK	3	
AEROCHAMBER PLUS Z STAT SPACER	3	
AEROCHAMBER WITH FLOWSIGNAL	3	
AEROCHAMBER Z-STAT PLUS-FLOW SIGNAL	3	
AEROGear ACTION ASTHMA KIT	3	
AEROTRACH PLUS SPACER	3	
AEROVENT PLUS SPACER	3	
AFINITOR DISPERZ 2 MG TABLET FOR ORAL SUSPENSION ^{MM,SP,DL}	5	PA,QL(30 cada 30 días)
AFINITOR DISPERZ 3 MG TABLET FOR ORAL SUSPENSION ^{MM,SP,DL}	5	PA,QL(30 cada 30 días)
AFINITOR DISPERZ 5 MG TABLET FOR ORAL SUSPENSION ^{MM,SP,DL}	5	PA,QL(30 cada 30 días)
afirmelle 0.1 mg-20 mcg tablet ^{MM,ACA}	1	
AFLURIA QD 2020-21 (36 MOS UP)(PF)60 MCG (15 MCG X4)/0.5 ML IM SYRINGE ^{ACA}	4	
AFLURIA QD 2020-21 (6-35 MOS)(PF) 30 MCG(7.5 MCGX4)/0.25 ML IM SYRINGE ^{ACA}	4	
AFLURIA QUAD 2020-2021 60 MCG (15 MCG X 4)/0.5 ML INTRAMUSCULAR SUSP. ^{ACA}	4	
AGAMATRIX CONTROL HIGH SOLUTION ^{MM}	3	
AGAMATRIX CONTROL NORM-HI SOLUTION ^{MM}	3	
AIMOVIg AUTOINJECTOR 140 MG/ML SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR ^{MM}	4	PA,QL(1 cada 30 días)
AIMOVIg AUTOINJECTOR 70 MG/ML SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR ^{MM}	4	PA,QL(2 cada 30 días)
ak-poly-bac 500 unit-10,000 unit/gram eye ointment	2	
AKYNZEO (NETUPITANT) 300 MG-0.5 MG CAPSULE	4	PA,QL(4 cada 28 días)

ST - Terapia por fases • QL - Límite de cantidad • PA - Autorización previa

8 - LISTA DE MEDICAMENTOS Actualizada 06/2021

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DEL USO
albendazole 200 mg tablet ^{DL}	4	
ALBUMIN (HUMAN) 25% IV SOLN ^{SP,DL}	5	
albuterol 2.5 mg/0.5 ml sol ^{MM}	2	
albuterol 5 mg/ml solution ^{MM}	2	
albuterol hfa 90 mcg inhaler ^{MM}	3	QL(36 cada 30 días)
albuterol sul 0.63 mg/3 ml sol ^{MM}	2	
albuterol sul 1.25 mg/3 ml sol ^{MM}	2	
albuterol sul 2.5 mg/3 ml soln ^{MM}	2	
albuterol sulf 2 mg/5 ml syrup ^{MM}	2	
albuterol sulfate 2 mg tab ^{MM}	4	
albuterol sulfate 4 mg tab ^{MM}	4	
albuterol sulfate er 4 mg tab ^{MM}	4	
albuterol sulfate er 8 mg tab ^{MM}	4	
ALCAINE 0.5 % EYE DROPS	2	
alclometasone dipr 0.05% oint	3	
alclometasone dipro 0.05% crm	3	
ALCOHOL PADS	3	
ALCOHOL PREP PADS	3	
ALCOHOL SWAB	3	
ALCOHOL WIPES	3	
ALECENSA 150 MG CAPSULE ^{MM,SP,DL}	5	PA,QL(240 cada 30 días)
alendronate sod 70 mg/75 ml ^{MM}	3	QL(300 cada 28 días)
alendronate sodium 10 mg tab ^{MM}	1	QL(30 cada 30 días)
alendronate sodium 35 mg tab ^{MM}	1	QL(4 cada 28 días)
alendronate sodium 40 mg tab ^{MM}	1	QL(30 cada 30 días)
alendronate sodium 5 mg tablet ^{MM}	1	QL(30 cada 30 días)
alendronate sodium 70 mg tab ^{MM}	1	QL(4 cada 28 días)
ALFENTANIL 500 MCG/ML AMPULE ^{DL}	4	QL(450 cada 30 días)
ALFERON N 5 MILLION UNIT/ML INJECTION SOLUTION ^{SP,DL}	5	PA,QL(2 cada 28 días)
alfuzosin hcl er 10 mg tablet ^{MM}	1	QL(30 cada 30 días)
ALINIA 100 MG/5 ML ORAL SUSPENSION ^{SP,DL}	5	QL(150 cada 30 días)
ALINIA 500 MG TABLET ^{SP,DL}	5	QL(40 cada 30 días)
ALLERGIST TRAY 1/2 ML 27 GAUGE X 3/8" SYRINGE	3	
ALLERGIST TRAY INTRADERMAL BEVEL 1 ML 26 GAUGE X 1/2" SYRINGE	3	
ALLERGIST TRAY INTRADERMAL BEVEL 1 ML 26 GAUGE X 3/8" SYRINGE	3	
ALLERGIST TRAY INTRADERMAL BEVEL 1 ML 27 GAUGE X 3/8" SYRINGE	3	
ALLERGIST TRAY REGULAR BEVEL 1 ML 27 GAUGE X 3/8" SYRINGE	3	
allopurinol 100 mg tablet ^{MM}	1	
allopurinol 300 mg tablet ^{MM}	1	
almotriptan malate 12.5 mg tab	4	ST,QL(9 cada 30 días)
almotriptan malate 6.25 mg tab	4	ST,QL(9 cada 30 días)
ALOCRIL 2 % EYE DROPS	4	ST
ALOMIDE 0.1 % EYE DROPS	4	ST
alose tron hcl 0.5 mg tablet ^{SP,DL}	5	PA,QL(60 cada 30 días)
alose tron hcl 1 mg tablet ^{SP,DL}	5	PA,QL(60 cada 30 días)
alprazolam 0.25 mg tablet ^{DL}	2	QL(120 cada 30 días)
alprazolam 0.5 mg tablet ^{DL}	2	QL(120 cada 30 días)
alprazolam 1 mg tablet ^{DL}	2	QL(120 cada 30 días)
alprazolam 2 mg tablet ^{DL}	2	QL(150 cada 30 días)
alprazolam er 0.5 mg tablet ^{DL}	2	QL(60 cada 30 días)
alprazolam er 1 mg tablet ^{DL}	2	QL(60 cada 30 días)
alprazolam er 2 mg tablet ^{DL}	2	QL(60 cada 30 días)
alprazolam er 3 mg tablet ^{DL}	2	QL(60 cada 30 días)
ALREX 0.2 % EYE DROPS,SUSPENSION	4	ST
ALTABAX 1 % TOPICAL OINTMENT	4	
altavera (28) 0.15 mg-0.03 mg tablet ^{MM,ACA}	1	

ST - Terapia por fases • QL - Límite de cantidad • PA - Autorización previa

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DEL USO
ALTERNATE SITE LANCET 26 GAUGE ^{MM}	3	
ALTERNATE SITE LANCING DEVICE	3	
ALUNBRIG 180 MG TABLET ^{MM,SP,DL}	5	PA,QL(30 cada 30 días)
ALUNBRIG 30 MG TABLET ^{MM,SP,DL}	5	PA,QL(180 cada 30 días)
ALUNBRIG 90 MG (7)-180 MG (23) TABLETS IN A DOSE PACK ^{SP,DL}	5	PA,QL(30 cada 30 días)
ALUNBRIG 90 MG TABLET ^{MM,SP,DL}	5	PA,QL(30 cada 30 días)
alyacen 1/35 (28) 1 mg-35 mcg tablet ^{MM,ACA}	1	
alyacen 7/7/7 (28) 0.5 mg/0.75 mg/1 mg-35 mcg tablet ^{MM,ACA}	1	
alyq 20 mg tablet ^{MM,DL}	3	PA,QL(60 cada 30 días)
amabelz 0.5 mg-0.1 mg tablet ^{MM}	3	
amabelz 1 mg-0.5 mg tablet ^{MM}	3	
amantadine 100 mg capsule ^{MM}	2	
amantadine 100 mg tablet ^{MM}	3	
amantadine 50 mg/5 ml solution ^{MM}	1	
ambrisentan 10 mg tablet ^{MM,SP,DL}	5	PA,QL(30 cada 30 días)
ambrisentan 5 mg tablet ^{MM,SP,DL}	5	PA,QL(30 cada 30 días)
amcinonide 0.1% cream	4	
AMELUZ 10 % TOPICAL GEL	4	
amethia 0.15 mg-30 mcg (84)/10 mcg(7) tablets,3 month dose pack ^{MM,ACA}	1	QL(91 cada 90 días)
amethia lo tablet ^{MM,ACA}	1	QL(91 cada 90 días)
amethyst (28) 90 mcg-20 mcg tablet ^{MM}	4	
amikacin sulf 1 gram/4 ml vial	4	
amiloride hcl 5 mg tablet ^{MM}	2	
amiloride hcl-hctz 5-50 mg tab ^{MM}	1	
AMINOSYN 7 % WITH ELECTROLYTES INTRAVENOUS SOLUTION	3	
AMINOSYN 8.5 % WITH ELECTROLYTES INTRAVENOUS SOLUTION	3	
AMINOSYN II 8.5 % WITH ELECTROLYTES INTRAVENOUS SOLUTION	3	
AMINOSYN M 3.5 % INTRAVENOUS SOLUTION	3	
AMINOSYN-HBC 7% INTRAVENOUS SOLUTION	3	
amiodarone hcl 100 mg tablet ^{MM}	2	
amiodarone hcl 200 mg tablet ^{MM}	1	
amiodarone hcl 400 mg tablet ^{MM}	2	
amitriptyline hcl 10 mg tab ^{MM}	1	
amitriptyline hcl 100 mg tab ^{MM}	1	
amitriptyline hcl 150 mg tab ^{MM}	1	
amitriptyline hcl 25 mg tab ^{MM}	1	
amitriptyline hcl 50 mg tab ^{MM}	1	
amitriptyline hcl 75 mg tab ^{MM}	1	
amlodipine besylate 10 mg tab ^{MM}	1	QL(30 cada 30 días)
amlodipine besylate 2.5 mg tab ^{MM}	1	QL(30 cada 30 días)
amlodipine besylate 5 mg tab ^{MM}	1	QL(30 cada 30 días)
amlodipine-benazepril 10-20 mg ^{MM}	2	QL(60 cada 30 días)
amlodipine-benazepril 10-40 mg ^{MM}	2	QL(30 cada 30 días)
amlodipine-benazepril 2.5-10 ^{MM}	2	QL(60 cada 30 días)
amlodipine-benazepril 5-10 mg ^{MM}	2	QL(60 cada 30 días)
amlodipine-benazepril 5-20 mg ^{MM}	2	QL(60 cada 30 días)
amlodipine-benazepril 5-40 mg ^{MM}	2	QL(30 cada 30 días)
amlodipine-valsartan 10-160 mg ^{MM}	2	QL(30 cada 30 días)
amlodipine-valsartan 10-320 mg ^{MM}	2	QL(30 cada 30 días)
amlodipine-valsartan 5-160 mg ^{MM}	2	QL(30 cada 30 días)
amlodipine-valsartan 5-320 mg ^{MM}	2	QL(30 cada 30 días)
ammonium lactate 12% cream	2	
ammonium lactate 12% lotion	2	
amnestem 10 mg capsule	4	QL(60 cada 30 días)
amnestem 20 mg capsule	4	QL(60 cada 30 días)

ST - Terapia por fases • QL - Límite de cantidad • PA - Autorización previa

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DEL USO
amnesteem 40 mg capsule	4	QL(120 cada 30 días)
amox-clav 200-28.5 mg tab chew	2	
amox-clav 200-28.5 mg/5 ml sus	2	
amox-clav 250-125 mg tablet	2	
amox-clav 250-62.5 mg/5 ml sus	2	
amox-clav 400-57 mg tab chew	2	
amox-clav 400-57 mg/5 ml susp	2	
amox-clav 500-125 mg tablet	2	
amox-clav 600-42.9 mg/5 ml sus	2	
amox-clav 875-125 mg tablet	2	
amox-clav er 1,000-62.5 mg tab	3	
amoxapine 100 mg tablet ^{MM}	2	
amoxapine 150 mg tablet ^{MM}	2	
amoxapine 25 mg tablet ^{MM}	2	
amoxapine 50 mg tablet ^{MM}	2	
amoxicillin 125 mg tab chew	2	
amoxicillin 125 mg/5 ml susp	2	
amoxicillin 200 mg/5 ml susp	2	
amoxicillin 250 mg capsule	2	
amoxicillin 250 mg tab chew	2	
amoxicillin 250 mg/5 ml susp	2	
amoxicillin 400 mg/5 ml susp	2	
amoxicillin 500 mg capsule	2	
amoxicillin 500 mg tablet	2	
amoxicillin 875 mg tablet	2	
ampicillin 250 mg capsule	2	
ampicillin 500 mg capsule	2	
ANADROL-50 TABLET ^{SP,DL}	5	
anagrelide hcl 0.5 mg capsule ^{MM}	3	
anagrelide hcl 1 mg capsule ^{MM}	3	
anastrozole 1 mg tablet ^{MM,ACA}	1	QL(30 cada 30 días)
ANGELIQ 0.25 MG-0.5 MG TABLET ^{MM}	4	
ANGELIQ 0.5 MG-1 MG TABLET ^{MM}	4	
ANORO ELLIPTA 62.5 MCG-25 MCG/ACTUATION POWDER FOR INHALATION ^{MM}	3	QL(60 cada 30 días)
anusol-hc 2.5 % topical cream with perineal applicator	2	
APIDRA SOLOSTAR U-100 INSULIN 100 UNIT/ML SUBCUTANEOUS PEN ^{MM}	4	ST
APIDRA U-100 INSULIN 100 UNIT/ML SUBCUTANEOUS SOLUTION ^{MM}	4	ST
apraclonidine hcl 0.5% drops	3	
aprepitant 125 mg capsule	4	PA,QL(2 cada 28 días)
aprepitant 125-80-80 mg pack	4	PA,QL(6 cada 28 días)
aprepitant 40 mg capsule	4	PA,QL(2 cada 28 días)
aprepitant 80 mg capsule	4	PA,QL(4 cada 28 días)
apri 0.15 mg-0.03 mg tablet ^{MM,ACA}	1	
APTIOM 200 MG TABLET ^{MM,SP,DL}	5	PA,QL(30 cada 30 días)
APTIOM 400 MG TABLET ^{MM,SP,DL}	5	PA,QL(30 cada 30 días)
APTIOM 600 MG TABLET ^{MM,SP,DL}	5	PA,QL(60 cada 30 días)
APTIOM 800 MG TABLET ^{MM,SP,DL}	5	PA,QL(60 cada 30 días)
APTIVUS (WITH VITAMIN E) 100 MG/ML ORAL SOLUTION ^{MM,SP}	5	QL(285 cada 28 días)
APTIVUS 250 MG CAPSULE ^{MM,SP}	5	QL(120 cada 30 días)
AQUA LANCE LANCING DEVICE	3	
ARALAST NP 1,000 MG INTRAVENOUS SOLUTION ^{MM,SP,DL}	5	PA,QL(30000 cada 28 días)
ARALAST NP 500 MG INTRAVENOUS SOLUTION ^{MM,SP,DL}	5	PA,QL(30000 cada 28 días)
aranelle (28) 0.5 mg/1 mg/0.5 mg-35 mcg tablet ^{MM,ACA}	1	
arformoterol 15 mcg/2 ml soln ^{SP,DL}	5	PA,QL(120 cada 30 días)
aripiprazole 1 mg/ml solution ^{MM}	4	QL(750 cada 30 días)
aripiprazole 10 mg tablet ^{MM}	2	QL(30 cada 30 días)
aripiprazole 15 mg tablet ^{MM}	2	QL(30 cada 30 días)

ST - Terapia por fases • QL - Límite de cantidad • PA - Autorización previa

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DEL USO
aripiprazole 2 mg tablet ^{MM}	2	QL(30 cada 30 días)
aripiprazole 20 mg tablet ^{MM}	2	QL(30 cada 30 días)
aripiprazole 30 mg tablet ^{MM}	2	QL(30 cada 30 días)
aripiprazole 5 mg tablet ^{MM}	2	QL(30 cada 30 días)
ARISTADA 1,064 MG/3.9 ML SUSPENSION, EXTEND.REL. IM SYRINGE ^{MM,SP}	5	QL(3.9 cada 56 días)
ARISTADA 441 MG/1.6 ML SUSPENSION, EXTEND.REL. IM SYRINGE ^{MM,SP,DL}	5	QL(1.6 cada 28 días)
ARISTADA 662 MG/2.4 ML SUSPENSION, EXTEND.REL. IM SYRINGE ^{MM,SP,DL}	5	QL(2.4 cada 28 días)
ARISTADA 882 MG/3.2 ML SUSPENSION, EXTEND.REL. IM SYRINGE ^{MM,SP,DL}	5	QL(3.2 cada 28 días)
ARISTADA INITIO 675 MG/2.4 ML SUSPENSION, EXTEND.REL. IM SYRINGE ^{SP}	5	QL(2.4 cada 42 días)
armodafinil 150 mg tablet ^{MM}	3	PA,QL(30 cada 30 días)
armodafinil 200 mg tablet ^{MM}	3	PA,QL(30 cada 30 días)
armodafinil 250 mg tablet ^{MM}	3	PA,QL(30 cada 30 días)
armodafinil 50 mg tablet ^{MM}	3	PA,QL(60 cada 30 días)
ARMOUR THYROID 120 MG TABLET ^{MM}	3	
ARMOUR THYROID 15 MG TABLET ^{MM}	3	
ARMOUR THYROID 180 MG TABLET ^{MM}	3	
ARMOUR THYROID 240 MG TABLET ^{MM}	3	
ARMOUR THYROID 30 MG TABLET ^{MM}	3	
ARMOUR THYROID 300 MG TABLET ^{MM}	3	
ARMOUR THYROID 60 MG TABLET ^{MM}	3	
ARMOUR THYROID 90 MG TABLET ^{MM}	3	
ARNUITY ELLIPTA 100 MCG/ACTUATION POWDER FOR INHALATION ^{MM}	3	QL(30 cada 30 días)
ARNUITY ELLIPTA 200 MCG/ACTUATION POWDER FOR INHALATION ^{MM}	3	QL(30 cada 30 días)
ARNUITY ELLIPTA 50 MCG/ACTUATION POWDER FOR INHALATION ^{MM}	3	QL(30 cada 30 días)
ARZERRA 1,000 MG/50 ML INTRAVENOUS SOLUTION ^{SP,DL}	5	PA,QL(400 cada 28 días)
ARZERRA 100 MG/5 ML INTRAVENOUS SOLUTION ^{SP,DL}	5	PA,QL(400 cada 28 días)
asenapine 10 mg tablet sl ^{MM,SP,DL}	5	PA,QL(60 cada 30 días)
asenapine 2.5 mg tablet sl ^{MM,SP,DL}	5	PA,QL(60 cada 30 días)
asenapine 5 mg tablet sl ^{MM,SP,DL}	5	PA,QL(60 cada 30 días)
ashlyna 0.15 mg-30 mcg (84)/10 mcg(7) tablets,3 month dose pack ^{MM,ACA}	1	QL(91 cada 90 días)
aspirin-dipyridam er 25-200 mg ^{MM}	4	ST
ASSURE 4 CONTROL SOLUTION COMBO PACK ^{MM}	3	
ASSURE COMFORT 28G LANCETS ^{MM}	3	
ASSURE DOSE NORMAL CONTROL SOLUTION ^{MM}	3	
ASSURE DOSE NORMAL-HIGH CONTROL SOLUTION ^{MM}	3	
ASSURE HAEMOLANCE PLUS 1.2 MM ^{MM}	3	
ASSURE HAEMOLANCE PLUS 18 GAUGE ^{MM}	3	
ASSURE HAEMOLANCE PLUS 21 GAUGE ^{MM}	3	
ASSURE HAEMOLANCE PLUS 25 GAUGE ^{MM}	3	
ASSURE HAEMOLANCE PLUS 28 GAUGE ^{MM}	3	
ASSURE ID DUO-SHIELD 30 GAUGE X 3/16" NEEDLE ^{MM}	3	
ASSURE ID DUO-SHIELD 30 GAUGE X 5/16" NEEDLE ^{MM}	3	
ASSURE ID INSULIN SAFETY 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2" SYRINGE ^{MM}	3	
ASSURE ID INSULIN SAFETY 0.5 ML 31 GAUGE X 15/64" SYRINGE ^{MM}	3	
ASSURE ID INSULIN SAFETY 1 ML 29 GAUGE X 1/2" SYRINGE ^{MM}	3	
ASSURE ID INSULIN SAFETY 1 ML 31 GAUGE X 15/64" SYRINGE ^{MM}	3	
ASSURE ID PEN NEEDLE 30 GAUGE X 3/16" ^{MM}	3	
ASSURE ID PEN NEEDLE 30 GAUGE X 5/16" ^{MM}	3	
ASSURE ID PEN NEEDLE 31 GAUGE X 3/16" ^{MM}	3	
ASSURE LANCE 25 GAUGE ^{MM}	3	
ASSURE LANCE 28 GAUGE ^{MM}	3	
ASSURE LANCE PLUS 21 GAUGE ^{MM}	3	
ASSURE LANCE PLUS 25 GAUGE ^{MM}	3	
ASSURE LANCE PLUS 30 GAUGE ^{MM}	3	

ST - Terapia por fases • QL - Límite de cantidad • PA - Autorización previa

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DEL USO
ASSURE PRISM CONTROL 1-2 SOLUTION ^{MM}	3	
ASTAGRAF XL 0.5 MG CAPSULE,EXTENDED RELEASE ^{MM}	4	
ASTAGRAF XL 1 MG CAPSULE,EXTENDED RELEASE ^{MM}	4	
ASTAGRAF XL 5 MG CAPSULE,EXTENDED RELEASE ^{MM}	4	
ASTHMAPACK CHILDREN'S KIT	3	
atazanavir sulfate 150 mg cap ^{MM}	4	QL(60 cada 30 días)
atazanavir sulfate 200 mg cap ^{MM}	4	QL(60 cada 30 días)
atazanavir sulfate 300 mg cap ^{MM}	4	QL(30 cada 30 días)
atenolol 100 mg tablet ^{MM}	1	
atenolol 25 mg tablet ^{MM}	1	
atenolol 50 mg tablet ^{MM}	1	
atenolol-chlorthalidone 100-25 ^{MM}	2	
atenolol-chlorthalidone 50-25 ^{MM}	2	
ATGAM 50 MG/ML INTRAVENOUS SOLUTION ^{SP,DL}	5	PA,QL(1050 cada 28 días)
atomoxetine hcl 10 mg capsule ^{MM}	2	QL(60 cada 30 días)
atomoxetine hcl 100 mg capsule ^{MM}	2	QL(30 cada 30 días)
atomoxetine hcl 18 mg capsule ^{MM}	2	QL(60 cada 30 días)
atomoxetine hcl 25 mg capsule ^{MM}	2	QL(60 cada 30 días)
atomoxetine hcl 40 mg capsule ^{MM}	2	QL(60 cada 30 días)
atomoxetine hcl 60 mg capsule ^{MM}	2	QL(30 cada 30 días)
atomoxetine hcl 80 mg capsule ^{MM}	2	QL(30 cada 30 días)
atorvastatin 10 mg tablet ^{MM,ACA}	1	
atorvastatin 20 mg tablet ^{MM,ACA}	1	
atorvastatin 40 mg tablet ^{MM,ACA}	1	
atorvastatin 80 mg tablet ^{MM,ACA}	1	
atovaquone 750 mg/5 ml susp ^{SP,DL}	5	QL(600 cada 30 días)
atovaquone-proguanil 250-100	3	QL(30 cada 30 días)
atovaquone-proguanil 62.5-25	3	QL(30 cada 30 días)
ATRIPLA 600 MG-200 MG-300 MG TABLET ^{MM,SP,DL}	5	QL(30 cada 30 días)
atropine 1 mg/ml vial	4	
atropine 1 mg/ml vial	4	
atropine 1% eye drops ^{MM}	2	
ATROVENT HFA 17 MCG/ACTUATION AEROSOL INHALER ^{MM}	4	ST,QL(25.8 cada 30 días)
abra 0.1 mg-20 mcg tablet ^{MM,ACA}	1	
abra eq 0.1 mg-20 mcg tablet ^{MM,ACA}	1	
aurovela 1.5/30 (21) 1.5 mg-30 mcg tablet ^{MM,ACA}	1	
aurovela 1/20 (21) 1 mg-20 mcg tablet ^{MM,ACA}	1	
aurovela 24 fe 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4) tablet ^{MM,ACA}	1	
aurovela fe 1-20 (28) 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7) tablet ^{MM,ACA}	1	
aurovela fe 1.5/30 (28) 1.5 mg-30 mcg (21)/75 mg (7) tablet ^{MM,ACA}	1	
AUSTEDO 12 MG TABLET ^{MM,SP,DL}	5	PA,QL(120 cada 30 días)
AUSTEDO 6 MG TABLET ^{MM,SP,DL}	5	PA,QL(60 cada 30 días)
AUSTEDO 9 MG TABLET ^{MM,SP,DL}	5	PA,QL(120 cada 30 días)
AUTO-LANCET MINI	3	
AUTOJECT 2 INJECTION DEVICE SUBCUTANEOUS INSULIN PEN ^{MM}	3	
AUTOLET IMPRESSION LANCING DEVICE KIT ^{MM}	3	
AUTOLET LANCING DEVICE	3	
AUTOLET PLUS LANCING DEVICE	3	
AUTOPEN 1 TO 21 UNITS SUBCUTANEOUS ^{MM}	3	
AUTOPEN 2 TO 42 UNITS SUBCUTANEOUS ^{MM}	3	
aviane 0.1 mg-20 mcg tablet ^{MM,ACA}	1	
avidoxy 100 mg tablet	2	
AVONEX 30 MCG VIAL KIT ^{MM,SP,DL}	5	PA,QL(4 cada 28 días)
AVONEX 30 MCG/0.5 ML INTRAMUSCULAR PEN KIT ^{MM,SP,DL}	5	PA,QL(1 cada 28 días)
AVONEX 30 MCG/0.5 ML INTRAMUSCULAR SYRINGE KIT ^{MM,SP,DL}	5	PA,QL(1 cada 28 días)

ST - Terapia por fases • QL - Límite de cantidad • PA - Autorización previa

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DEL USO
ayuna 0.15 mg-0.03 mg tablet ^{MM,ACA}	1	
AZASITE 1 % EYE DROPS	4	ST,QL(2.5 cada 25 días)
azathioprine 50 mg tablet ^{MM}	2	
azelastine 0.1% (137 mcg) spry ^{MM}	2	QL(30 cada 25 días)
azelastine 0.15% nasal spray ^{MM}	3	QL(30 cada 25 días)
azelastine hcl 0.05% drops	2	
azithromycin 1 gm pwd packet	2	
azithromycin 100 mg/5 ml susp	2	
azithromycin 200 mg/5 ml susp	2	
azithromycin 250 mg tablet	2	
azithromycin 500 mg tablet	2	
azithromycin 600 mg tablet	2	QL(16 cada 60 días)
AZOPT 1 % EYE DROPS,SUSPENSION ^{MM}	4	ST,QL(10 cada 28 días)
azurette (28) 0.15 mg-0.02 mg (21)/0.01 mg (5) tablet ^{MM,ACA}	1	
bacitracin 500 unit/gm ophth	3	
bacitracin-polymyxin eye oint	2	
baclofen 10 mg tablet ^{MM}	2	QL(240 cada 30 días)
baclofen 20 mg tablet ^{MM}	2	QL(120 cada 30 días)
baclofen 5 mg tablet ^{MM}	2	QL(90 cada 30 días)
bal-care dha 27 mg-1 mg-430 mg tablet-capsule,delayed release ^{MM}	3	
BAL-CARE DHA ESSENTIAL 27 MG IRON-1 MG-374 MG TABLET,CAPSULE,DELAY REL ^{MM}	4	
BALCOLTRA 0.1 MG-0.02 MG(21)/36.5 MG(7) TABLET ^{MM}	3	
balsalazide disodium 750 mg cp	3	QL(270 cada 30 días)
BALVERSA 3 MG TABLET ^{MM,SP,LD,DL}	5	PA,QL(90 cada 30 días)
BALVERSA 4 MG TABLET ^{MM,SP,LD,DL}	5	PA,QL(60 cada 30 días)
BALVERSA 5 MG TABLET ^{MM,SP,LD,DL}	5	PA,QL(30 cada 30 días)
balziva (28) 0.4 mg-35 mcg tablet ^{MM,ACA}	1	
BANZEL 200 MG TABLET ^{MM,SP,DL}	5	PA,QL(480 cada 30 días)
BANZEL 40 MG/ML ORAL SUSPENSION ^{MM,SP,DL}	5	PA,QL(2760 cada 30 días)
BANZEL 400 MG TABLET ^{MM,SP,DL}	5	PA,QL(240 cada 30 días)
BAQSIMI 3 MG/ACTUATION NASAL SPRAY	3	
BARACLUDE 0.05 MG/ML ORAL SOLUTION ^{MM,SP,DL}	5	QL(630 cada 30 días)
BAXDELA 450 MG TABLET	4	QL(28 cada 14 días)
BD ALCOHOL SWABS	3	
BD ALLERGIST TRAY REG BEVEL 1 ML 26 GAUGE X 1/2" SYRINGE	3	
BD ALLERGIST TRAY REG BEVEL 1 ML 27 X 1/2" SYRINGE	3	
BD ALLERGIST TRAY REG BEVEL 1/2 ML 27 X 1/2"	3	
BD AUTOSHIELD DUO PEN NEEDLE 30 GAUGE X 3/16" ^{MM}	3	
BD BLUNT NEEDLE 18GX1-1/2"	3	
BD ECLIPSE LUER-LOK 1 ML 30 GAUGE X 1/2" SYRINGE ^{MM}	3	
BD ECLIPSE NEEDLE 18GX1 1/2"	3	
BD FILTER NEEDLE-5 MICRON 19 X 1 1/2"	3	
BD INSULIN SYR 1 ML 28GX1/2" ^{MM}	3	
BD INSULIN SYRINGE 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2" ^{MM}	3	
BD INSULIN SYRINGE 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2" ^{MM}	3	
BD INSULIN SYRINGE 1 ML 25 GAUGE X 5/8" ^{MM}	3	
BD INSULIN SYRINGE 1 ML 25 X 1" ^{MM}	3	
BD INSULIN SYRINGE 1 ML 26 X 1/2" ^{MM}	3	
BD INSULIN SYRINGE 1 ML 27 GAUGE X 1/2" ^{MM}	3	
BD INSULIN SYRINGE 1 ML 28 GAUGE X 1/2" ^{MM}	3	
BD INSULIN SYRINGE 1 ML 29 GAUGE X 1/2" ^{MM}	3	
BD INSULIN SYRINGE MICRO-FINE 1 ML 28 GAUGE X 1/2" ^{MM}	3	
BD INSULIN SYRINGE SAFETY-LOK 1 ML 29 GAUGE X 1/2" ^{MM}	3	
BD INSULIN SYRINGE SLIP TIP 1 ML ^{MM}	3	
BD INSULIN SYRINGE U-500 1/2 ML 31 GAUGE X 15/64"	3	

ST - Terapia por fases • QL - Límite de cantidad • PA - Autorización previa

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DEL USO
BD INSULIN SYRINGE ULTRA-FINE (HALF UNIT) 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16" ^{MM}	3	
BD INSULIN SYRINGE ULTRA-FINE 0.3 ML 30 GAUGE X 1/2" ^{MM}	3	
BD INSULIN SYRINGE ULTRA-FINE 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16" ^{MM}	3	
BD INSULIN SYRINGE ULTRA-FINE 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2" ^{MM}	3	
BD INSULIN SYRINGE ULTRA-FINE 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16" ^{MM}	3	
BD INSULIN SYRINGE ULTRA-FINE 1 ML 30 GAUGE X 1/2" ^{MM}	3	
BD INSULIN SYRINGE ULTRA-FINE 1 ML 31 GAUGE X 5/16" ^{MM}	3	
BD INTEGRA SYRINGE 3 ML 25 GAUGE X 1"	3	
BD LANCETS 33G ^{MM}	3	
BD LO-DOSE MICRO-FINE IV 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2" SYRINGE ^{MM}	3	
BD LO-DOSE ULTRA-FINE 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2" SYRINGE ^{MM}	3	
BD LUER-LOK SYRINGE 1 ML ^{MM}	3	
BD MICROTAINER LANCET 1.5 MM X 2 MM ^{MM}	3	
BD MICROTAINER LANCET 21 GAUGE ^{MM}	3	
BD MICROTAINER LANCET 30 GAUGE ^{MM}	3	
BD NANO 2ND GEN PEN NEEDLE 32 GAUGE X 5/32" ^{MM}	3	
BD SAFETYGLIDE ALLERGIST TRAY 1 ML 27 X 1/2" SYRINGE	3	
BD SAFETYGLIDE INSULIN SYRINGE 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2" ^{MM}	3	
BD SAFETYGLIDE INSULIN SYRINGE 0.3 ML 31 GAUGE X 15/64" ^{MM}	3	
BD SAFETYGLIDE INSULIN SYRINGE 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16" ^{MM}	3	
BD SAFETYGLIDE INSULIN SYRINGE 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16" ^{MM}	3	
BD SAFETYGLIDE INSULIN SYRINGE 0.5 ML 31 GAUGE X 15/64" ^{MM}	3	
BD SAFETYGLIDE INSULIN SYRINGE 1 ML 29 GAUGE X 1/2" ^{MM}	3	
BD SAFETYGLIDE INSULIN SYRINGE 1 ML 31 GAUGE X 15/64" ^{MM}	3	
BD SAFETYGLIDE SYRINGE 1 ML 27 GAUGE X 5/8" ^{MM}	3	
BD ULTRA FINE LANCETS 33 GAUGE ^{MM}	3	
BD ULTRA-FINE II LANCETS 30 GAUGE ^{MM}	3	
BD ULTRA-FINE MICRO PEN NEEDLE 32 GAUGE X 1/4" ^{MM}	3	
BD ULTRA-FINE MINI PEN NEEDLE 31 GAUGE X 3/16" ^{MM}	3	
BD ULTRA-FINE NANO PEN NEEDLE 32 GAUGE X 5/32" ^{MM}	3	
BD ULTRA-FINE ORIGINAL PEN NEEDLE 29 GAUGE X 1/2" ^{MM}	3	
BD ULTRA-FINE SHORT PEN NEEDLE 31 GAUGE X 5/16" ^{MM}	3	
BD VEO INSULIN SYRINGE ULTRA-FINE (HALF UNIT) 0.3 ML 31 GAUGE X 15/64" ^{MM}	3	
BD VEO INSULIN SYRINGE ULTRA-FINE 0.3 ML 31 GAUGE X 15/64" ^{MM}	3	
BD VEO INSULIN SYRINGE ULTRA-FINE 1 ML 31 GAUGE X 15/64" ^{MM}	3	
BD VEO INSULIN SYRINGE ULTRA-FINE 1/2 ML 31 GAUGE X 15/64" ^{MM}	3	
bekyree (28) 0.15 mg-0.02 mg (21)/0.01 mg (5) tablet ^{MM,ACA}	1	
BELSOMRA 10 MG TABLET	4	ST,QL(30 cada 30 días)
BELSOMRA 15 MG TABLET	4	ST,QL(30 cada 30 días)
BELSOMRA 20 MG TABLET	4	ST,QL(30 cada 30 días)
BELSOMRA 5 MG TABLET	4	ST,QL(30 cada 30 días)
benazepril hcl 10 mg tablet ^{MM}	1	
benazepril hcl 20 mg tablet ^{MM}	1	
benazepril hcl 40 mg tablet ^{MM}	1	
benazepril hcl 5 mg tablet ^{MM}	1	
benazepril-hctz 10-12.5 mg tab ^{MM}	2	
benazepril-hctz 20-12.5 mg tab ^{MM}	2	
benazepril-hctz 20-25 mg tab ^{MM}	2	
benazepril-hctz 5-6.25 mg tab ^{MM}	2	
BENLYSTA 120 MG INTRAVENOUS SOLUTION ^{MM,SP,DL}	5	PA,QL(20 cada 28 días)
BENLYSTA 200 MG/ML SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR ^{MM,SP,DL}	5	PA,QL(8 cada 28 días)
BENLYSTA 200 MG/ML SUBCUTANEOUS SYRINGE ^{MM,SP,DL}	5	PA,QL(8 cada 28 días)
BENLYSTA 400 MG INTRAVENOUS SOLUTION ^{MM,SP,DL}	5	PA,QL(6 cada 28 días)
benznidazole 100 mg tablet	4	QL(240 cada 365 días)
benznidazole 12.5 mg tablet	4	QL(720 cada 365 días)

ST - Terapia por fases • QL - Límite de cantidad • PA - Autorización previa

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DEL USO
benzonatate 100 mg capsule	3	
benzonatate 200 mg capsule	3	
benztropine mes 0.5 mg tab ^{MM}	1	
benztropine mes 1 mg tablet ^{MM}	1	
benztropine mes 2 mg tablet ^{MM}	1	
bepotastine 1.5% eye drop	4	ST,QL(5 cada 25 días)
BEPREVE 1.5 % EYE DROPS	4	ST,QL(5 cada 25 días)
BETADINE OPHTHALMIC PREP 5 % SOLUTION	4	
betamethasone dp 0.05% crm	3	
betamethasone dp 0.05% lot	2	
betamethasone dp 0.05% oint	3	
betamethasone dp aug 0.05% crm	2	
betamethasone dp aug 0.05% gel	3	
betamethasone dp aug 0.05% lot	3	
betamethasone dp aug 0.05% oin	3	
betamethasone va 0.1% cream	2	
betamethasone va 0.1% lotion	3	
betamethasone valer 0.1% ointrm	2	
BETASERON 0.3 MG SUBCUTANEOUS KIT ^{MM,SP,DL}	5	PA,QL(15 cada 30 días)
BETASERON 0.3 MG SUBCUTANEOUS SOLUTION ^{MM,SP,DL}	5	PA,QL(15 cada 30 días)
betaxolol 10 mg tablet ^{MM}	2	
betaxolol 20 mg tablet ^{MM}	2	
betaxolol hcl 0.5% eye drop ^{MM}	3	
bethanechol 10 mg tablet ^{MM}	2	
bethanechol 25 mg tablet ^{MM}	2	
bethanechol 5 mg tablet ^{MM}	2	
bethanechol 50 mg tablet ^{MM}	2	
BETHKIS 300 MG/4 ML SOLUTION FOR NEBULIZATION ^{MM,SP,DL}	5	PA,QL(224 cada 28 días)
bexarotene 75 mg capsule ^{MM,SP,DL}	5	PA,QL(300 cada 30 días)
bicalutamide 50 mg tablet ^{MM}	2	QL(30 cada 30 días)
BICILLIN L-A 1,200,000 UNIT/2 ML INTRAMUSCULAR SYRINGE	4	
BICILLIN L-A 2,400,000 UNIT/4 ML INTRAMUSCULAR SYRINGE	4	
BICILLIN L-A 600,000 UNIT/ML INTRAMUSCULAR SYRINGE	4	
BIDIL 20 MG-37.5 MG TABLET ^{MM}	4	QL(180 cada 30 días)
BIKTARVY 50 MG-200 MG-25 MG TABLET ^{MM}	3	QL(30 cada 30 días)
bisoprolol fumarate 10 mg tab ^{MM}	2	
bisoprolol fumarate 5 mg tab ^{MM}	2	
bisoprolol-hctz 10-6.25 mg tab ^{MM}	1	
bisoprolol-hctz 2.5-6.25 mg tb ^{MM}	1	
bisoprolol-hctz 5-6.25 mg tab ^{MM}	1	
blisovi 24 fe 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4) tablet ^{MM,ACA}	1	
blisovi fe 1.5/30 (28) 1.5 mg-30 mcg (21)/75 mg (7) tablet ^{MM,ACA}	1	
blisovi fe 1/20 (28) 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7) tablet ^{MM,ACA}	1	
BLOOD GLUCOSE CONTROL SOLUTION ^{MM}	3	
BONJESTA 20 MG-20 MG TABLET,IMMEDIATE AND DELAY RELEASE	4	QL(60 cada 30 días)
BOOST SOOTHE 0.04 GRAM-1.27 KCAL/ML ORAL LIQUID	3	
BOOSTRIX TDAP 2.5 LF UNIT-8 MCG-5 LF/0.5 ML INTRAMUSCULAR SUSPENSION ^{ACA}	4	
BOOSTRIX TDAP 2.5 LF UNIT-8 MCG-5 LF/0.5 ML INTRAMUSCULAR SYRINGE ^{ACA}	4	
bosentan 125 mg tablet ^{MM,SP,DL}	5	PA,QL(60 cada 30 días)
bosentan 62.5 mg tablet ^{MM,SP,DL}	5	PA,QL(60 cada 30 días)
BOSULIF 100 MG TABLET ^{MM,SP,DL}	5	PA,QL(120 cada 30 días)
BOSULIF 400 MG TABLET ^{MM,SP,DL}	5	PA,QL(30 cada 30 días)
BOSULIF 500 MG TABLET ^{MM,SP,DL}	5	PA,QL(30 cada 30 días)
BRAFTOVI 50 MG CAPSULE ^{MM,SP,LD,DL}	5	PA,QL(120 cada 30 días)
BRAFTOVI 75 MG CAPSULE ^{MM,SP,LD,DL}	5	PA,QL(180 cada 30 días)
BREATHERITE MDI SPACER	3	

ST - Terapia por fases • QL - Límite de cantidad • PA - Autorización previa

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DEL USO
BREATHERITE SPACER AND MASK, ADULT	3	
BREATHERITE SPACER AND MASK, CHILD	3	
BREATHERITE SPACER AND MASK, INFANT	3	
BREATHERITE SPACER AND MASK, NEONATE	3	
BREATHERITE SPACER AND MASK, SMALL CHILD	3	
BREATHERITE VALVED MDI CHAMBER SPACER	3	
BREATHERITE VALVED MDI SPACER	3	
BREEZE 2 CONTROL SOLUTION, HIGH ^{MM}	3	
BREEZE 2 CONTROL SOLUTION, LOW ^{MM}	3	
BREEZE 2 CONTROL SOLUTION, NORMAL ^{MM}	3	
BREO ELLIPTA 100 MCG-25 MCG/DOSE POWDER FOR INHALATION ^{MM}	3	QL(60 cada 30 días)
BREO ELLIPTA 200 MCG-25 MCG/DOSE POWDER FOR INHALATION ^{MM}	3	QL(60 cada 30 días)
briellyn 0.4 mg-35 mcg tablet ^{MM,ACA}	1	
BRILINTA 60 MG TABLET ^{MM}	3	QL(60 cada 30 días)
BRILINTA 90 MG TABLET ^{MM}	3	QL(60 cada 30 días)
brimonidine 0.2% eye drop ^{MM}	1	QL(10 cada 30 días)
brinzolamide 1% eye drops ^{MM}	4	ST,QL(10 cada 28 días)
BRIVIACT 10 MG TABLET ^{MM,SP,DL}	5	PA,QL(60 cada 30 días)
BRIVIACT 10 MG/ML ORAL SOLUTION ^{MM,SP,DL}	5	PA,QL(600 cada 30 días)
BRIVIACT 100 MG TABLET ^{MM,SP,DL}	5	PA,QL(60 cada 30 días)
BRIVIACT 25 MG TABLET ^{MM,SP,DL}	5	PA,QL(60 cada 30 días)
BRIVIACT 50 MG TABLET ^{MM,SP,DL}	5	PA,QL(60 cada 30 días)
BRIVIACT 75 MG TABLET ^{MM,SP,DL}	5	PA,QL(60 cada 30 días)
bromfed dm 2 mg-30 mg-10 mg/5 ml oral syrup	3	
bromfenac sodium 0.09% eye drp	4	ST,QL(1.7 cada 30 días)
bromocriptine 2.5 mg tablet ^{MM}	3	
bromocriptine 5 mg capsule ^{MM}	4	
bromphen-pse-dm 2-30-10 mg/5ml	3	
BROVANA 15 MCG/2 ML SOLUTION FOR NEBULIZATION ^{MM,SP,DL}	5	PA,QL(120 cada 30 días)
BRUKINSA 80 MG CAPSULE ^{MM,SP,LD,DL}	5	PA,QL(120 cada 30 días)
budesonide 0.25 mg/2 ml susp ^{MM}	4	QL(240 cada 30 días)
budesonide 0.5 mg/2 ml susp ^{MM}	4	QL(240 cada 30 días)
budesonide 1 mg/2 ml inh susp ^{MM}	4	QL(120 cada 30 días)
budesonide ec 3 mg capsule	4	
BULLSEYE MINI SAFETY LANCETS 21 GAUGE ^{MM}	3	
BULLSEYE MINI SAFETY LANCETS 25 GAUGE ^{MM}	3	
BULLSEYE MINI SAFETY LANCETS 28 GAUGE ^{MM}	3	
bumetanide 0.5 mg tablet ^{MM}	2	
bumetanide 1 mg tablet ^{MM}	2	
bumetanide 2 mg tablet ^{MM}	2	
buprenorphine 0.3 mg/ml crpict ^{DL}	4	QL(240 cada 30 días)
buprenorphine 0.3 mg/ml vial ^{DL}	4	QL(240 cada 30 días)
buprenorphine 10 mcg/hr patch ^{DL}	3	QL(4 cada 28 días)
buprenorphine 15 mcg/hr patch ^{DL}	3	QL(4 cada 28 días)
buprenorphine 2 mg tablet sl	2	QL(90 cada 30 días)
buprenorphine 20 mcg/hr patch ^{DL}	3	QL(4 cada 28 días)
buprenorphine 5 mcg/hr patch ^{DL}	3	QL(4 cada 28 días)
buprenorphine 7.5 mcg/hr patch ^{DL}	3	QL(4 cada 28 días)
buprenorphine 8 mg tablet sl	2	QL(90 cada 30 días)
buprenorphine-nalox 12-3mg flm ^{MM}	3	QL(60 cada 30 días)
buprenorphine-nalox 2-0.5mg fm ^{MM}	3	QL(90 cada 30 días)
buprenorphine-nalox 4-1mg flm ^{MM}	3	QL(90 cada 30 días)
buprenorphine-nalox 8-2mg flm ^{MM}	3	QL(90 cada 30 días)
bupropion hcl 100 mg tablet ^{MM}	2	QL(180 cada 30 días)
bupropion hcl 75 mg tablet ^{MM}	2	QL(180 cada 30 días)

ST - Terapia por fases • QL - Límite de cantidad • PA - Autorización previa

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DEL USO
bupropion hcl sr 100 mg tablet ^{MM}	2	QL(120 cada 30 días)
bupropion hcl sr 150 mg tablet ^{MM}	2	QL(90 cada 30 días)
bupropion hcl sr 150 mg tablet ^{ACA}	2	QL(90 cada 30 días)
bupropion hcl sr 200 mg tablet ^{MM}	2	QL(60 cada 30 días)
bupropion hcl xl 150 mg tablet ^{MM}	2	QL(90 cada 30 días)
bupropion hcl xl 300 mg tablet ^{MM}	2	QL(30 cada 30 días)
buspirone hcl 10 mg tablet ^{MM}	1	
buspirone hcl 15 mg tablet ^{MM}	1	
buspirone hcl 30 mg tablet ^{MM}	1	
buspirone hcl 5 mg tablet ^{MM}	1	
buspirone hcl 7.5 mg tablet ^{MM}	1	
butalb-acetamin-caf-cod 50-325 ^{DL}	3	QL(360 cada 30 días)
butalb-acetamin-caff 50-325-40	3	QL(180 cada 30 días)
butalb-acetamin-caff 50-325-40	2	QL(180 cada 30 días)
butalb-aspirin-caffe 50-325-40	3	QL(180 cada 30 días)
butalbital-acetaminophn 50-325	2	QL(180 cada 30 días)
butalbital-asa-caffeine cap	3	QL(180 cada 30 días)
butorphanol 10 mg/ml spray ^{DL}	3	QL(5 cada 28 días)
BUTTERFLY TOUCH LANCET 30 GAUGE ^{MM}	3	
BYSTOLIC 10 MG TABLET ^{MM}	4	PA,QL(120 cada 30 días)
BYSTOLIC 2.5 MG TABLET ^{MM}	4	PA,QL(30 cada 30 días)
BYSTOLIC 20 MG TABLET ^{MM}	4	PA,QL(60 cada 30 días)
BYSTOLIC 5 MG TABLET ^{MM}	4	PA,QL(30 cada 30 días)
c-nate dha 28 mg iron-1 mg-200 mg capsule ^{MM}	3	
cabergoline 0.5 mg tablet ^{MM}	3	QL(16 cada 28 días)
CABLIVI 11 MG INJECTION KIT ^{SP,LD,DL}	5	PA,QL(30 cada 30 días)
CABOMETYX 20 MG TABLET ^{MM,SP,DL}	5	PA,QL(30 cada 30 días)
CABOMETYX 40 MG TABLET ^{MM,SP,DL}	5	PA,QL(30 cada 30 días)
CABOMETYX 60 MG TABLET ^{MM,SP,DL}	5	PA,QL(30 cada 30 días)
CADEAU DHA 29 MG IRON-1 MG-150 MG CAPSULE ^{MM}	4	
calcipotriene 0.005% cream	4	PA,QL(120 cada 30 días)
calcipotriene 0.005% solution	4	PA,QL(60 cada 30 días)
calcitonin-salmon 200 units sp ^{MM}	2	QL(3.7 cada 28 días)
calcitonin-salmon 400 unit/2ml	4	QL(4 cada 28 días)
calcitriol 0.25 mcg capsule ^{MM}	2	
calcitriol 0.5 mcg capsule ^{MM}	2	
calcitriol 1 mcg/ml solution ^{MM}	3	
calcitriol 3 mcg/g ointment	4	PA,QL(800 cada 28 días)
calcium acetate 667 mg gelcap ^{MM}	3	
calcium acetate 667 mg tablet ^{MM}	3	
CALQUENCE 100 MG CAPSULE ^{MM,SP,LD,DL}	5	PA,QL(60 cada 30 días)
camila 0.35 mg tablet ^{MM,ACA}	1	
camrese 0.15 mg-30 mcg (84)/10 mcg(7) tablets,3 month dose pack ^{MM,ACA}	1	QL(91 cada 90 días)
camrese lo 0.10 mg-20 mcg (84)/10 mcg(7) tablets,3 month dose pack ^{MM,ACA}	1	QL(91 cada 90 días)
candesartan cilexetil 16 mg tb ^{MM}	3	ST,QL(60 cada 30 días)
candesartan cilexetil 32 mg tb ^{MM}	3	ST,QL(30 cada 30 días)
candesartan cilexetil 4 mg tab ^{MM}	3	ST,QL(60 cada 30 días)
candesartan cilexetil 8 mg tab ^{MM}	3	ST,QL(60 cada 30 días)
candesartan-hctz 16-12.5 mg tb ^{MM}	3	ST,QL(30 cada 30 días)
candesartan-hctz 32-12.5 mg tb ^{MM}	3	ST,QL(30 cada 30 días)
candesartan-hctz 32-25 mg tab ^{MM}	3	ST,QL(30 cada 30 días)
CAPASTAT 1 GRAM SOLUTION FOR INJECTION	4	
capecitabine 150 mg tablet ^{DL}	4	PA,QL(630 cada 30 días)
capecitabine 500 mg tablet ^{DL}	4	PA,QL(189 cada 30 días)
captopril 100 mg tablet ^{MM}	3	

ST - Terapia por fases • QL - Límite de cantidad • PA - Autorización previa

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DEL USO
captopril 12.5 mg tablet ^{MM}	3	
captopril 25 mg tablet ^{MM}	3	
captopril 50 mg tablet ^{MM}	3	
captopril-hctz 25-15 mg tablet ^{MM}	3	
captopril-hctz 25-25 mg tablet ^{MM}	3	
captopril-hctz 50-15 mg tablet ^{MM}	3	
captopril-hctz 50-25 mg tablet ^{MM}	3	
carbamazepine 100 mg tab chew ^{MM}	2	
carbamazepine 100 mg/5 ml susp ^{MM}	3	
carbamazepine 200 mg tablet ^{MM}	2	
carbamazepine 200 mg/10ml susp ^{MM}	3	
carbamazepine er 100 mg cap ^{MM}	3	
carbamazepine er 100 mg tablet ^{MM}	3	QL(120 cada 30 días)
carbamazepine er 200 mg cap ^{MM}	3	
carbamazepine er 200 mg tablet ^{MM}	3	QL(120 cada 30 días)
carbamazepine er 300 mg cap ^{MM}	3	
carbamazepine er 400 mg tablet ^{MM}	3	QL(120 cada 30 días)
carbidopa 25 mg tablet ^{MM}	4	
carbidopa-levo er 25-100 tab ^{MM}	2	
carbidopa-levo er 50-200 tab ^{MM}	2	
carbidopa-levodopa 10-100 tab ^{MM}	1	
carbidopa-levodopa 100 mg-enta ^{MM}	4	
carbidopa-levodopa 125 mg-enta ^{MM}	4	
carbidopa-levodopa 150 mg-enta ^{MM}	4	
carbidopa-levodopa 200 mg-enta ^{MM}	4	
carbidopa-levodopa 25-100 tab ^{MM}	1	
carbidopa-levodopa 25-250 tab ^{MM}	1	
carbidopa-levodopa 50 mg-enta ^{MM}	4	
carbidopa-levodopa 75 mg-enta ^{MM}	4	
carbinoxamine 4 mg/5 ml liquid	3	
carbinoxamine maleate 4 mg tab	3	
CAREFINE PEN NEEDLE 29 GAUGE X 1/2" ^{MM}	3	
CAREFINE PEN NEEDLE 30 GAUGE X 5/16" ^{MM}	3	
CAREFINE PEN NEEDLE 31 GAUGE X 1/4" ^{MM}	3	
CAREFINE PEN NEEDLE 31 GAUGE X 5/16" ^{MM}	3	
CAREFINE PEN NEEDLE 32 GAUGE X 1/4" ^{MM}	3	
CAREFINE PEN NEEDLE 32 GAUGE X 3/16" ^{MM}	3	
CAREFINE PEN NEEDLE 32 GAUGE X 5/32" ^{MM}	3	
CARELANCE ULTIMATE COMFORT LANCING DEVICE	3	
CAREONE LANCING DEVICE	3	
CAREONE THIN LANCET ^{MM}	3	
CAREONE ULTRA THIN LANCET ^{MM}	3	
CARESENS CONTROL A AND B SOLUTION ^{MM}	3	
CARESENS CONTROL A NORMAL SOLUTION ^{MM}	3	
CARESENS LANCETS 30 GAUGE ^{MM}	3	
CARESENS PREMIUM COMFORT LANCING DEVICE	3	
CARETOUCH ALCOHOL PREP PAD TOPICAL PADS	3	
CARETOUCH INSULIN SYRINGE 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16" ^{MM}	3	
CARETOUCH INSULIN SYRINGE 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16" ^{MM}	3	
CARETOUCH INSULIN SYRINGE 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16" ^{MM}	3	
CARETOUCH INSULIN SYRINGE 1 ML 28 GAUGE X 5/16" ^{MM}	3	
CARETOUCH INSULIN SYRINGE 1 ML 29 GAUGE X 5/16" ^{MM}	3	
CARETOUCH INSULIN SYRINGE 1 ML 30 GAUGE X 5/16" ^{MM}	3	
CARETOUCH INSULIN SYRINGE 1 ML 31 GAUGE X 5/16" ^{MM}	3	

ST - Terapia por fases • QL - Límite de cantidad • PA - Autorización previa

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DEL USO
CARETOUCH LANCING DEVICE	3	
CARETOUCH PEN NEEDLE 31 GAUGE X 1/4" ^{MM}	3	
CARETOUCH PEN NEEDLE 31 GAUGE X 3/16" ^{MM}	3	
CARETOUCH PEN NEEDLE 31 GAUGE X 5/16" ^{MM}	3	
CARETOUCH PEN NEEDLE 32 GAUGE X 3/16" ^{MM}	3	
CARETOUCH PEN NEEDLE 32 GAUGE X 5/32" ^{MM}	3	
CARETOUCH SAFETY LANCETS 26 GAUGE ^{MM}	3	
CARETOUCH SAFETY LANCETS 28 GAUGE ^{MM}	3	
CARETOUCH TWIST LANCET 28 GAUGE ^{MM}	3	
CARETOUCH TWIST LANCET 30 GAUGE ^{MM}	3	
CARETOUCH TWIST LANCET 33 GAUGE ^{MM}	3	
carisoprodol 350 mg tablet	2	QL(120 cada 30 días)
CARNITOR (SUGAR-FREE) 100 MG/ML ORAL SOLUTION ^{MM}	3	
CARNITOR 100 MG/ML ORAL SOLUTION ^{MM}	3	
CARNITOR 330 MG TABLET ^{MM}	3	
carteolol hcl 1% eye drops ^{MM}	1	
cartia xt 120 mg capsule,extended release ^{MM}	2	QL(60 cada 30 días)
cartia xt 180 mg capsule,extended release ^{MM}	2	QL(60 cada 30 días)
cartia xt 240 mg capsule,extended release ^{MM}	2	QL(60 cada 30 días)
cartia xt 300 mg capsule,extended release ^{MM}	2	QL(30 cada 30 días)
carvedilol 12.5 mg tablet ^{MM}	1	
carvedilol 25 mg tablet ^{MM}	1	
carvedilol 3.125 mg tablet ^{MM}	1	
carvedilol 6.25 mg tablet ^{MM}	1	
caspofungin acetate 50 mg vial	4	
caspofungin acetate 70 mg vial	4	
cataflam 50 mg tablet	3	
CAYA CONTOURED 65 MM-80 MM VAGINAL DIAPHRAGM	4	
CAYSTON 75 MG/ML SOLUTION FOR NEBULIZATION ^{SP,LD,DL}	5	PA,QL(84 cada 28 días)
caziant (28) 0.1 mg/0.125 mg/0.15 mg-25 mcg tablet ^{MM,ACA}	1	
cefaclor 125 mg/5 ml susp	4	
cefaclor 250 mg capsule	3	
cefaclor 250 mg/5 ml susp	4	
cefaclor 375 mg/5 ml suspen	4	
cefaclor 500 mg capsule	3	
cefaclor er 500 mg tablet	3	
cefadroxil 250 mg/5 ml susp	2	
cefadroxil 500 mg capsule	2	
cefadroxil 500 mg/5 ml susp	2	
cefdinir 125 mg/5 ml susp	2	
cefdinir 250 mg/5 ml susp	2	
cefdinir 300 mg capsule	2	
cefditoren pivoxil 200 mg tab	3	
cefditoren pivoxil 400 mg tab	3	
cefixime 100 mg/5 ml susp	4	
cefixime 200 mg/5 ml susp	4	
cefixime 400 mg capsule	4	
cefpodoxime 100 mg tablet	3	
cefpodoxime 100 mg/5 ml susp	3	
cefpodoxime 200 mg tablet	3	
cefpodoxime 50 mg/5 ml susp	3	
cefprozil 125 mg/5 ml susp	2	
cefprozil 250 mg tablet	2	
cefprozil 250 mg/5 ml susp	2	
cefprozil 500 mg tablet	2	
ceftriaxone 1 gm-d5w bag	4	
cefuroxime axetil 250 mg tab	2	

ST - Terapia por fases • QL - Límite de cantidad • PA - Autorización previa

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DEL USO
cefuroxime axetil 500 mg tab	2	
celecoxib 100 mg capsule ^{MM}	2	QL(60 cada 30 días)
celecoxib 200 mg capsule ^{MM}	2	QL(60 cada 30 días)
celecoxib 400 mg capsule ^{MM}	2	QL(60 cada 30 días)
celecoxib 50 mg capsule ^{MM}	2	QL(60 cada 30 días)
CELLCEPT 200 MG/ML ORAL SUSPENSION ^{MM}	4	
CELLCEPT 250 MG CAPSULE ^{MM}	4	QL(360 cada 30 días)
CELLCEPT 500 MG TABLET ^{MM}	4	QL(180 cada 30 días)
CELONTIN 300 MG CAPSULE ^{MM}	4	
centratex 106 mg iron-1 mg capsule	1	
cephalexin 125 mg/5 ml susp	2	
cephalexin 250 mg capsule	2	
cephalexin 250 mg/5 ml susp	2	
cephalexin 500 mg capsule	2	
CERDELGA 84 MG CAPSULE ^{MM,SP,DL}	5	PA
CEREZYME 400 UNIT INTRAVENOUS SOLUTION ^{MM,SP,DL}	5	PA
CESAMET 1 MG CAPSULE	4	PA,QL(180 cada 30 días)
cevimeline hcl 30 mg capsule ^{MM}	3	
CHANTIX 0.5 MG TABLET ^{ACA}	4	QL(56 cada 28 días)
CHANTIX 1 MG TABLET ^{ACA}	4	QL(56 cada 28 días)
CHANTIX CONTINUING MONTH BOX 1 MG TABLET ^{ACA}	4	QL(56 cada 28 días)
CHANTIX STARTING MONTH BOX 0.5 MG (11)-1 MG (42) TABLETS IN DOSE PACK ^{ACA}	4	QL(53 cada 28 días)
charlotte 24 fe 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4) chewable tablet ^{MM}	2	
chateal (28) 0.15 mg-0.03 mg tablet ^{MM,ACA}	1	
chateal eq (28) 0.15 mg-0.03 mg tablet ^{MM,ACA}	1	
CHEMET 100 MG CAPSULE	4	
CHEMSTRIP 10 MD	3	
CHENODAL 250 MG TABLET ^{SP,DL}	5	
chloramphen na succ 1 gm vl	4	
chlordiazepoxide 10 mg capsule ^{DL}	2	QL(120 cada 30 días)
chlordiazepoxide 25 mg capsule ^{DL}	2	QL(120 cada 30 días)
chlordiazepoxide 5 mg capsule ^{DL}	2	QL(120 cada 30 días)
chlorhexidine 0.12% rinse	2	
chloroquine ph 250 mg tablet	3	
chloroquine ph 500 mg tablet	3	
chlorothiazide 250 mg tablet ^{MM}	2	
chlorothiazide 500 mg tablet ^{MM}	2	
chlorpromazine 10 mg tablet ^{MM}	4	
chlorpromazine 100 mg tablet ^{MM}	4	
chlorpromazine 200 mg tablet ^{MM}	4	
chlorpromazine 25 mg tablet ^{MM}	4	
chlorpromazine 50 mg tablet ^{MM}	4	
chlorthalidone 25 mg tablet ^{MM}	2	
chlorthalidone 50 mg tablet ^{MM}	2	
CHOICE DM CLARUS NORMAL CONTROL SOLUTION ^{MM}	3	
CHOLBAM 250 MG CAPSULE ^{MM,SP,DL}	5	PA,QL(120 cada 30 días)
CHOLBAM 50 MG CAPSULE ^{MM,SP,DL}	5	PA,QL(120 cada 30 días)
cholestyramine light 4 gram oral powder ^{MM}	3	
cholestyramine light 4 gram powder for susp in a packet ^{MM}	3	
cholestyramine packet ^{MM}	3	
cholestyramine powder ^{MM}	3	
CHORIONIC GONAD 10,000 UNIT VL	4	PA,QL(2 cada 30 días)
ciclodan 0.77 % topical cream	2	
ciclodan 8 % topical solution	3	
ciclopirox 0.77% cream	2	
ciclopirox 0.77% gel	3	

ST - Terapia por fases • QL - Límite de cantidad • PA - Autorización previa

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DEL USO
ciclopirox 0.77% topical susp	3	
ciclopirox 1% shampoo	3	
ciclopirox 8% solution	2	
cilostazol 100 mg tablet ^{MM}	2	
cilostazol 50 mg tablet ^{MM}	2	
CIMDUO 300 MG-300 MG TABLET ^{MM,SP}	5	QL(30 cada 30 días)
cimetidine 200 mg tablet ^{MM}	3	
cimetidine 300 mg tablet ^{MM}	3	
cimetidine 300 mg/5 ml soln ^{MM}	3	
cimetidine 400 mg tablet ^{MM}	3	
cimetidine 800 mg tablet ^{MM}	3	
cinacalcet hcl 30 mg tablet ^{MM}	4	QL(60 cada 30 días)
cinacalcet hcl 60 mg tablet ^{MM}	4	QL(60 cada 30 días)
cinacalcet hcl 90 mg tablet ^{MM}	4	QL(120 cada 30 días)
CIPRO HC 0.2 %-1 % EAR DROPS,SUSPENSION	4	ST
CIPRODEX 0.3 %-0.1 % EAR DROPS,SUSPENSION	4	
ciproflox-dexameth otic susp	4	
ciprofloxacin 0.2% otic soln	3	
ciprofloxacin 0.3% eye drop	2	
ciprofloxacin 250 mg/5 ml susp	3	
ciprofloxacin 500 mg/5 ml susp	3	
ciprofloxacin hcl 100 mg tab	2	
ciprofloxacin hcl 250 mg tab	2	
ciprofloxacin hcl 500 mg tab	2	
ciprofloxacin hcl 750 mg tab	2	
citalopram hbr 10 mg tablet ^{MM}	1	QL(30 cada 30 días)
citalopram hbr 10 mg/5 ml soln ^{MM}	2	
citalopram hbr 20 mg tablet ^{MM}	1	QL(60 cada 30 días)
citalopram hbr 40 mg tablet ^{MM}	1	QL(30 cada 30 días)
claravis 10 mg capsule	4	QL(60 cada 30 días)
claravis 20 mg capsule	4	QL(60 cada 30 días)
claravis 30 mg capsule	4	QL(60 cada 30 días)
claravis 40 mg capsule	4	QL(120 cada 30 días)
clarithromycin 125 mg/5 ml sus	3	
clarithromycin 250 mg tablet	2	
clarithromycin 250 mg/5 ml sus	3	
clarithromycin 500 mg tablet	2	
clarithromycin er 500 mg tab	3	
clemastine fum 2.68 mg tab	3	
CLEOCIN 100 MG VAGINAL SUPPOSITORY	4	
CLEVER CHEK LANCETS 30 GAUGE ^{MM}	3	
CLEVER CHOICE HOLDING CHAMBER-LARGE MASK	3	
CLEVER CHOICE HOLDING CHAMBER-MEDIUM MASK	3	
CLEVER CHOICE HOLDING CHAMBER-SMALL MASK	3	
CLEVER CHOICE LEVEL 1 CONTROL SOLUTION ^{MM}	3	
CLEVER CHOICE LEVEL 2 CONTROL SOLUTION ^{MM}	3	
CLEVER CHOICE LEVEL 3 CONTROL SOLUTION ^{MM}	3	
CLICKFINE PEN NEEDLE 31 GAUGE X 1/4" ^{MM}	3	
CLICKFINE PEN NEEDLE 31 GAUGE X 5/16" ^{MM}	3	
CLICKFINE PEN NEEDLE 32 GAUGE X 5/32" ^{MM}	3	
clind ph-benzoyl perox 1.2-5%	3	
clindacin etz 1 % topical swab	2	
clindacin p 1 % topical swab	2	
clindamycin 2% vaginal cream	3	
clindamycin hcl 150 mg capsule	2	
clindamycin hcl 300 mg capsule	2	
clindamycin hcl 75 mg capsule	2	

ST - Terapia por fases • QL - Limite de cantidad • PA - Autorización previa

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DEL USO
clindamycin pediatric 75 mg/5 ml oral solution	3	
clindamycin ph 1% gel	3	PA
clindamycin ph 1% solution	3	
clindamycin phos 1% pledget	2	
clindamycin phosp 1% lotion	3	
clindamycin-benzoyl perox 1-5%	4	
clindamycin-bnz perox 1-5% pmp	4	
CLINDESSE 2 % VAGINAL CREAM,EXTENDED RELEASE	3	
CLINIMIX 4.25 % IN 10 % DEXTROSE SULFITE FREE INTRAVENOUS SOLUTION	3	
CLINIMIX 4.25 % IN 5 % DEXTROSE SULFITE FREE INTRAVENOUS SOLUTION	3	
CLINIMIX 4.25%-25% SOLUTION	3	
CLINIMIX 5 % IN 15 % DEXTROSE SULFITE FREE INTRAVENOUS SOLUTION	3	
CLINIMIX 5 % IN 20 % DEXTROSE (SULFITE-FREE) INTRAVENOUS SOLUTION	3	
CLINIMIX 5%-25% SOLUTION	3	
CLINIMIX 6 % IN 5 % DEXTROSE (SULFITE-FREE) INTRAVENOUS SOLUTION	3	
CLINIMIX 8 % IN 10 % DEXTROSE (SULFITE-FREE) INTRAVENOUS SOLUTION	3	
CLINIMIX 8 % IN 14 % DEXTROSE (SULFITE-FREE) INTRAVENOUS SOLUTION	3	
CLINIMIX E 2.75 % IN 5 % DEXTROSE SULFITE FREE INTRAVENOUS SOLUTION	3	
CLINIMIX E 2.75%-10% SOLUTION	3	
CLINIMIX E 4.25 % IN 10 % DEXTROSE SULFITE FREE INTRAVENOUS SOLUTION	3	
CLINIMIX E 4.25 % IN 5 % DEXTROSE SULFITE FREE INTRAVENOUS SOLUTION	3	
CLINIMIX E 4.25%-25% SOLUTION	3	
CLINIMIX E 5 % IN 15 % DEXTROSE SULFITE FREE INTRAVENOUS SOLUTION	3	
CLINIMIX E 5 % IN 20 % DEXTROSE SULFITE FREE INTRAVENOUS SOLUTION	3	
CLINIMIX E 5%-25% SOLUTION	3	
CLINIMIX E 8 % IN 10 % DEXTROSE (SULFITE-FREE) INTRAVENOUS SOLUTION	3	
CLINIMIX E 8 % IN 14 % DEXTROSE (SULFITE-FREE) INTRAVENOUS SOLUTION	3	
clobazam 10 mg tablet ^{MM,DL}	4	PA,QL(60 cada 30 días)
clobazam 2.5 mg/ml suspension ^{MM,DL}	4	PA,QL(480 cada 30 días)
clobazam 20 mg tablet ^{MM,DL}	4	PA,QL(60 cada 30 días)
clobetasol 0.05% cream	3	
clobetasol 0.05% gel	3	
clobetasol 0.05% ointment	3	
clobetasol 0.05% shampoo	4	
clobetasol 0.05% solution	2	
clobetasol emollient 0.05% crm	3	
clocortolone pivalate 0.1% crm	4	ST
clodan 0.05 % shampoo	4	
clomipramine 25 mg capsule ^{MM}	4	
clomipramine 50 mg capsule ^{MM}	4	
clomipramine 75 mg capsule ^{MM}	4	
clonazepam 0.125 mg dis tab ^{MM,DL}	2	
clonazepam 0.25 mg odt ^{MM,DL}	2	
clonazepam 0.5 mg dis tablet ^{MM,DL}	2	
clonazepam 0.5 mg tablet ^{MM,DL}	2	
clonazepam 1 mg dis tablet ^{MM,DL}	2	
clonazepam 1 mg tablet ^{MM,DL}	2	
clonazepam 2 mg odt ^{MM,DL}	2	
clonazepam 2 mg tablet ^{MM,DL}	2	
clonidine 0.1 mg/day patch ^{MM}	4	QL(4 cada 28 días)
clonidine 0.2 mg/day patch ^{MM}	4	QL(4 cada 28 días)
clonidine 0.3 mg/day patch ^{MM}	4	QL(4 cada 28 días)
clonidine hcl 0.1 mg tablet ^{MM}	1	
clonidine hcl 0.2 mg tablet ^{MM}	1	
clonidine hcl 0.3 mg tablet ^{MM}	1	
clopidogrel 300 mg tablet	3	QL(1 cada 30 días)
clopidogrel 75 mg tablet ^{MM}	1	QL(30 cada 30 días)

ST - Terapia por fases • QL - Límite de cantidad • PA - Autorización previa

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DEL USO
clorazepate 15 mg tablet ^{DL}	3	
clorazepate 3.75 mg tablet ^{DL}	3	
clorazepate 7.5 mg tablet ^{DL}	3	
clotrimazole 1% solution	3	
clotrimazole 1% topical cream	2	
clotrimazole 10 mg troche	2	
clotrimazole-betamethasone crm	2	
clotrimazole-betamethasone lot	3	
clovique 250 mg capsule ^{SP,DL}	5	PA
clozapine 100 mg tablet ^{MM}	3	
clozapine 200 mg tablet ^{MM}	3	
clozapine 25 mg tablet ^{MM}	3	
clozapine 50 mg tablet ^{MM}	3	
CO-VERATROL CAPSULE	3	
COAGUCHEK LANCETS ^{MM}	3	
COARTEM 20 MG-120 MG TABLET	3	QL(24 cada 30 días)
codeine sulfate 15 mg tablet ^{DL}	3	QL(360 cada 30 días)
codeine sulfate 30 mg tablet ^{DL}	3	QL(360 cada 30 días)
codeine sulfate 60 mg tablet ^{DL}	3	QL(180 cada 30 días)
colchicine 0.6 mg tablet ^{MM}	3	QL(120 cada 30 días)
colesevelam 625 mg tablet ^{MM}	3	PA
colestipol hcl granules ^{MM}	4	
colestipol hcl granules packet ^{MM}	4	
colestipol micronized 1 gm tab ^{MM}	3	
colocort 100 mg/60 ml enema	3	
COLOR LANCETS 21 GAUGE ^{MM}	3	
COLY-MYCIN S OTIC SUSP DROP	4	
COMBIGAN 0.2 %-0.5 % EYE DROPS ^{MM}	3	QL(5 cada 25 días)
COMETRIQ 100 MG/DAY (80 MG X 1-20 MG X 1) CAPSULES ^{MM,SP,LD,DL}	5	PA,QL(56 cada 28 días)
COMETRIQ 140 MG/DAY (80 MG X 1-20 MG X 3) CAPSULES ^{MM,SP,LD,DL}	5	PA,QL(112 cada 28 días)
COMETRIQ 60 MG/DAY (20 MG X 3/DAY) CAPSULES ^{MM,SP,LD,DL}	5	PA,QL(84 cada 28 días)
COMFORT EZ INSULIN SYRINGE 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2" ^{MM}	3	
COMFORT EZ INSULIN SYRINGE 0.3 ML 30 GAUGE X 1/2" ^{MM}	3	
COMFORT EZ INSULIN SYRINGE 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16" ^{MM}	3	
COMFORT EZ INSULIN SYRINGE 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16" ^{MM}	3	
COMFORT EZ INSULIN SYRINGE 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2" ^{MM}	3	
COMFORT EZ INSULIN SYRINGE 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2" ^{MM}	3	
COMFORT EZ INSULIN SYRINGE 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16" ^{MM}	3	
COMFORT EZ INSULIN SYRINGE 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16" ^{MM}	3	
COMFORT EZ INSULIN SYRINGE 1 ML 28 GAUGE X 1/2" ^{MM}	3	
COMFORT EZ INSULIN SYRINGE 1 ML 29 GAUGE X 1/2" ^{MM}	3	
COMFORT EZ INSULIN SYRINGE 1 ML 30 GAUGE X 1/2" ^{MM}	3	
COMFORT EZ INSULIN SYRINGE 1 ML 30 GAUGE X 5/16" ^{MM}	3	
COMFORT EZ INSULIN SYRINGE 1 ML 31 GAUGE X 5/16" ^{MM}	3	
COMFORT EZ INSULIN SYRINGE 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2" ^{MM}	3	
COMFORT EZ LANCETS 21 GAUGE ^{MM}	3	
COMFORT EZ LANCETS 23 GAUGE ^{MM}	3	
COMFORT EZ LANCETS 28 GAUGE ^{MM}	3	
COMFORT EZ PEN NEEDLES 29 GAUGE X 1/2" ^{MM}	3	
COMFORT EZ PEN NEEDLES 31 GAUGE X 1/4" ^{MM}	3	
COMFORT EZ PEN NEEDLES 31 GAUGE X 3/16" ^{MM}	3	
COMFORT EZ PEN NEEDLES 31 GAUGE X 5/16" ^{MM}	3	
COMFORT EZ PEN NEEDLES 32 GAUGE X 1/4" ^{MM}	3	
COMFORT EZ PEN NEEDLES 32 GAUGE X 3/16" ^{MM}	3	
COMFORT EZ PEN NEEDLES 32 GAUGE X 5/16" ^{MM}	3	

ST - Terapia por fases • QL - Límite de cantidad • PA - Autorización previa

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DEL USO
COMFORT EZ PEN NEEDLES 32 GAUGE X 5/32 ^{MM}	3	
COMFORT EZ PEN NEEDLES 33 GAUGE X 1/4 ^{MM}	3	
COMFORT EZ PEN NEEDLES 33 GAUGE X 3/16 ^{MM}	3	
COMFORT EZ PEN NEEDLES 33 GAUGE X 5/16 ^{MM}	3	
COMFORT EZ PEN NEEDLES 33 GAUGE X 5/32 ^{MM}	3	
COMFORT LANCETS ^{MM}	3	
COMFORT POINT PEN NDL 31GX1/3 ^{MM}	3	
COMFORT POINT PEN NDL 31GX1/6 ^{MM}	3	
COMFORT TOUCH PEN NEEDLE 33 GAUGE X 1/4 ^{MM}	3	
COMFORT TOUCH PEN NEEDLE 33 GAUGE X 3/16 ^{MM}	3	
COMFORT TOUCH PEN NEEDLE 33 GAUGE X 5/32 ^{MM}	3	
COMFORT TOUCH PLUS PRESSURE ACTIVATED SAFETY LANCETS 30 GAUGE	3	
COMFORT TOUCH ULTRA THIN LANCETS 31 GAUGE	3	
COMPACT SPACE CHAMBER	3	
COMPACT SPACE CHAMBER PLUS	3	
COMPACT SPACE CHAMBER-LRG MASK	3	
COMPACT SPACE CHAMBER-MED MASK	3	
COMPACT SPACE CHAMBER-SM MASK	3	
COMPLERA 200 MG-25 MG-300 MG TABLET ^{MM,SP}	5	QL(30 cada 30 días)
complete natal dha 29 mg-1 mg-250 mg-200 mg oral pack	2	
completenate 29 mg iron-1 mg chewable tablet ^{MM}	2	
compro 25 mg rectal suppository	3	
CONDYLOX 0.5 % TOPICAL GEL	4	
constulose 10 gram/15 ml oral solution ^{MM}	2	
CONTOUR CONTROL SOLUTION, HIGH ^{MM}	3	
CONTOUR CONTROL SOLUTION, LOW ^{MM}	3	
CONTOUR CONTROL SOLUTION, NORMAL ^{MM}	3	
CONTOUR NEXT LEVEL 1 CONTROL SOLUTION ^{MM}	3	
CONTOUR NEXT LEVEL 2 CONTROL SOLUTION ^{MM}	3	
COOL CONTROL A SOLUTION ^{MM}	3	
COOL CONTROL B SOLUTION ^{MM}	3	
COPAXONE 20 MG/ML SUBCUTANEOUS SYRINGE ^{MM,SP,DL}	5	PA,QL(30 cada 30 días)
COPAXONE 40 MG/ML SUBCUTANEOUS SYRINGE ^{MM,SP,DL}	5	PA,QL(12 cada 28 días)
COPIKTRA 15 MG CAPSULE ^{MM,SP,DL}	5	PA,QL(56 cada 28 días)
COPIKTRA 25 MG CAPSULE ^{MM,SP,DL}	5	PA,QL(56 cada 28 días)
CORLOPAM 10 MG/ML INTRAVENOUS SOLUTION	4	
cortisone 25 mg tablet	3	
CORTISPORIN CREAM	3	
CORTISPORIN OINTMENT	3	
CORTISPORIN-TC 3.3 MG-3 MG-10 MG-0.5 MG/ML EAR DROPS,SUSPENSION	4	
COSENTYX 150 MG/ML SUBCUTANEOUS SYRINGE ^{MM,SP,DL}	5	PA,QL(32 cada 365 días)
COSENTYX 300 MG/2 SYRINGES (150 MG/ML) SUBCUTANEOUS ^{MM,SP,DL}	5	PA,QL(32 cada 365 días)
COSENTYX PEN 150 MG/ML SUBCUTANEOUS ^{MM,SP,DL}	5	PA,QL(32 cada 365 días)
COSENTYX PEN 300 MG/2 PENS (150 MG/ML) SUBCUTANEOUS ^{MM,SP,DL}	5	PA,QL(32 cada 365 días)
COUMADIN 1 MG TABLET ^{MM}	3	
COUMADIN 10 MG TABLET ^{MM}	3	
COUMADIN 2 MG TABLET ^{MM}	3	
COUMADIN 2.5 MG TABLET ^{MM}	3	
COUMADIN 3 MG TABLET ^{MM}	3	
COUMADIN 4 MG TABLET ^{MM}	3	
COUMADIN 5 MG TABLET ^{MM}	3	
COUMADIN 6 MG TABLET ^{MM}	3	
COUMADIN 7.5 MG TABLET ^{MM}	3	
covaryx 1.25 mg-2.5 mg tablet ^{MM}	3	
covaryx h.s. 0.625 mg-1.25 mg tablet ^{MM}	3	

ST - Terapia por fases • QL - Límite de cantidad • PA - Autorización previa

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DEL USO
CREON 12,000-38,000-60,000 UNIT CAPSULE,DELAYED RELEASE ^{MM}	3	
CREON 24,000-76,000-120,000 UNIT CAPSULE,DELAYED RELEASE ^{MM}	3	
CREON 3,000 UNIT-9,500 UNIT-15,000 UNIT CAPSULE,DELAYED RELEASE ^{MM}	3	
CREON 36,000 UNIT-114,000 UNIT-180,000 UNIT CAPSULE,DELAYED RELEASE ^{MM}	3	
CREON 6,000-19,000-30,000 UNIT CAPSULE,DELAYED RELEASE ^{MM}	3	
CRESEMBA 186 MG CAPSULE ^{SP,DL}	5	PA
CRINONE 4 % VAGINAL GEL	4	QL(8.7 cada 30 días)
CRIXIVAN 200 MG CAPSULE ^{MM}	4	QL(450 cada 30 días)
CRIXIVAN 400 MG CAPSULE ^{MM}	4	QL(270 cada 30 días)
cromolyn 100 mg/5 ml oral conc ^{SP,DL}	5	
cromolyn 4% eye drops	1	
cryselle (28) 0.3 mg-30 mcg tablet ^{MM,ACA}	1	
CURITY ALCOHOL SWABS	3	
cvs glucose 40% gel	3	
CVS THIN 26G LANCETS ^{MM}	3	
cyanocobalamin 1,000 mcg/ml ^{MM}	1	QL(30 cada 30 días)
cyclafem 1/35 (28) 1 mg-35 mcg tablet ^{MM,ACA}	1	
cyclafem 7/7/7 (28) 0.5 mg/0.75 mg/1 mg-35 mcg tablet ^{MM,ACA}	1	
cyclobenzaprine 10 mg tablet	1	
cyclobenzaprine 5 mg tablet	1	
cyclopentolate 0.5% eye drops	2	
cyclopentolate 1% eye drops	2	
cyclopentolate hcl 2% drops	2	
cyclophosphamide 25 mg capsule ^{SP,DL}	5	QL(960 cada 30 días)
cyclophosphamide 25 mg tablet ^{SP,DL}	5	QL(960 cada 30 días)
cyclophosphamide 50 mg capsule ^{SP,DL}	5	QL(480 cada 30 días)
cyclophosphamide 50 mg tablet ^{SP,DL}	5	QL(480 cada 30 días)
cycloserine 250 mg capsule	4	
CYCLOSET 0.8 MG TABLET ^{MM}	4	ST,QL(180 cada 30 días)
cyclosporine 100 mg capsule ^{MM}	3	QL(720 cada 30 días)
cyclosporine 25 mg capsule ^{MM}	3	
cyclosporine 250 mg/5 ml ampul	4	
cyclosporine modified 100 mg ^{MM}	3	QL(720 cada 30 días)
cyclosporine modified 100mg/ml ^{MM}	3	
cyclosporine modified 25 mg ^{MM}	3	
cyclosporine modified 50 mg ^{MM}	3	
cyproheptadine 2 mg/5 ml syrup	2	
cyproheptadine 4 mg tablet	2	
cyred 0.15 mg-0.03 mg tablet ^{MM,ACA}	1	
cyred eq 0.15 mg-0.03 mg tablet ^{MM,ACA}	1	
CYSTADANE 1 GRAM/1.7 ML ORAL POWDER ^{MM,SP,LD,DL}	5	
CYSTAGON 150 MG CAPSULE ^{MM}	4	
CYSTAGON 50 MG CAPSULE ^{MM}	4	
CYSTARAN 0.44 % EYE DROPS ^{MM,SP,DL}	5	PA,QL(60 cada 28 días)
cytra-k crystals packet	3	
dalfampridine er 10 mg tablet ^{MM,DL}	4	PA,QL(60 cada 30 días)
DALIRESP 250 MCG TABLET ^{MM}	4	QL(28 cada 365 días)
DALIRESP 500 MCG TABLET ^{MM}	4	QL(30 cada 30 días)
danazol 100 mg capsule	4	
danazol 200 mg capsule	4	
danazol 50 mg capsule	4	
dantrolene sodium 100 mg cap ^{MM}	3	
dantrolene sodium 25 mg cap ^{MM}	3	
dantrolene sodium 50 mg cap ^{MM}	3	
dapsone 100 mg tablet ^{MM}	3	

ST - Terapia por fases • QL - Límite de cantidad • PA - Autorización previa

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DEL USO
dapsone 25 mg tablet ^{MM}	3	
DAPTACEL (DTAP PEDIATRIC) (PF) 15 LF UNIT-10 MCG-5 LF/0.5 ML IM SUSP ^{ACA}	4	
darifenacin er 15 mg tablet ^{MM}	4	ST,QL(30 cada 30 días)
darifenacin er 7.5 mg tablet ^{MM}	4	ST,QL(30 cada 30 días)
dasetta 1/35 (28) 1 mg-35 mcg tablet ^{MM,ACA}	1	
dasetta 7/7/7 (28) 0.5 mg(7)/0.75 mg(7)/1 mg(7)-35 mcg tablet ^{MM,ACA}	1	
DAURISMO 100 MG TABLET ^{MM,SP,DL}	5	PA,QL(30 cada 30 días)
DAURISMO 25 MG TABLET ^{MM,SP,DL}	5	PA,QL(60 cada 30 días)
daysee 0.15 mg-30 mcg (84)/10 mcg(7) tablets,3 month dose pack ^{MM,ACA}	1	QL(91 cada 90 días)
deblitane 0.35 mg tablet ^{MM,ACA}	1	
decadron 0.5 mg/5 ml elixir	2	
deferasirox 125 mg tb for susp ^{MM,SP,DL}	5	PA,QL(150 cada 30 días)
deferasirox 250 mg tb for susp ^{MM,SP,DL}	5	PA,QL(150 cada 30 días)
deferasirox 500 mg tb for susp ^{MM,SP,DL}	5	PA,QL(150 cada 30 días)
deferiprone 500 mg tablet ^{MM,SP,DL}	5	PA,QL(720 cada 30 días)
DELSTRIGO 100 MG-300 MG-300 MG TABLET ^{MM,SP}	5	QL(30 cada 30 días)
demeclocycline 150 mg tablet	4	
demeclocycline 300 mg tablet	4	
DENAVIR 1 % TOPICAL CREAM ^{SP,DL}	5	PA
DEPO-SUBQ PROVERA 104 104 MG/0.65 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE ^{MM}	4	QL(0.65 cada 90 días)
DESCOVY 200 MG-25 MG TABLET ^{MM}	3	QL(30 cada 30 días)
desipramine 10 mg tablet ^{MM}	3	
desipramine 100 mg tablet ^{MM}	3	
desipramine 150 mg tablet ^{MM}	3	
desipramine 25 mg tablet ^{MM}	3	
desipramine 50 mg tablet ^{MM}	3	
desipramine 75 mg tablet ^{MM}	3	
desloratadine 5 mg tablet ^{MM}	2	QL(30 cada 30 días)
desmopressin 0.01% solution ^{MM}	4	QL(25 cada 30 días)
desmopressin 10 mcg/0.1 ml spr ^{MM}	4	QL(25 cada 30 días)
desmopressin acetate 0.1 mg tb ^{MM}	3	QL(180 cada 30 días)
desmopressin acetate 0.2 mg tb ^{MM}	3	QL(180 cada 30 días)
desogestr-eth estrad eth estro ^{MM,ACA}	1	
desogestrel-ee 0.15-0.03 mg tb ^{MM,ACA}	1	
desonide 0.05% cream	3	
desonide 0.05% lotion	4	
desonide 0.05% ointment	3	
desoximetasone 0.05% cream	4	
desoximetasone 0.25% cream	3	
desvenlafaxine succnt er 100mg ^{MM}	2	QL(30 cada 30 días)
desvenlafaxine succnt er 25 mg ^{MM}	2	QL(30 cada 30 días)
desvenlafaxine succnt er 50 mg ^{MM}	2	QL(30 cada 30 días)
dexamethasone 0.1% eye drop	2	
dexamethasone 0.5 mg tablet	1	
dexamethasone 0.5 mg/5 ml elx	2	
dexamethasone 0.5 mg/5 ml liq	2	
dexamethasone 0.75 mg tablet	1	
dexamethasone 1 mg tablet	1	
dexamethasone 1.5 mg tablet	1	
dexamethasone 2 mg tablet	1	
dexamethasone 4 mg tablet	1	
dexamethasone 6 mg tablet	1	
dexamethasone intensol 1 mg/ml drops (concentrate)	3	
DEXILANT 30 MG CAPSULE, DELAYED RELEASE ^{MM}	4	ST,QL(30 cada 30 días)
DEXILANT 60 MG CAPSULE, DELAYED RELEASE ^{MM}	4	ST,QL(30 cada 30 días)
dexmethylphenidate 10 mg tab ^{MM}	2	QL(60 cada 30 días)

ST - Terapia por fases • QL - Límite de cantidad • PA - Autorización previa

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DEL USO
dexmethylphenidate 2.5 mg tab ^{MM}	2	QL(60 cada 30 días)
dexmethylphenidate 5 mg tab ^{MM}	2	QL(60 cada 30 días)
dexmethylphenidate er 10 mg cp ^{MM}	4	QL(30 cada 30 días)
dexmethylphenidate er 15 mg cp ^{MM}	4	QL(30 cada 30 días)
dexmethylphenidate er 20 mg cp ^{MM}	4	QL(30 cada 30 días)
dexmethylphenidate er 25 mg cp ^{MM}	4	QL(30 cada 30 días)
dexmethylphenidate er 30 mg cp ^{MM}	4	QL(30 cada 30 días)
dexmethylphenidate er 35 mg cp ^{MM}	4	QL(30 cada 30 días)
dexmethylphenidate er 40 mg cp ^{MM}	4	QL(30 cada 30 días)
dexmethylphenidate er 5 mg cap ^{MM}	4	QL(30 cada 30 días)
dextroamp-amphet er 10 mg cap ^{MM}	3	QL(30 cada 30 días)
dextroamp-amphet er 15 mg cap ^{MM}	3	QL(30 cada 30 días)
dextroamp-amphet er 20 mg cap ^{MM}	3	QL(60 cada 30 días)
dextroamp-amphet er 25 mg cap ^{MM}	3	QL(60 cada 30 días)
dextroamp-amphet er 30 mg cap ^{MM}	3	QL(60 cada 30 días)
dextroamp-amphet er 5 mg cap ^{MM}	3	QL(30 cada 30 días)
dextroamp-amphetam 12.5 mg tab ^{MM}	2	QL(90 cada 30 días)
dextroamp-amphetam 7.5 mg tab ^{MM}	2	QL(90 cada 30 días)
dextroamp-amphetamin 10 mg tab ^{MM}	2	QL(90 cada 30 días)
dextroamp-amphetamin 15 mg tab ^{MM}	2	QL(90 cada 30 días)
dextroamp-amphetamin 20 mg tab ^{MM}	2	QL(90 cada 30 días)
dextroamp-amphetamin 30 mg tab ^{MM}	2	QL(60 cada 30 días)
dextroamp-amphetamine 5 mg tab ^{MM}	2	QL(90 cada 30 días)
dextroamphetamine 10 mg tab ^{MM}	3	QL(180 cada 30 días)
dextroamphetamine 5 mg tab ^{MM}	3	QL(150 cada 30 días)
dextroamphetamine 5 mg/5 ml ^{MM}	4	ST,QL(1800 cada 30 días)
dextroamphetamine er 10 mg cap ^{MM}	4	ST,QL(180 cada 30 días)
dextroamphetamine er 15 mg cap ^{MM}	4	ST,QL(120 cada 30 días)
dextroamphetamine er 5 mg cap ^{MM}	4	ST,QL(60 cada 30 días)
DIACOMIT 250 MG CAPSULE ^{MM,SP,LD,DL}	5	PA,QL(180 cada 30 días)
DIACOMIT 250 MG ORAL POWDER PACKET ^{MM,SP,LD,DL}	5	PA,QL(180 cada 30 días)
DIACOMIT 500 MG CAPSULE ^{MM,SP,LD,DL}	5	PA,QL(180 cada 30 días)
DIACOMIT 500 MG ORAL POWDER PACKET ^{MM,SP,LD,DL}	5	PA,QL(180 cada 30 días)
DIATRUE CONTROL SOLUTION HIGH ^{MM}	3	
DIATRUE CONTROL SOLUTION LOW ^{MM}	3	
DIATRUE CONTROL SOLUTION NORMAL ^{MM}	3	
diazepam 10 mg rectal gel syst ^{DL}	4	
diazepam 10 mg tablet ^{DL}	2	QL(120 cada 30 días)
diazepam 2 mg tablet ^{DL}	2	QL(90 cada 30 días)
diazepam 2.5 mg rectal gel sys ^{DL}	4	
diazepam 20 mg rectal gel syst ^{DL}	4	
diazepam 5 mg tablet ^{DL}	2	QL(90 cada 30 días)
diazepam 5 mg/5 ml solution ^{DL}	2	QL(1200 cada 30 días)
diazepam 5 mg/ml oral conc ^{DL}	2	QL(240 cada 30 días)
diazepam intensol 5 mg/ml oral concentrate ^{DL}	2	QL(240 cada 30 días)
diazoxide 50 mg/ml oral susp ^{MM,SP,DL}	5	
diclofenac 0.1% eye drops	1	QL(5 cada 30 días)
diclofenac pot 50 mg tablet	3	
diclofenac sod ec 25 mg tab	2	
diclofenac sod ec 50 mg tab	2	
diclofenac sod ec 75 mg tab	2	
diclofenac sod er 100 mg tab	2	
diclofenac sodium 1% gel ^{MM}	2	
diclofenac sodium 3% gel	4	PA
dicloxacillin 250 mg capsule	2	

ST - Terapia por fases • QL - Límite de cantidad • PA - Autorización previa

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DEL USO
dicloxacillin 500 mg capsule	2	
dicyclomine 10 mg capsule ^{MM}	1	
dicyclomine 10 mg/5 ml soln ^{MM}	3	
dicyclomine 20 mg tablet ^{MM}	1	
didanosine dr 250 mg capsule ^{MM}	3	QL(30 cada 30 días)
didanosine dr 400 mg capsule ^{MM}	3	QL(30 cada 30 días)
DIFICID 200 MG TABLET ^{SP,DL}	5	ST,QL(20 cada 10 días)
diflorasone 0.05% ointment	4	PA
diflunisal 500 mg tablet	3	
digitek 125 mcg (0.125 mg) tablet ^{MM}	2	QL(30 cada 30 días)
digitek 250 mcg (0.25 mg) tablet ^{MM}	2	QL(30 cada 30 días)
digox 125 mcg (0.125 mg) tablet ^{MM}	2	QL(30 cada 30 días)
digox 250 mcg (0.25 mg) tablet ^{MM}	2	QL(30 cada 30 días)
digoxin 0.05 mg/ml solution ^{MM}	3	
digoxin 125 mcg tablet ^{MM}	2	QL(30 cada 30 días)
digoxin 250 mcg tablet ^{MM}	2	QL(30 cada 30 días)
dihydroergotamine 1 mg/ml amp ^{SP,DL}	5	
dihydroergotamine 4 mg/ml spry ^{SP,DL}	5	QL(8 cada 30 días)
DILANTIN 30 MG CAPSULE ^{MM}	3	
dilt-xr 120 mg capsule, extended release ^{MM}	2	QL(60 cada 30 días)
dilt-xr 180 mg capsule, extended release ^{MM}	2	QL(60 cada 30 días)
dilt-xr 240 mg capsule, extended release ^{MM}	2	QL(60 cada 30 días)
diltiazem 120 mg tablet ^{MM}	2	
diltiazem 125 mg/25 ml vial	4	
diltiazem 12hr er 120 mg cap ^{MM}	3	QL(60 cada 30 días)
diltiazem 12hr er 60 mg cap ^{MM}	3	QL(60 cada 30 días)
diltiazem 12hr er 90 mg cap ^{MM}	3	QL(60 cada 30 días)
diltiazem 24h er(cd) 120 mg cp ^{MM}	2	QL(60 cada 30 días)
diltiazem 24h er(cd) 180 mg cp ^{MM}	2	QL(60 cada 30 días)
diltiazem 24h er(cd) 240 mg cp ^{MM}	2	QL(60 cada 30 días)
diltiazem 24h er(cd) 300 mg cp ^{MM}	2	QL(30 cada 30 días)
diltiazem 24h er(cd) 360 mg cp ^{MM}	2	QL(30 cada 30 días)
diltiazem 24h er(la) 180 mg tb ^{MM}	3	QL(60 cada 30 días)
diltiazem 24h er(la) 240 mg tb ^{MM}	3	QL(60 cada 30 días)
diltiazem 24h er(la) 300 mg tb ^{MM}	3	QL(30 cada 30 días)
diltiazem 24h er(la) 360 mg tb ^{MM}	3	QL(30 cada 30 días)
diltiazem 24h er(la) 420 mg tb ^{MM}	3	QL(30 cada 30 días)
diltiazem 24h er(xr) 120 mg cp ^{MM}	2	QL(60 cada 30 días)
diltiazem 24h er(xr) 180 mg cp ^{MM}	2	QL(60 cada 30 días)
diltiazem 24h er(xr) 240 mg cp ^{MM}	2	QL(60 cada 30 días)
diltiazem 24hr er 120 mg cap ^{MM}	2	QL(60 cada 30 días)
diltiazem 24hr er 180 mg cap ^{MM}	2	QL(60 cada 30 días)
diltiazem 24hr er 240 mg cap ^{MM}	2	QL(60 cada 30 días)
diltiazem 24hr er 300 mg cap ^{MM}	2	QL(30 cada 30 días)
diltiazem 24hr er 360 mg cap ^{MM}	2	QL(30 cada 30 días)
diltiazem 24hr er 420 mg cap ^{MM}	2	QL(30 cada 30 días)
diltiazem 30 mg tablet ^{MM}	2	
diltiazem 60 mg tablet ^{MM}	2	
diltiazem 90 mg tablet ^{MM}	2	
dimethyl fumarate 30d start pk ^{SP,DL}	5	PA,QL(60 cada 30 días)
dimethyl fumarate dr 120 mg cp ^{MM,SP,DL}	5	PA,QL(14 cada 30 días)
dimethyl fumarate dr 240 mg cp ^{MM,SP,DL}	5	PA,QL(60 cada 30 días)
DIPENTUM 250 MG CAPSULE ^{MM}	4	ST,QL(120 cada 30 días)
diphenhydramine 12.5 mg/5 ml	3	

ST - Terapia por fases • QL - Límite de cantidad • PA - Autorización previa

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DEL USO
diphenhydramine 50 mg/ml vial	3	
diphenoxylat-atrop 2.5-0.025/5	2	
diphenoxylate-atrop 2.5-0.025	2	
DIPHThERIA-TETANUS TOXOIDS-PED ^{ACA}	4	
dipyridamole 25 mg tablet ^{MM}	2	
dipyridamole 50 mg tablet ^{MM}	2	
dipyridamole 75 mg tablet ^{MM}	2	
disopyramide 100 mg capsule ^{MM}	3	
disopyramide 150 mg capsule ^{MM}	3	
disulfiram 250 mg tablet ^{MM}	3	
disulfiram 500 mg tablet ^{MM}	3	
divalproex dr 125 mg cp(sprnk) ^{MM}	3	
divalproex sod dr 125 mg tab ^{MM}	1	
divalproex sod dr 250 mg tab ^{MM}	1	
divalproex sod dr 500 mg tab ^{MM}	1	
divalproex sod er 250 mg tab ^{MM}	2	
divalproex sod er 500 mg tab ^{MM}	2	
dofetilide 125 mcg capsule ^{MM}	4	QL(240 cada 30 días)
dofetilide 250 mcg capsule ^{MM}	4	QL(120 cada 30 días)
dofetilide 500 mcg capsule ^{MM}	4	QL(60 cada 30 días)
DOJOLVI 8.3 KCAL/ML ORAL LIQUID ^{MM}	3	PA
dolishale 90 mcg-20 mcg (28) tablet	4	
donepezil hcl 10 mg tablet ^{MM}	1	QL(60 cada 30 días)
donepezil hcl 5 mg tablet ^{MM}	1	QL(30 cada 30 días)
donepezil hcl odt 10 mg tablet ^{MM}	1	QL(30 cada 30 días)
donepezil hcl odt 5 mg tablet ^{MM}	1	QL(30 cada 30 días)
dorzolamide hcl 2% eye drops ^{MM}	1	QL(10 cada 30 días)
dorzolamide-timolol eye drops ^{MM}	2	QL(10 cada 30 días)
dotti 0.025 mg/24 hr transdermal patch ^{MM}	3	QL(8 cada 28 días)
dotti 0.0375 mg/24 hr transdermal patch ^{MM}	3	QL(8 cada 28 días)
dotti 0.05 mg/24 hr transdermal patch ^{MM}	3	QL(8 cada 28 días)
dotti 0.075 mg/24 hr transdermal patch ^{MM}	3	QL(8 cada 28 días)
dotti 0.1 mg/24 hr transdermal patch ^{MM}	3	QL(8 cada 28 días)
DOVATO 50 MG-300 MG TABLET ^{MM,SP}	5	QL(30 cada 30 días)
doxazosin mesylate 1 mg tab ^{MM}	2	
doxazosin mesylate 2 mg tab ^{MM}	2	
doxazosin mesylate 4 mg tab ^{MM}	2	
doxazosin mesylate 8 mg tab ^{MM}	2	
doxepin 10 mg capsule ^{MM}	2	
doxepin 10 mg/ml oral conc ^{MM}	2	
doxepin 100 mg capsule ^{MM}	2	
doxepin 150 mg capsule ^{MM}	2	
doxepin 25 mg capsule ^{MM}	2	
doxepin 50 mg capsule ^{MM}	2	
doxepin 75 mg capsule ^{MM}	2	
doxercalciferol 0.5 mcg cap ^{MM}	4	
doxercalciferol 1 mcg capsule ^{MM}	4	
doxercalciferol 2.5 mcg cap ^{MM}	4	
doxycycline 25 mg/5 ml susp	3	
doxycycline hyclate 100 mg cap	2	QL(90 cada 30 días)
doxycycline hyclate 100 mg tab	2	
doxycycline hyclate 20 mg tab	2	
doxycycline hyclate 50 mg cap	2	
doxycycline mono 100 mg cap	2	QL(90 cada 30 días)
doxycycline mono 100 mg tablet	2	

ST - Terapia por fases • QL - Límite de cantidad • PA - Autorización previa

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DEL USO
doxycycline mono 50 mg cap	2	QL(60 cada 30 días)
doxycycline mono 50 mg tablet	2	
doxylamine-pyridoxine 10-10 mg	3	QL(120 cada 30 días)
dronabinol 10 mg capsule	4	PA,QL(120 cada 30 días)
dronabinol 2.5 mg capsule	4	PA,QL(120 cada 30 días)
dronabinol 5 mg capsule	4	PA,QL(120 cada 30 días)
DROPLET GENTEEL LANCING DEVICE	3	
DROPLET INSULIN SYRINGE (HALF UNIT) 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"MM	3	
DROPLET INSULIN SYRINGE (HALF UNIT) 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2"MM	3	
DROPLET INSULIN SYRINGE (HALF UNIT) 0.5 ML 30 GAUGE X 15/64"MM	3	
DROPLET INSULIN SYRINGE (HALF UNIT) 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"MM	3	
DROPLET INSULIN SYRINGE (HALF UNIT) 0.5 ML 31 GAUGE X 15/64"MM	3	
DROPLET INSULIN SYRINGE (HALF UNIT) 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"MM	3	
DROPLET INSULIN SYRINGE 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2"MM	3	
DROPLET INSULIN SYRINGE 0.3 ML 30 GAUGE X 1/2"MM	3	
DROPLET INSULIN SYRINGE 0.3 ML 30 GAUGE X 15/64"MM	3	
DROPLET INSULIN SYRINGE 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16"MM	3	
DROPLET INSULIN SYRINGE 0.3 ML 31 GAUGE X 15/64"MM	3	
DROPLET INSULIN SYRINGE 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"MM	3	
DROPLET INSULIN SYRINGE 1 ML 29 GAUGE X 1/2"MM	3	
DROPLET INSULIN SYRINGE 1 ML 30 GAUGE X 1/2"MM	3	
DROPLET INSULIN SYRINGE 1 ML 30 GAUGE X 15/64"MM	3	
DROPLET INSULIN SYRINGE 1 ML 30 GAUGE X 5/16"MM	3	
DROPLET INSULIN SYRINGE 1 ML 31 GAUGE X 15/64"MM	3	
DROPLET INSULIN SYRINGE 1 ML 31 GAUGE X 5/16"MM	3	
DROPLET LANCETS 30 GAUGE ^{MM}	3	
DROPLET LANCING DEVICE	3	
DROPLET MICRON PEN NEEDLE 34 GAUGE X 9/64"MM	3	
DROPLET PEN NEEDLE 29 GAUGE X 1/2"MM	3	
DROPLET PEN NEEDLE 29 GAUGE X 3/8"MM	3	
DROPLET PEN NEEDLE 30 GAUGE X 5/16"MM	3	
DROPLET PEN NEEDLE 31 GAUGE X 1/4"MM	3	
DROPLET PEN NEEDLE 31 GAUGE X 3/16"MM	3	
DROPLET PEN NEEDLE 31 GAUGE X 5/16"MM	3	
DROPLET PEN NEEDLE 32 GAUGE X 1/4"MM	3	
DROPLET PEN NEEDLE 32 GAUGE X 3/16"MM	3	
DROPLET PEN NEEDLE 32 GAUGE X 5/16"MM	3	
DROPLET PEN NEEDLE 32 GAUGE X 5/32"MM	3	
DROPSAFE PEN NEEDLE 31 GAUGE X 1/4"MM	3	
DROPSAFE PEN NEEDLE 31 GAUGE X 5/16"MM	3	
drosp-ee-levomef 3-0.02-0.451 ^{MM,ACA}	1	
drosp-ee-levomef 3-0.03-0.451 ^{MM}	2	
drosiprenone-ee 3-0.02 mg tab ^{MM,ACA}	1	
drosiprenone-ee 3-0.03 mg tab ^{MM,ACA}	1	
DROXIA 200 MG CAPSULE ^{MM}	3	
DROXIA 300 MG CAPSULE ^{MM}	3	
DROXIA 400 MG CAPSULE ^{MM}	3	
DUET DHA BALANCED 25 MG IRON-1 MG-267 MG-233 MG ORAL PACK ^{MM}	4	
DUET DHA WITH OMEGA-3 25 MG IRON-1 MG-400 MG ORAL PACK ^{MM}	4	
duloxetine hcl dr 20 mg cap ^{MM}	1	QL(60 cada 30 días)
duloxetine hcl dr 30 mg cap ^{MM}	1	QL(60 cada 30 días)
duloxetine hcl dr 60 mg cap ^{MM}	1	QL(60 cada 30 días)
DUPIXENT 200 MG/1.14 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE ^{MM,SP,DL}	5	PA,QL(31.92 cada 365 días)
DUPIXENT 300 MG/2 ML SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR ^{MM,SP,DL}	5	PA,QL(56 cada 365 días)

ST - Terapia por fases • QL - Límite de cantidad • PA - Autorización previa

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DEL USO
DUPIXENT 300 MG/2 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE ^{MM,SP,DL}	5	PA,QL(56 cada 365 días)
DUREZOL 0.05 % EYE DROPS	4	ST
dutasteride 0.5 mg capsule ^{MM}	2	QL(30 cada 30 días)
DYANAVEL XR 2.5 MG/ML ORAL 24 HR EXTENDED RELEASE SUSPENSION ^{MM}	3	QL(240 cada 30 días)
E-Z JECT LANCETS ^{MM}	3	
E-Z JECT LANCETS 26 GAUGE ^{MM}	3	
E-Z JECT LANCETS 30 GAUGE ^{MM}	3	
E-Z JECT LANCETS 32 GAUGE ^{MM}	3	
E-Z JECT LANCETS 33 GAUGE ^{MM}	3	
E-Z JECT THIN LANCETS 28 GAUGE ^{MM}	3	
EASIVENT HOLDING CHAMBER	3	
EASIVENT MASK LARGE	3	
EASIVENT MASK MEDIUM	3	
EASIVENT MASK SMALL	3	
EASY COMFORT ALCOHOL PAD TOPICAL PADS	3	
EASY COMFORT INSULIN SYRINGE 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16" ^{MM}	3	
EASY COMFORT INSULIN SYRINGE 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2" ^{MM}	3	
EASY COMFORT INSULIN SYRINGE 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16" ^{MM}	3	
EASY COMFORT INSULIN SYRINGE 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16" ^{MM}	3	
EASY COMFORT INSULIN SYRINGE 1 ML 30 GAUGE X 1/2" ^{MM}	3	
EASY COMFORT INSULIN SYRINGE 1 ML 30 GAUGE X 5/16" ^{MM}	3	
EASY COMFORT INSULIN SYRINGE 1 ML 31 GAUGE X 5/16" ^{MM}	3	
EASY COMFORT INSULIN SYRINGE 1 ML 32 GAUGE X 5/16" ^{MM}	3	
EASY COMFORT INSULIN SYRINGE 1/2 ML 32 GAUGE X 5/16" ^{MM}	3	
EASY COMFORT LANCETS 30 GAUGE ^{MM}	3	
EASY COMFORT PEN NEEDLES 31 GAUGE X 1/4" ^{MM}	3	
EASY COMFORT PEN NEEDLES 31 GAUGE X 3/16" ^{MM}	3	
EASY COMFORT PEN NEEDLES 31 GAUGE X 5/16" ^{MM}	3	
EASY COMFORT PEN NEEDLES 32 GAUGE X 5/32" ^{MM}	3	
EASY COMFORT PEN NEEDLES 33 GAUGE X 1/4" ^{MM}	3	
EASY COMFORT PEN NEEDLES 33 GAUGE X 3/16" ^{MM}	3	
EASY COMFORT PEN NEEDLES 33 GAUGE X 5/32" ^{MM}	3	
EASY GLIDE INSULIN SYRINGE 0.3 ML 31 GAUGE X 15/64" ^{MM}	3	
EASY GLIDE INSULIN SYRINGE 1 ML 31 GAUGE X 15/64" ^{MM}	3	
EASY GLIDE INSULIN SYRINGE 1/2 ML 31 GAUGE X 15/64" ^{MM}	3	
EASY GLIDE PEN NEEDLE 33 GAUGE X 5/32" ^{MM}	3	
EASY MINI EJECT LANCING DEVICE	3	
EASY PLUS II HIGH CONTROL SOLUTION ^{MM}	3	
EASY PLUS II LOW CONTROL SOLUTION ^{MM}	3	
EASY STEP HIGH CONTROL SOLUTION ^{MM}	3	
EASY STEP LOW CONTROL SOLUTION ^{MM}	3	
EASY STEP NORMAL CONTROL SOLN SOLUTION ^{MM}	3	
EASY TALK HIGH CONTROL SOLUTION ^{MM}	3	
EASY TALK LOW CONTROL SOLUTION ^{MM}	3	
EASY TOUCH 29 GAUGE X 1/2" NEEDLE ^{MM}	3	
EASY TOUCH 31 GAUGE X 1/4" NEEDLE ^{MM}	3	
EASY TOUCH 31 GAUGE X 3/16" NEEDLE ^{MM}	3	
EASY TOUCH 31 GAUGE X 5/16" NEEDLE ^{MM}	3	
EASY TOUCH 32 GAUGE X 1/4" NEEDLE ^{MM}	3	
EASY TOUCH 32 GAUGE X 3/16" NEEDLE ^{MM}	3	
EASY TOUCH 32 GAUGE X 5/32" NEEDLE ^{MM}	3	
EASY TOUCH ALCOHOL PREP PADS	3	
EASY TOUCH FLIPLOCK INSULIN 1 ML 29 GAUGE X 1/2" SYRINGE ^{MM}	3	
EASY TOUCH FLIPLOCK INSULIN 1 ML 31 GAUGE X 5/16" SYRINGE ^{MM}	3	
EASY TOUCH FLIPLOCK INSULIN SYRINGE 1 ML 30 GAUGE X 1/2" ^{MM}	3	

ST - Terapia por fases • QL - Límite de cantidad • PA - Autorización previa

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DEL USO
EASY TOUCH FLIPLOCK INSULIN SYRINGE 1 ML 30 GAUGE X 5/16"MM	3	
EASY TOUCH HIGH-LOW CONTROL SOLUTION ^{MM}	3	
EASY TOUCH INSULIN SAFETY SYRINGE 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"MM	3	
EASY TOUCH INSULIN SAFETY SYRINGE 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"MM	3	
EASY TOUCH INSULIN SAFETY SYRINGE 1 ML 29 GAUGE X 1/2"MM	3	
EASY TOUCH INSULIN SAFETY SYRINGE 1 ML 30 GAUGE X 1/2"MM	3	
EASY TOUCH INSULIN SYRINGE 0.3 ML 30 GAUGE X 1/2"MM	3	
EASY TOUCH INSULIN SYRINGE 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16"MM	3	
EASY TOUCH INSULIN SYRINGE 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"MM	3	
EASY TOUCH INSULIN SYRINGE 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"MM	3	
EASY TOUCH INSULIN SYRINGE 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2"MM	3	
EASY TOUCH INSULIN SYRINGE 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"MM	3	
EASY TOUCH INSULIN SYRINGE 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"MM	3	
EASY TOUCH INSULIN SYRINGE 1 ML 27 GAUGE X 1/2"MM	3	
EASY TOUCH INSULIN SYRINGE 1 ML 28 GAUGE X 1/2"MM	3	
EASY TOUCH INSULIN SYRINGE 1 ML 29 GAUGE X 1/2"MM	3	
EASY TOUCH INSULIN SYRINGE 1 ML 30 GAUGE X 1/2"MM	3	
EASY TOUCH INSULIN SYRINGE 1 ML 30 GAUGE X 5/16"MM	3	
EASY TOUCH INSULIN SYRINGE 1 ML 31 GAUGE X 5/16"MM	3	
EASY TOUCH INSULIN SYRINGE 1/2 ML 27 GAUGE X 1/2"MM	3	
EASY TOUCH INSULIN SYRINGE 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2"MM	3	
EASY TOUCH LANCETS 26 GAUGE ^{MM}	3	
EASY TOUCH LANCETS 28 GAUGE ^{MM}	3	
EASY TOUCH LANCETS 30 GAUGE ^{MM}	3	
EASY TOUCH LANCETS 32 GAUGE ^{MM}	3	
EASY TOUCH LANCING DEVICE	3	
EASY TOUCH LUER LOCK INSULIN 1 ML SYRINGE ^{MM}	3	
EASY TOUCH PEN NEEDLE 30 GAUGE X 5/16"MM	3	
EASY TOUCH SAFETY LANCETS 21 GAUGE ^{MM}	3	
EASY TOUCH SAFETY LANCETS 23 GAUGE ^{MM}	3	
EASY TOUCH SAFETY LANCETS 26 GAUGE ^{MM}	3	
EASY TOUCH SAFETY LANCETS 28 GAUGE ^{MM}	3	
EASY TOUCH SAFETY LANCETS 30 GAUGE ^{MM}	3	
EASY TOUCH SAFETY LANCETS 32 GAUGE ^{MM}	3	
EASY TOUCH SAFETY PEN NEEDLE 29 GAUGE X 3/16"MM	3	
EASY TOUCH SAFETY PEN NEEDLE 30 GAUGE X 3/16"MM	3	
EASY TOUCH SHEATHLOCK INSULIN 1 ML 29 GAUGE X 1/2" SYRINGE ^{MM}	3	
EASY TOUCH SHEATHLOCK INSULIN 1 ML 30 GAUGE X 5/16" SYRINGE ^{MM}	3	
EASY TOUCH SHEATHLOCK INSULIN 1 ML 31 GAUGE X 5/16" SYRINGE ^{MM}	3	
EASY TOUCH SHEATHLOCK INSULIN SYRINGE 1 ML 30 GAUGE X 1/2"MM	3	
EASY TOUCH TWIST LANCETS 26 GAUGE ^{MM}	3	
EASY TOUCH TWIST LANCETS 28 GAUGE ^{MM}	3	
EASY TOUCH TWIST LANCETS 30 GAUGE ^{MM}	3	
EASY TOUCH TWIST LANCETS 32 GAUGE ^{MM}	3	
EASY TOUCH TWIST LANCETS 33 GAUGE ^{MM}	3	
EASY TOUCH UNI-SLIP 1 ML SYRINGE ^{MM}	4	
EASY TRAK HIGH CONTROL SOLUTION ^{MM}	3	
EASY TRAK II CONTROL SOLUTION-NORMAL ^{MM}	3	
EASY TRAK LOW CONTROL SOLUTION ^{MM}	3	
EASY TWIST AND CAP LANCETS 28 GAUGE ^{MM}	3	
EASYGLUCO PLUS NORMAL CONTROL SOLUTION ^{MM}	3	
EASYMAX LOW CONTROL SOLUTION ^{MM}	3	
EASYMAX NORMAL CONTROL SOLUTION ^{MM}	3	
ec-naproxen 375 mg tablet,delayed release ^{MM}	2	

ST - Terapia por fases • QL - Límite de cantidad • PA - Autorización previa

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DEL USO
ec-naproxen 500 mg tablet,delayed release ^{MM}	2	
ECLIPSE NEEDLE 23 GAUGE X 1"	3	
ECLIPSE NEEDLE 25 X 5/8"	3	
ECLIPSE NEEDLE 27 GAUGE X 1/2"	3	
ECLIPSE SYRINGE 3 ML 21 GAUGE X 1"	3	
ECLIPSE SYRINGE 3 ML 25 GAUGE X 1"	3	
econazole nitrate 1% cream	3	
ed-spaz 0.125 mg disintegrating tablet ^{MM}	2	
EDARBI 40 MG TABLET ^{MM}	4	ST,QL(30 cada 30 días)
EDARBI 80 MG TABLET ^{MM}	4	ST,QL(30 cada 30 días)
EDURANT 25 MG TABLET ^{MM,SP}	5	QL(30 cada 30 días)
eemt 1.25 mg-2.5 mg tablet ^{MM}	3	
eemt hs 0.625 mg-1.25 mg tablet ^{MM}	3	
efavir-emtri-tenof 600-200-300 ^{MM,SP,DL}	5	QL(30 cada 30 días)
efavir-lamiv-tenof 400-300-300 ^{MM,SP,DL}	5	QL(30 cada 30 días)
efavir-lamiv-tenof 600-300-300 ^{MM,SP,DL}	5	QL(30 cada 30 días)
efavirenz 200 mg capsule ^{MM}	4	QL(120 cada 30 días)
efavirenz 50 mg capsule ^{MM}	4	QL(480 cada 30 días)
efavirenz 600 mg tablet ^{MM}	4	QL(30 cada 30 días)
EFFER-K 10 MEQ EFFERVESCENT TABLET ^{MM}	3	
EFFER-K 20 MEQ EFFERVESCENT TABLET ^{MM}	3	
effe-k 25 meq effervescent tablet ^{MM}	3	
EGRIFTA 1 MG VIAL ^{MM,SP,DL}	5	PA,QL(60 cada 30 días)
EGRIFTA SV 2 MG SUBCUTANEOUS SOLUTION ^{MM,SP,DL}	5	PA,QL(30 cada 30 días)
ELEMENT COMPACT HIGH CONTROL SOLUTION ^{MM}	3	
ELEMENT COMPACT NORMAL CONTROL SOLUTION ^{MM}	3	
ELEMENT HIGH CONTROL SOLUTION ^{MM}	3	
ELEMENT LOW CONTROL SOLUTION ^{MM}	3	
ELEMENT NORMAL CONTROL SOLUTION ^{MM}	3	
eletriptan hbr 20 mg tablet	3	ST,QL(9 cada 30 días)
eletriptan hbr 40 mg tablet	3	ST,QL(9 cada 30 días)
elimest 0.3 mg-30 mcg tablet ^{MM,ACA}	1	
ELIQUIS 2.5 MG TABLET ^{MM}	3	QL(60 cada 30 días)
ELIQUIS 5 MG TABLET ^{MM}	3	QL(74 cada 30 días)
ELIQUIS DVT-PE TREATMENT 30-DAY STARTER 5 MG (74 TABLETS) IN DOSE PACK	3	QL(74 cada 30 días)
ELIXOPHYLLIN 80 MG/15 ML ORAL ELIXIR ^{MM}	4	
ELLA 30 MG TABLET ^{ACA}	3	QL(1 cada 30 días)
ELMIRON 100 MG CAPSULE ^{SP,DL}	5	QL(90 cada 30 días)
eluryng 0.12 mg-0.015 mg/24 hr vaginal ring ^{MM,ACA}	3	QL(1 cada 28 días)
EMBEDA ER 100-4 MG CAPSULE ^{DL}	4	ST,QL(60 cada 30 días)
EMBEDA ER 20-0.8 MG CAPSULE ^{DL}	4	ST,QL(60 cada 30 días)
EMBEDA ER 30-1.2 MG CAPSULE ^{DL}	4	ST,QL(60 cada 30 días)
EMBEDA ER 50-2 MG CAPSULE ^{DL}	4	ST,QL(60 cada 30 días)
EMBEDA ER 60-2.4 MG CAPSULE ^{DL}	4	ST,QL(60 cada 30 días)
EMBEDA ER 80-3.2 MG CAPSULE ^{DL}	4	ST,QL(60 cada 30 días)
EMBRACE EVO LEVEL 1 SOLUTION ^{MM}	3	
EMBRACE GLUCOSE CONTROL HIGH SOLUTION ^{MM}	3	
EMBRACE GLUCOSE CONTROL LOW SOLUTION ^{MM}	3	
EMBRACE LANCETS 30 GAUGE ^{MM}	3	
EMBRACE LANCING DEVICE WITH EJECTOR	3	
EMBRACE PRO SOLUTION ^{MM}	3	
EMBRACE TALK CONTROL-HIGH (L2) SOLUTION ^{MM}	3	
EMBRACE TALK CONTROL-LOW (L1) SOLUTION ^{MM}	3	
EMCYT 140 MG CAPSULE	4	QL(540 cada 30 días)
EMEND 125 MG (25 MG/ML FINAL CONC.) ORAL SUSPENSION	4	PA,QL(3 cada 28 días)

ST - Terapia por fases • QL - Límite de cantidad • PA - Autorización previa

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DEL USO
EMGALITY 120 MG/ML SUBCUTANEOUS SYRINGE ^{MM}	4	PA,QL(2 cada 30 días)
EMGALITY PEN 120 MG/ML SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR ^{MM}	4	PA,QL(2 cada 30 días)
emoquette 0.15 mg-0.03 mg tablet ^{MM,ACA}	1	
EMSAM 12 MG/24 HR TRANSDERMAL 24 HOUR PATCH ^{MM,SP,DL}	5	PA,QL(30 cada 30 días)
EMSAM 6 MG/24 HR TRANSDERMAL 24 HOUR PATCH ^{MM,SP,DL}	5	PA,QL(30 cada 30 días)
EMSAM 9 MG/24 HR TRANSDERMAL 24 HOUR PATCH ^{MM,SP,DL}	5	PA,QL(30 cada 30 días)
emtricitabine 200 mg capsule ^{MM}	4	QL(30 cada 30 días)
emtricitabine-tenofv 100-150mg ^{MM,DL}	5	QL(30 cada 30 días)
emtricitabine-tenofv 133-200mg ^{MM,DL}	5	QL(30 cada 30 días)
emtricitabine-tenofv 167-250mg ^{MM,DL}	5	QL(30 cada 30 días)
emtricitabine-tenofv 200-300mg ^{MM,ACA,DL}	3	QL(30 cada 30 días)
EMTRIVA 10 MG/ML ORAL SOLUTION ^{MM}	4	QL(680 cada 28 días)
EMTRIVA 200 MG CAPSULE ^{MM}	4	QL(30 cada 30 días)
emverm 100 mg chewable tablet ^{SP,DL}	5	
enalapril maleate 10 mg tab ^{MM}	2	
enalapril maleate 2.5 mg tab ^{MM}	2	
enalapril maleate 20 mg tab ^{MM}	2	
enalapril maleate 5 mg tablet ^{MM}	2	
enalapril-hctz 10-25 mg tablet ^{MM}	1	
enalapril-hctz 5-12.5 mg tab ^{MM}	1	
ENBREL 25 MG (1 ML) SUBCUTANEOUS POWDER FOR SOLUTION ^{MM,SP,DL}	5	PA,QL(8 cada 28 días)
ENBREL 25 MG/0.5 ML (0.5 ML) SUBCUTANEOUS SYRINGE ^{MM,SP,DL}	5	PA,QL(8.16 cada 28 días)
ENBREL 25 MG/0.5 ML SUBCUTANEOUS SOLUTION ^{MM}	5	PA,QL(8 cada 28 días)
ENBREL 50 MG/ML (1 ML) SUBCUTANEOUS SYRINGE ^{MM,SP,DL}	5	PA,QL(78 cada 365 días)
ENBREL MINI 50 MG/ML (1 ML) SUBCUTANEOUS CARTRIDGE ^{MM,SP,DL}	5	PA,QL(8 cada 28 días)
ENBREL SURECLICK 50 MG/ML (1 ML) SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR ^{MM,SP,DL}	5	PA,QL(78 cada 365 días)
endocet 10 mg-325 mg tablet ^{DL}	2	QL(360 cada 30 días)
endocet 2.5 mg-325 mg tablet ^{DL}	2	QL(360 cada 30 días)
endocet 5 mg-325 mg tablet ^{DL}	2	QL(360 cada 30 días)
endocet 7.5 mg-325 mg tablet ^{DL}	2	QL(360 cada 30 días)
ENGERIX-B (PF) 20 MCG/ML INTRAMUSCULAR SUSPENSION ^{ACA}	4	
ENGERIX-B (PF) 20 MCG/ML INTRAMUSCULAR SYRINGE ^{ACA}	4	
enoxaparin 100 mg/ml syringe	3	QL(28 cada 28 días)
enoxaparin 120 mg/0.8 ml syr	3	QL(22.4 cada 28 días)
enoxaparin 150 mg/ml syringe	3	QL(28 cada 28 días)
enoxaparin 30 mg/0.3 ml syr	3	QL(16.8 cada 28 días)
enoxaparin 300 mg/3 ml vial	3	QL(84 cada 28 días)
enoxaparin 40 mg/0.4 ml syr	3	QL(11.2 cada 28 días)
enoxaparin 60 mg/0.6 ml syr	3	QL(16.8 cada 28 días)
enoxaparin 80 mg/0.8 ml syr	3	QL(22.4 cada 28 días)
enpresse 50-30 (6)/75-40(5)/125-30(10) tablet ^{MM,ACA}	1	
enskyce 0.15 mg-0.03 mg tablet ^{MM,ACA}	1	
entacapone 200 mg tablet ^{MM}	3	QL(300 cada 30 días)
entecavir 0.5 mg tablet ^{MM}	4	QL(30 cada 30 días)
entecavir 1 mg tablet ^{MM}	4	QL(30 cada 30 días)
ENTRESTO 24 MG-26 MG TABLET ^{MM}	3	QL(60 cada 30 días)
ENTRESTO 49 MG-51 MG TABLET ^{MM}	3	QL(60 cada 30 días)
ENTRESTO 97 MG-103 MG TABLET ^{MM}	3	QL(60 cada 30 días)
enulose 10 gram/15 ml oral solution ^{MM}	2	
EPCLUSA 200 MG-50 MG TABLET ^{SP,DL}	5	PA,QL(28 cada 28 días)
EPCLUSA 400 MG-100 MG TABLET ^{SP,DL}	5	PA,QL(28 cada 28 días)
EPIDIOLEX 100 MG/ML ORAL SOLUTION ^{MM,SP,LD,DL}	5	PA
epinastine hcl 0.05% eye drops	3	QL(5 cada 25 días)
epinephrine 0.15 mg auto-inject	3	QL(4 cada 30 días)
epinephrine 0.15 mg auto-inject	3	QL(4 cada 30 días)

ST - Terapia por fases • QL - Límite de cantidad • PA - Autorización previa

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DEL USO
epinephrine 0.3 mg auto-inject	3	QL(4 cada 30 días)
epitol 200 mg tablet ^{MM}	2	
eplerenone 25 mg tablet ^{MM}	3	
eplerenone 50 mg tablet ^{MM}	3	
eprosartan mesylate 600 mg tab ^{MM}	3	ST,QL(60 cada 30 días)
EQL INSULIN 0.3 ML SYRINGE ^{MM}	3	
EQL INSULIN 0.5 ML SYRINGE ^{MM}	3	
EQL INSULIN 1 ML SYRINGE ^{MM}	3	
ergoloid mesylates 1 mg tab ^{MM}	4	
ergotamine-caffeine 1-100mg tb	4	
ERIVEDGE 150 MG CAPSULE ^{MM,SP,DL}	5	PA,QL(28 cada 28 días)
ERLEADA 60 MG TABLET ^{MM,SP,DL}	5	PA,QL(120 cada 30 días)
erlotinib hcl 100 mg tablet ^{MM,SP,DL}	5	PA,QL(30 cada 30 días)
erlotinib hcl 150 mg tablet ^{MM,SP,DL}	5	PA,QL(30 cada 30 días)
erlotinib hcl 25 mg tablet ^{MM,SP,DL}	5	PA,QL(90 cada 30 días)
errin 0.35 mg tablet ^{MM,ACA}	1	
ERTACZO 2 % TOPICAL CREAM	4	ST
ertapenem 1 gram vial	4	
ery pads 2 % topical swab	3	
erythromycin 0.5% eye ointment	2	
erythromycin 2% pledgets	3	
erythromycin 2% solution	2	
ESBRIET 267 MG CAPSULE ^{MM,SP,DL}	5	PA,QL(270 cada 30 días)
ESBRIET 267 MG TABLET ^{MM,SP,DL}	5	PA,QL(270 cada 30 días)
ESBRIET 801 MG TABLET ^{MM,SP,DL}	5	PA,QL(90 cada 30 días)
escitalopram 10 mg tablet ^{MM}	1	QL(45 cada 30 días)
escitalopram 20 mg tablet ^{MM}	1	QL(30 cada 30 días)
escitalopram 5 mg tablet ^{MM}	1	QL(30 cada 30 días)
escitalopram oxalate 5 mg/5 ml ^{MM}	3	QL(600 cada 30 días)
esomeprazole dr 10 mg packet ^{MM}	4	QL(30 cada 30 días)
esomeprazole dr 20 mg packet ^{MM}	4	QL(30 cada 30 días)
esomeprazole dr 40 mg packet ^{MM}	4	QL(30 cada 30 días)
esomeprazole mag dr 20 mg cap ^{MM}	2	QL(60 cada 30 días)
esomeprazole mag dr 40 mg cap ^{MM}	2	QL(60 cada 30 días)
estarylla 0.25 mg-35 mcg tablet ^{MM,ACA}	1	
estazolam 1 mg tablet ^{DL}	2	QL(30 cada 30 días)
estazolam 2 mg tablet ^{DL}	2	QL(30 cada 30 días)
estradiol 0.01% cream ^{MM}	3	
estradiol 0.025 mg patch(1/wk) ^{MM}	2	QL(4 cada 28 días)
estradiol 0.025 mg patch(2/wk) ^{MM}	3	QL(8 cada 28 días)
estradiol 0.0375mg patch(1/wk) ^{MM}	2	QL(4 cada 28 días)
estradiol 0.0375mg patch(2/wk) ^{MM}	3	QL(8 cada 28 días)
estradiol 0.05 mg patch (1/wk) ^{MM}	2	QL(4 cada 28 días)
estradiol 0.05 mg patch (2/wk) ^{MM}	3	QL(8 cada 28 días)
estradiol 0.06 mg patch (1/wk) ^{MM}	2	QL(4 cada 28 días)
estradiol 0.075 mg patch(1/wk) ^{MM}	2	QL(4 cada 28 días)
estradiol 0.075 mg patch(2/wk) ^{MM}	3	QL(8 cada 28 días)
estradiol 0.1 mg patch (1/wk) ^{MM}	2	QL(4 cada 28 días)
estradiol 0.1 mg patch (2/wk) ^{MM}	3	QL(8 cada 28 días)
estradiol 0.5 mg tablet ^{MM}	1	
estradiol 1 mg tablet ^{MM}	1	
estradiol 2 mg tablet ^{MM}	1	
estradiol-noreth 0.5-0.1 mg tb ^{MM}	3	
estradiol-noreth 1-0.5 mg tab ^{MM}	3	
ESTRING 2 MG (7.5 MCG/24 HOUR) VAGINAL RING ^{MM}	3	QL(1 cada 90 días)

ST - Terapia por fases • QL - Límite de cantidad • PA - Autorización previa

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DEL USO
estrogen-methyltestos f.s. tab ^{MM}	3	
estrogen-methyltestos h.s. tab ^{MM}	3	
eszopiclone 1 mg tablet	1	QL(30 cada 30 días)
eszopiclone 2 mg tablet	1	QL(30 cada 30 días)
eszopiclone 3 mg tablet	1	QL(30 cada 30 días)
ethacrynate sodium 50 mg vial	4	
ethambutol hcl 100 mg tablet	3	
ethambutol hcl 400 mg tablet	3	
ethosuximide 250 mg capsule ^{MM}	3	
ethosuximide 250 mg/5 ml soln ^{MM}	3	
ethynodiol-eth estra 1mg-35mcg ^{MM,ACA}	1	
ethynodiol-eth estra 1mg-50mcg ^{MM,ACA}	1	
etidronate disodium 200 mg tab ^{MM}	3	
etodolac 200 mg capsule ^{MM}	3	
etodolac 300 mg capsule ^{MM}	3	
etodolac 400 mg tablet ^{MM}	2	
etodolac 500 mg tablet ^{MM}	2	
etonogestrel-ee vaginal ring ^{MM,ACA}	3	QL(1 cada 28 días)
etoposide 50 mg capsule ^{SP,DL}	5	QL(100 cada 30 días)
EURAX 10 % LOTION ^{SP,DL}	5	PA
EURAX 10 % TOPICAL CREAM ^{SP,DL}	5	PA
EUTHYROX 100 MCG TABLET ^{MM}	1	
EUTHYROX 112 MCG TABLET ^{MM}	1	
EUTHYROX 125 MCG TABLET ^{MM}	1	
EUTHYROX 137 MCG TABLET ^{MM}	1	
EUTHYROX 150 MCG TABLET ^{MM}	1	
EUTHYROX 175 MCG TABLET ^{MM}	1	
EUTHYROX 200 MCG TABLET ^{MM}	1	
EUTHYROX 25 MCG TABLET ^{MM}	1	
EUTHYROX 50 MCG TABLET ^{MM}	1	
EUTHYROX 75 MCG TABLET ^{MM}	1	
EUTHYROX 88 MCG TABLET ^{MM}	1	
EVENCARE G3 CONTROL SOLUTION ^{MM}	3	
EVENCARE PROVIEW CONTROL-L2,L3 SOLUTION ^{MM}	3	
everolimus 0.25 mg tablet ^{MM,SP,DL}	5	PA,QL(60 cada 30 días)
everolimus 0.5 mg tablet ^{MM,SP,DL}	5	PA,QL(120 cada 30 días)
everolimus 0.75 mg tablet ^{MM,SP,DL}	5	PA,QL(60 cada 30 días)
everolimus 2.5 mg tablet ^{MM,SP,DL}	5	PA,QL(30 cada 30 días)
everolimus 5 mg tablet ^{MM,SP,DL}	5	PA,QL(30 cada 30 días)
everolimus 7.5 mg tablet ^{MM,SP,DL}	5	PA,QL(30 cada 30 días)
EVOLUTION NORMAL CONTROL SOLUTION ^{MM}	3	
EVOTAZ 300 MG-150 MG TABLET ^{MM,SP}	5	QL(30 cada 30 días)
EVRYSDI 0.75 MG/ML ORAL SOLUTION ^{MM,SP,DL}	5	PA,QL(240 cada 30 días)
EXEL INSULIN 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2" SYRINGE ^{MM}	3	
EXEL INSULIN 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16" SYRINGE ^{MM}	3	
EXEL INSULIN 1 ML 30 GAUGE X 5/16" SYRINGE ^{MM}	3	
EXEL INSULIN 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2" SYRINGE ^{MM}	3	
EXELDERM 1 % TOPICAL SOLUTION	4	ST
exemestane 25 mg tablet ^{MM}	4	QL(60 cada 30 días)
EZ SMART CONTROL SOLUTION ^{MM}	3	
EZ SMART LANCETS 28 GAUGE ^{MM}	3	
EZ-LETS 26 GAUGE ^{MM}	3	
ezetimibe 10 mg tablet ^{MM}	1	QL(30 cada 30 días)
ezetimibe-simvastatin 10-10 mg ^{MM}	2	QL(30 cada 30 días)

ST - Terapia por fases • QL - Límite de cantidad • PA - Autorización previa

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DEL USO
ezetimibe-simvastatin 10-20 mg ^{MM}	2	QL(30 cada 30 días)
ezetimibe-simvastatin 10-40 mg ^{MM}	2	QL(30 cada 30 días)
ezetimibe-simvastatin 10-80 mg ^{MM}	2	QL(30 cada 30 días)
FACTIVE 320 MG TABLET	4	
falmina (28) 0.1 mg-20 mcg tablet ^{MM,ACA}	1	
famciclovir 125 mg tablet ^{MM}	2	QL(90 cada 30 días)
famciclovir 250 mg tablet ^{MM}	2	QL(90 cada 30 días)
famciclovir 500 mg tablet ^{MM}	2	QL(90 cada 30 días)
famotidine 20 mg tablet ^{MM}	2	
famotidine 40 mg tablet ^{MM}	2	
famotidine 40 mg/5 ml susp ^{MM}	3	
FANAPT 1 MG TABLET ^{MM,SP,DL}	5	PA,QL(60 cada 30 días)
FANAPT 10 MG TABLET ^{MM,SP,DL}	5	PA,QL(60 cada 30 días)
FANAPT 12 MG TABLET ^{MM,SP,DL}	5	PA,QL(60 cada 30 días)
FANAPT 1MG(2)-2 MG(2)-4MG(2)-6 MG(2) TABLETS IN A DOSE PACK ^{SP,DL}	5	PA,QL(60 cada 30 días)
FANAPT 2 MG TABLET ^{MM,SP,DL}	5	PA,QL(60 cada 30 días)
FANAPT 4 MG TABLET ^{MM,SP,DL}	5	PA,QL(60 cada 30 días)
FANAPT 6 MG TABLET ^{MM,SP,DL}	5	PA,QL(60 cada 30 días)
FANAPT 8 MG TABLET ^{MM,SP,DL}	5	PA,QL(60 cada 30 días)
FARYDAK 10 MG CAPSULE ^{SP,DL}	5	PA,QL(6 cada 21 días)
FARYDAK 15 MG CAPSULE ^{SP,DL}	5	PA,QL(6 cada 21 días)
FARYDAK 20 MG CAPSULE ^{SP,DL}	5	PA,QL(6 cada 21 días)
FASENRA PEN 30 MG/ML SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR ^{MM,SP,DL}	5	PA,QL(2 cada 56 días)
fayosim 0.15 mg-20 mcg/0.15 mg-25 mcg tablets,3 month dose pack ^{MM}	4	QL(91 cada 90 días)
fe c plus 100 mg-250 mg-25 mcg-1 mg tablet	2	
febuxostat 40 mg tablet ^{MM}	4	ST,QL(30 cada 30 días)
febuxostat 80 mg tablet ^{MM}	4	ST,QL(30 cada 30 días)
felbamate 400 mg tablet ^{MM}	4	
felbamate 600 mg tablet ^{MM}	4	
felbamate 600 mg/5 ml susp ^{MM}	4	
felodipine er 10 mg tablet ^{MM}	2	QL(30 cada 30 días)
felodipine er 2.5 mg tablet ^{MM}	2	QL(30 cada 30 días)
felodipine er 5 mg tablet ^{MM}	2	QL(30 cada 30 días)
FEMCAP 22 MM VAGINAL DEVICE ^{ACA}	4	
FEMCAP 26 MM VAGINAL DEVICE ^{ACA}	4	
FEMCAP 30 MM VAGINAL DEVICE ^{ACA}	4	
FEMRING 0.05 MG/24 HR VAGINAL ^{MM}	3	QL(1 cada 90 días)
FEMRING 0.1 MG/24 HR VAGINAL ^{MM}	3	QL(1 cada 90 días)
femynor 0.25 mg-35 mcg tablet ^{MM,ACA}	1	
fenofibrate 134 mg capsule ^{MM}	2	QL(30 cada 30 días)
fenofibrate 145 mg tablet ^{MM}	2	QL(30 cada 30 días)
fenofibrate 160 mg tablet ^{MM}	2	QL(30 cada 30 días)
fenofibrate 200 mg capsule ^{MM}	2	QL(30 cada 30 días)
fenofibrate 48 mg tablet ^{MM}	2	QL(60 cada 30 días)
fenofibrate 54 mg tablet ^{MM}	2	QL(60 cada 30 días)
fenofibrate 67 mg capsule ^{MM}	2	QL(60 cada 30 días)
fentanyl 100 mcg/hr patch ^{DL}	3	QL(20 cada 30 días)
fentanyl 12 mcg/hr patch ^{DL}	3	QL(20 cada 30 días)
fentanyl 25 mcg/hr patch ^{DL}	3	QL(20 cada 30 días)
fentanyl 37.5 mcg/hr patch ^{DL}	3	QL(20 cada 30 días)
fentanyl 50 mcg/hr patch ^{DL}	3	QL(20 cada 30 días)
fentanyl 62.5 mcg/hr patch ^{DL}	3	QL(20 cada 30 días)
fentanyl 75 mcg/hr patch ^{DL}	3	QL(20 cada 30 días)
fentanyl 87.5 mcg/hr patch ^{DL}	3	QL(20 cada 30 días)

ST - Terapia por fases • QL - Límite de cantidad • PA - Autorización previa

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DEL USO
fentanyl cit oftc 1,200 mcg ^{DL}	4	PA,QL(120 cada 30 días)
fentanyl cit oftc 1,600 mcg ^{DL}	4	PA,QL(120 cada 30 días)
fentanyl citrate oftc 200 mcg ^{DL}	4	PA,QL(120 cada 30 días)
fentanyl citrate oftc 400 mcg ^{DL}	4	PA,QL(120 cada 30 días)
fentanyl citrate oftc 600 mcg ^{DL}	4	PA,QL(120 cada 30 días)
fentanyl citrate oftc 800 mcg ^{DL}	4	PA,QL(120 cada 30 días)
FERIVA 75 MG IRON-1 MG-175 MG CAPSULE,EXTENDED RELEASE	3	
ferocon 110 mg-0.5 mg capsule	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	3	
ferrex 28 151 mg-200 mg-1 mg-0.8 mg tablet	3	
FERRIPROX (2 TIMES A DAY) 1,000 MG TABLET ^{MM,SP,DL}	5	PA,QL(300 cada 30 días)
FERRIPROX 1,000 MG TABLET ^{MM,SP,DL}	5	PA,QL(300 cada 30 días)
FERRIPROX 500 MG TABLET ^{MM,SP,DL}	5	PA,QL(720 cada 30 días)
ferrocite plus 106 mg iron-1 mg tablet	1	
FETZIMA 120 MG CAPSULE,EXTENDED RELEASE ^{MM}	4	PA,QL(30 cada 30 días)
FETZIMA 20 MG (2)-40 MG (26) CAPSULE,EXTENDED RELEASE,24 HR,DOSE PACK	4	PA,QL(28 cada 28 días)
FETZIMA 20 MG CAPSULE,EXTENDED RELEASE ^{MM}	4	PA,QL(30 cada 30 días)
FETZIMA 40 MG CAPSULE,EXTENDED RELEASE ^{MM}	4	PA,QL(30 cada 30 días)
FETZIMA 80 MG CAPSULE,EXTENDED RELEASE ^{MM}	4	PA,QL(30 cada 30 días)
FIASP FLEXTOUCH U-100 INSULIN 100 UNIT/ML (3 ML) SUBCUTANEOUS PEN ^{MM}	3	
FIASP PENFILL U-100 INSULIN 100 UNIT/ML (3 ML) SUBCUTANEOUS CARTRIDGE ^{MM}	3	
FIASP U-100 INSULIN 100 UNIT/ML SUBCUTANEOUS SOLUTION ^{MM}	3	
FIFTY50 GLUCOSE CONTROL SOLN ^{MM}	3	
FIFTY50 PEN 31G X 3/16" NEEDLE ^{MM}	3	
FIFTY50 PEN NEEDLE 32G X 1/4" ^{MM}	3	
FIFTY50 SAFETY SEAL LANCETS 30 GAUGE ^{MM}	3	
FIFTY50 SAFETY SEAL LANCETS 32 GAUGE ^{MM}	3	
FILTER NEEDLE 5 MICRON	3	
FILTER NEEDLE 5 MICRON	3	
FINACEA 15 % TOPICAL FOAM	3	
finasteride 5 mg tablet ^{MM}	1	QL(30 cada 30 días)
FINE 30 UNIVERSAL LANCETS 30 GAUGE ^{MM}	3	
FINGERSTIX LANCETS ^{MM}	3	
FIRMAGON 120 MG SUBCUTANEOUS SOLUTION	4	PA,QL(6 cada 365 días)
FIRMAGON KIT WITH DILUENT SYRINGE 120 MG SUBCUTANEOUS SOLUTION	4	PA,QL(6 cada 365 días)
FIRMAGON KIT WITH DILUENT SYRINGE 80 MG SUBCUTANEOUS SOLUTION ^{MM}	4	PA,QL(4 cada 28 días)
FIRVANQ 25 MG/ML ORAL SOLUTION	4	
FIRVANQ 50 MG/ML ORAL SOLUTION	4	
flac otic (ear) oil 0.01 % drops	3	
flavoxate hcl 100 mg tablet ^{MM}	3	
flecainide acetate 100 mg tab ^{MM}	2	
flecainide acetate 150 mg tab ^{MM}	2	
flecainide acetate 50 mg tab ^{MM}	2	
FLEXICHAMBER SPACER	3	
FLEXICHAMBER-LARGE CHILD MASK	3	
FLEXICHAMBER-SMALL ADULT MASK	3	
FLEXICHAMBER-SMALL CHILD MASK	3	
FLOVENT DISKUS 100 MCG/ACTUATION POWDER FOR INHALATION ^{MM}	3	QL(60 cada 30 días)
FLOVENT DISKUS 250 MCG/ACTUATION POWDER FOR INHALATION ^{MM}	3	QL(60 cada 30 días)
FLOVENT DISKUS 50 MCG/ACTUATION POWDER FOR INHALATION ^{MM}	3	QL(60 cada 30 días)
FLOVENT HFA 110 MCG/ACTUATION AEROSOL INHALER ^{MM}	3	QL(24 cada 30 días)
FLOVENT HFA 220 MCG/ACTUATION AEROSOL INHALER ^{MM}	3	QL(24 cada 30 días)
FLOVENT HFA 44 MCG/ACTUATION AEROSOL INHALER ^{MM}	3	QL(10.6 cada 30 días)
FLUAD 2020-21 65YR UP(PF)45 MCG(15 MCGX3)/0.5 ML INTRAMUSCULAR SYRINGE ^{ACA}	4	

ST - Terapia por fases • QL - Límite de cantidad • PA - Autorización previa

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DEL USO
FLUAD QUAD 2020-2021(65YR UP)(PF) 60 MCG (15 MCG X 4)/0.5ML IM SYRINGE ^{ACA}	4	
FLUARIX QUAD 2020-2021 (PF) 60 MCG (15 MCG X 4)/0.5 ML IM SYRINGE ^{ACA}	4	
FLUBLOK QUAD 2020-2021 (PF) 180 MCG (45 MCG X 4)/0.5 ML IM SYRINGE ^{ACA}	4	
FLUCELVAX QUAD 2020-2021 (PF) 60 MCG (15 MCG X 4)/0.5 ML IM SYRINGE ^{ACA}	4	
FLUCELVAX QUAD 2020-2021 60 MCG (15 MCG X 4)/0.5 ML INTRAMUSCULAR SUSP ^{ACA}	4	
fluconazole 10 mg/ml susp	2	
fluconazole 100 mg tablet	2	
fluconazole 150 mg tablet	2	
fluconazole 200 mg tablet	2	
fluconazole 40 mg/ml susp	2	
fluconazole 50 mg tablet	2	
flucytosine 250 mg capsule	2	
flucytosine 500 mg capsule	2	
fludrocortisone 0.1 mg tablet ^{MM}	2	
FLULAVAL QUAD 2020-2021 (PF) 60 MCG (15 MCG X 4)/0.5 ML IM SYRINGE ^{ACA}	4	
FLUMIST QUAD 2020-2021 10EXP6.5-7.5 FF UNIT/0.2 ML NASAL SPRAY SYRINGE ^{ACA}	4	
flunisolide 0.025% spray ^{MM}	3	QL(50 cada 30 días)
fluocinolone 0.01% cream	3	
fluocinolone 0.025% cream	3	
fluocinolone 0.025% ointment	3	
fluocinolone oil 0.01% ear drp	3	
fluocinonide 0.05% cream	3	
fluocinonide 0.05% gel	3	
fluocinonide 0.05% ointment	3	
fluocinonide 0.05% solution	3	
fluocinonide-e 0.05 % topical cream	4	
fluocinonide-e 0.05% cream	4	
fluorometholone 0.1% drops	3	
fluorouracil 0.5% cream	4	
fluorouracil 2% topical soln	3	
fluorouracil 5% cream	3	
fluorouracil 5% topical soln	3	
fluoxetine 20 mg/5 ml solution ^{MM}	3	
fluoxetine hcl 10 mg capsule ^{MM}	1	QL(60 cada 30 días)
fluoxetine hcl 20 mg capsule ^{MM}	1	QL(120 cada 30 días)
fluoxetine hcl 40 mg capsule ^{MM}	1	QL(60 cada 30 días)
fluphenazine 1 mg tablet ^{MM}	4	
fluphenazine 10 mg tablet ^{MM}	4	
fluphenazine 2.5 mg tablet ^{MM}	4	
fluphenazine 2.5 mg/5 ml elix ^{MM}	3	
fluphenazine 5 mg tablet ^{MM}	4	
fluphenazine 5 mg/ml conc	3	
fluphenazine dec 125 mg/5 ml ^{MM}	4	
flurandrenolide 0.05% cream	4	ST
flurazepam 15 mg capsule ^{DL}	2	QL(60 cada 30 días)
flurazepam 30 mg capsule ^{DL}	2	QL(30 cada 30 días)
flurbiprofen 0.03% eye drop	1	
flurbiprofen 100 mg tablet	2	
flutamide 125 mg capsule ^{MM}	3	QL(180 cada 30 días)
fluticasone prop 0.005% oint	2	
fluticasone prop 0.05% cream	2	
fluticasone prop 50 mcg spray ^{MM}	2	QL(16 cada 30 días)
fluticasone-salmeterol 100-50 ^{MM}	3	QL(60 cada 30 días)
fluticasone-salmeterol 113-14 ^{MM}	3	QL(1 cada 30 días)
fluticasone-salmeterol 232-14 ^{MM}	3	QL(1 cada 30 días)
fluticasone-salmeterol 250-50 ^{MM}	3	QL(60 cada 30 días)

ST - Terapia por fases • QL - Límite de cantidad • PA - Autorización previa

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DEL USO
fluticasone-salmeterol 500-50 ^{MM}	3	QL(60 cada 30 días)
fluticasone-salmeterol 55-14 ^{MM}	3	QL(1 cada 30 días)
fluvoxamine maleate 100 mg tab ^{MM}	2	QL(90 cada 30 días)
fluvoxamine maleate 25 mg tab ^{MM}	2	QL(90 cada 30 días)
fluvoxamine maleate 50 mg tab ^{MM}	2	QL(90 cada 30 días)
FLUZONE HIGH-DOSE QUAD 2020-21 (PF) 240 MCG/0.7 ML IM SYRINGE ^{ACA}	4	
FLUZONE QUAD 2020-2021 (PF) 60 MCG (15 MCG X 4)/0.5 ML IM SUSPENSION ^{ACA}	4	
FLUZONE QUAD 2020-2021 (PF) 60 MCG (15 MCG X 4)/0.5 ML IM SYRINGE ^{ACA}	4	
FLUZONE QUAD 2020-2021 60 MCG (15 MCG X 4)/0.5 ML INTRAMUSCULAR SUSP. ^{ACA}	4	
FLUZONE QUAD SOUTH HEM 2020 VL	4	
FLUZONE QUAD SOUTH HEM2020 SYR	4	
FLUZONE QUAD SOUTHERN HEMIS 2021(PF) 60 MCG (15 MCG X 4)/0.5 ML IM SYR	4	
FLUZONE QUAD SOUTHERN HEMISPH 2021 60 MCG (15 MCG X 4)/0.5 ML IM SUSP	4	
folic acid 1 mg tablet ^{MM}	1	
folivane-f 125 mg-1 mg-40 mg-3 mg capsule	1	
folivane-plus 125 mg iron-1 mg capsule	1	
fomepizole 1.5 gm/1.5 ml vial	4	
fondaparinux 10 mg/0.8 ml syr ^{SP,DL}	5	QL(24 cada 30 días)
fondaparinux 2.5 mg/0.5 ml syr ^{SP,DL}	5	QL(15 cada 30 días)
fondaparinux 5 mg/0.4 ml syr ^{SP,DL}	5	QL(12 cada 30 días)
fondaparinux 7.5 mg/0.6 ml syr ^{SP,DL}	5	QL(18 cada 30 días)
FORA HIGH CONTROL SOLUTION ^{MM}	3	
FORA KETONE CONTROL SOLUTION-L1	3	
FORA LANCING DEVICE	3	
FORA LOW CONTROL SOLUTION ^{MM}	3	
FORA NORMAL CONTROL SOLUTION ^{MM}	3	
FORACARE GDH HIGH CONTROL SOLUTION ^{MM}	3	
FORACARE GDH LOW CONTROL SOLUTION ^{MM}	3	
FORACARE GDH NORMAL CONTROL SOLUTION ^{MM}	3	
FORACARE LANCETS 30 GAUGE ^{MM}	3	
FOSAMAX PLUS D 70 MG-2,800 UNIT TABLET ^{MM}	4	ST,QL(4 cada 28 días)
FOSAMAX PLUS D 70 MG-5,600 UNIT TABLET ^{MM}	4	ST,QL(4 cada 28 días)
fosamprenavir 700 mg tablet ^{MM,SP}	5	QL(120 cada 30 días)
fosfomycin 3 gm sachet	4	
fosinopril sodium 10 mg tab ^{MM}	1	
fosinopril sodium 20 mg tab ^{MM}	1	
fosinopril sodium 40 mg tab ^{MM}	1	
fosinopril-hctz 10-12.5 mg tab ^{MM}	2	
fosinopril-hctz 20-12.5 mg tab ^{MM}	2	
FOTIVDA 0.89 MG CAPSULE ^{MM,SP,DL}	5	PA,QL(21 cada 28 días)
FOTIVDA 1.34 MG CAPSULE ^{MM,SP,DL}	5	PA,QL(21 cada 28 días)
FRAGMIN 10,000 ANTI-XA UNIT/ML SUBCUTANEOUS SYRINGE ^{SP,DL}	5	QL(30 cada 30 días)
FRAGMIN 12,500 ANTI-XA UNIT/0.5 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE ^{SP,DL}	5	QL(15 cada 30 días)
FRAGMIN 15,000 ANTI-XA UNIT/0.6 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE ^{SP,DL}	5	QL(18 cada 30 días)
FRAGMIN 18,000 ANTI-XA UNIT/0.72 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE ^{SP,DL}	5	QL(21.6 cada 30 días)
FRAGMIN 2,500 ANTI-XA UNIT/0.2 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE ^{SP,DL}	5	QL(6 cada 30 días)
FRAGMIN 25,000 ANTI-XA UNIT/ML SUBCUTANEOUS SOLUTION ^{SP,DL}	5	QL(22.8 cada 30 días)
FRAGMIN 5,000 ANTI-XA UNIT/0.2 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE ^{SP,DL}	5	QL(6 cada 30 días)
FRAGMIN 7,500 ANTI-XA UNIT/0.3 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE ^{SP,DL}	5	QL(9 cada 30 días)
FREAMINE HBC 6.9% IV SOLN	3	
FREESTYLE CONTROL SOLUTION ^{MM}	3	
FREESTYLE LANCETS 28 GAUGE ^{MM}	3	
FREESTYLE PRECISION 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16" SYRINGE ^{MM}	3	
FREESTYLE PRECISION 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16" SYRINGE ^{MM}	3	
FREESTYLE PRECISION 1 ML 30 GAUGE X 5/16" SYRINGE ^{MM}	3	

ST - Terapia por fases • QL - Límite de cantidad • PA - Autorización previa

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DEL USO
FREESTYLE PRECISION 1 ML 31 GAUGE X 5/16" SYRINGE ^{MM}	3	
FREESTYLE UNISTIK 2 ^{MM}	3	
frovatriptan succ 2.5 mg tab	4	ST,QL(12 cada 30 días)
furosemide 10 mg/ml solution ^{MM}	1	
furosemide 20 mg tablet ^{MM}	1	
furosemide 40 mg tablet ^{MM}	1	
furosemide 40 mg/5 ml soln ^{MM}	1	
furosemide 80 mg tablet ^{MM}	1	
FUSION PLUS 130 MG IRON-1,250 MCG CAPSULE	2	
FUZEON 90 MG SUBCUTANEOUS SOLUTION ^{MM,SP,DL}	5	QL(60 cada 30 días)
fyavolv 0.5 mg-2.5 mcg tablet ^{MM}	2	
fyavolv 1 mg-5 mcg tablet ^{MM}	2	
FYCOMPA 0.5 MG/ML ORAL SUSPENSION ^{MM,SP,DL}	5	QL(680 cada 28 días)
FYCOMPA 10 MG TABLET ^{MM,SP,DL}	5	QL(30 cada 30 días)
FYCOMPA 12 MG TABLET ^{MM,SP,DL}	5	QL(30 cada 30 días)
FYCOMPA 2 MG TABLET ^{MM,SP,DL}	5	QL(30 cada 30 días)
FYCOMPA 4 MG TABLET ^{MM,SP,DL}	5	QL(30 cada 30 días)
FYCOMPA 6 MG TABLET ^{MM,SP,DL}	5	QL(30 cada 30 días)
FYCOMPA 8 MG TABLET ^{MM,SP,DL}	5	QL(30 cada 30 días)
gabapentin 100 mg capsule ^{MM}	2	QL(270 cada 30 días)
gabapentin 250 mg/5 ml soln ^{MM}	3	QL(2250 cada 30 días)
gabapentin 250 mg/5 ml soln ^{MM}	3	QL(2250 cada 30 días)
gabapentin 300 mg capsule ^{MM}	2	QL(270 cada 30 días)
gabapentin 300 mg/6 ml soln ^{MM}	3	QL(2250 cada 30 días)
gabapentin 400 mg capsule ^{MM}	2	QL(270 cada 30 días)
gabapentin 600 mg tablet ^{MM}	2	QL(180 cada 30 días)
gabapentin 800 mg tablet ^{MM}	2	QL(180 cada 30 días)
galantamine 4 mg/ml oral soln ^{MM}	3	QL(200 cada 30 días)
galantamine er 16 mg capsule ^{MM}	3	QL(30 cada 30 días)
galantamine er 24 mg capsule ^{MM}	3	QL(30 cada 30 días)
galantamine er 8 mg capsule ^{MM}	3	QL(30 cada 30 días)
galantamine hbr 12 mg tablet ^{MM}	3	QL(60 cada 30 días)
galantamine hbr 4 mg tablet ^{MM}	3	QL(60 cada 30 días)
galantamine hbr 8 mg tablet ^{MM}	3	QL(60 cada 30 días)
GAMUNEX-C 1 GRAM/10 ML (10 %) INJECTION SOLUTION ^{MM,SP,DL}	5	PA
GAMUNEX-C 10 GRAM/100 ML (10 %) INJECTION SOLUTION ^{MM,SP,DL}	5	PA
GAMUNEX-C 2.5 GRAM/25 ML (10 %) INJECTION SOLUTION ^{MM,SP,DL}	5	PA
GAMUNEX-C 20 GRAM/200 ML (10 %) INJECTION SOLUTION ^{MM,SP,DL}	5	PA
GAMUNEX-C 40 GRAM/400 ML (10 %) INJECTION SOLUTION ^{MM,SP,DL}	5	PA
GAMUNEX-C 5 GRAM/50 ML (10 %) INJECTION SOLUTION ^{MM,SP,DL}	5	PA
gatifloxacin 0.5% eye drops	3	QL(2.5 cada 25 días)
GATTEX 30-VIAL 5 MG SUBCUTANEOUS KIT ^{MM,SP,DL}	5	PA,QL(1 cada 30 días)
GATTEX ONE-VIAL 5 MG SUBCUTANEOUS KIT ^{MM,SP,DL}	5	PA,QL(1 cada 30 días)
gavilyte-c 240 gram-22.72 gram-6.72 gram-5.84 gram oral solution ^{ACA}	2	
gavilyte-g 236 gram-22.74 gram-6.74 gram-5.86 gram oral solution ^{ACA}	2	
gavilyte-n 420 gram oral solution ^{ACA}	2	
GAZYVA 1,000 MG/40 ML INTRAVENOUS SOLUTION ^{SP,DL}	5	PA,QL(120 cada 28 días)
GE100 CONTROL SOLUTION NORMAL ^{MM}	3	
GE333 CONTROL SOLUTION NORMAL ^{MM}	3	
gemfibrozil 600 mg tablet ^{MM}	1	QL(60 cada 30 días)
gemmily 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4) capsule ^{MM,ACA}	3	
generlac 10 gram/15 ml oral solution ^{MM}	2	
gengraf 100 mg capsule ^{MM}	3	QL(720 cada 30 días)
gengraf 100 mg/ml oral solution ^{MM}	3	

ST - Terapia por fases • QL - Límite de cantidad • PA - Autorización previa

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DEL USO
gengraf 25 mg capsule ^{MM}	3	
GENOTROPIN 12 MG/ML (36 UNIT/ML) SUBCUTANEOUS CARTRIDGE ^{MM,SP,DL}	5	PA,QL(28 cada 30 días)
GENOTROPIN 5 MG/ML (15 UNIT/ML) SUBCUTANEOUS CARTRIDGE ^{MM,SP,DL}	5	PA,QL(28 cada 30 días)
GENOTROPIN MINIQUICK 0.2 MG/0.25 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE ^{MM,SP,DL}	5	PA,QL(28 cada 30 días)
GENOTROPIN MINIQUICK 0.4 MG/0.25 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE ^{MM,SP,DL}	5	PA,QL(28 cada 30 días)
GENOTROPIN MINIQUICK 0.6 MG/0.25 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE ^{MM,SP,DL}	5	PA,QL(28 cada 30 días)
GENOTROPIN MINIQUICK 0.8 MG/0.25 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE ^{MM,SP,DL}	5	PA,QL(28 cada 30 días)
GENOTROPIN MINIQUICK 1 MG/0.25 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE ^{MM,SP,DL}	5	PA,QL(28 cada 30 días)
GENOTROPIN MINIQUICK 1.2 MG/0.25 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE ^{MM,SP,DL}	5	PA,QL(28 cada 30 días)
GENOTROPIN MINIQUICK 1.4 MG/0.25 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE ^{MM,SP,DL}	5	PA,QL(28 cada 30 días)
GENOTROPIN MINIQUICK 1.6 MG/0.25 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE ^{MM,SP,DL}	5	PA,QL(28 cada 30 días)
GENOTROPIN MINIQUICK 1.8 MG/0.25 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE ^{MM,SP,DL}	5	PA,QL(28 cada 30 días)
GENOTROPIN MINIQUICK 2 MG/0.25 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE ^{MM,SP,DL}	5	PA,QL(28 cada 30 días)
gentak 0.3 % (3 mg/gram) eye ointment	2	
gentamicin 0.1% cream	3	
gentamicin 0.1% ointment	3	
gentamicin 0.3% eye drop	2	
GENTEEL VACUUM LANCING DEVICE COMBO PACK ^{MM}	3	
GENVOYA 150 MG-150 MG-200 MG-10 MG TABLET ^{MM}	3	QL(30 cada 30 días)
GEODON 20 MG/ML (FINAL CONCENTRATION) INTRAMUSCULAR SOLUTION	4	
gianvi 3 mg-0.02 mg tablet ^{MM,ACA}	1	
GIAPREZA 2.5 MG/ML INTRAVENOUS SOLUTION ^{SP,DL}	5	
GILENYA 0.25 MG CAPSULE ^{MM,SP,DL}	5	PA,QL(30 cada 30 días)
GILENYA 0.5 MG CAPSULE ^{MM,SP,DL}	5	PA,QL(30 cada 30 días)
GLASSIA 1 GRAM/50 ML (2 %) INTRAVENOUS SOLUTION ^{MM,SP,DL}	5	PA,QL(30000 cada 28 días)
glatiramer 20 mg/ml syringe ^{MM,SP,DL}	5	PA,QL(30 cada 30 días)
glatiramer 40 mg/ml syringe ^{MM,SP,DL}	5	PA,QL(12 cada 28 días)
glatopa 20 mg/ml subcutaneous syringe ^{MM,SP,DL}	5	PA,QL(30 cada 30 días)
glatopa 40 mg/ml subcutaneous syringe ^{MM,SP,DL}	5	PA,QL(12 cada 28 días)
GLEOSTINE 10 MG CAPSULE ^{SP,DL}	5	PA,QL(35 cada 30 días)
GLEOSTINE 100 MG CAPSULE ^{SP,DL}	5	PA,QL(3 cada 30 días)
GLEOSTINE 40 MG CAPSULE ^{SP,DL}	5	PA,QL(9 cada 30 días)
glimepiride 1 mg tablet ^{MM}	1	
glimepiride 2 mg tablet ^{MM}	1	
glimepiride 4 mg tablet ^{MM}	1	
glipizide 10 mg tablet ^{MM}	1	
glipizide 5 mg tablet ^{MM}	1	
glipizide er 10 mg tablet ^{MM}	1	
glipizide er 2.5 mg tablet ^{MM}	1	
glipizide er 5 mg tablet ^{MM}	1	
glipizide-metformin 2.5-250 mg ^{MM}	2	
glipizide-metformin 2.5-500 mg ^{MM}	2	
glipizide-metformin 5-500 mg ^{MM}	2	
GLUCAGEN DIAGNOSTIC KIT 1 MG/ML INJECTION	3	
GLUCAGEN HYPOKIT 1 MG INJECTION	3	
GLUCOCARD 01 HIGH-NORMAL CONTROL SOLUTION ^{MM}	3	
GLUCOCARD 01 NORMAL CONTROL SOLUTION ^{MM}	3	
GLUCOCARD SHINE SOLUTION ^{MM}	3	
GLUCOCOM CONTROL HIGH SOLUTION ^{MM}	3	
GLUCOCOM CONTROL NORMAL SOLUTION ^{MM}	3	
GLUCOCOM LANCETS 28 GAUGE ^{MM}	3	
GLUCOCOM LANCETS 30 GAUGE ^{MM}	3	
GLUCOCOM LANCETS 33 GAUGE ^{MM}	3	
GLUCOSE CONTROL SOLUTION ^{MM}	3	

ST - Terapia por fases • QL - Limite de cantidad • PA - Autorización previa

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DEL USO
GLUCOSE CONTROL SOLUTION ^{MM}	3	
GLUCOSE KETONE CONTROL SOLN SOLUTION ^{MM}	3	
glyburid-metformin 1.25-250 mg ^{MM}	1	
glyburide 1.25 mg tablet ^{MM}	1	
glyburide 2.5 mg tablet ^{MM}	1	
glyburide 5 mg tablet ^{MM}	1	
glyburide micro 1.5 mg tab ^{MM}	1	
glyburide micro 3 mg tablet ^{MM}	1	
glyburide micro 6 mg tablet ^{MM}	1	
glyburide-metformin 2.5-500 mg ^{MM}	1	
glyburide-metformin 5-500 mg ^{MM}	1	
glycopyrrolate 1 mg tablet ^{MM}	2	
glycopyrrolate 1.5 mg tablet ^{MM}	2	
glycopyrrolate 2 mg tablet ^{MM}	2	
glydo 2 % mucosal jelly in applicator	3	
GLYXAMBI 10 MG-5 MG TABLET ^{MM}	3	QL(30 cada 30 días)
GLYXAMBI 25 MG-5 MG TABLET ^{MM}	3	QL(30 cada 30 días)
GOJJI GLUCOSE CONTROL SOLUTION-NORMAL ^{MM}	3	
GOJJI KETONE CONTROL SOLUTION-L1 ^{MM}	3	
GOJJI LANCETS 30 GAUGE ^{MM}	3	
GOJJI LANCING DEVICE	3	
granisetron hcl 1 mg tablet	3	QL(28 cada 28 días)
GRASTEK 2,800 BAU SUBLINGUAL TABLET ^{MM}	4	ST,QL(30 cada 30 días)
griseofulvin 125 mg/5 ml susp	3	
griseofulvin micro 500 mg tab	3	
griseofulvin ultra 125 mg tab	3	
griseofulvin ultra 250 mg tab	3	
quanfacine 1 mg tablet ^{MM}	2	
quanfacine 2 mg tablet ^{MM}	2	
quanfacine hcl er 1 mg tablet ^{MM}	2	QL(30 cada 30 días)
quanfacine hcl er 2 mg tablet ^{MM}	2	QL(30 cada 30 días)
quanfacine hcl er 3 mg tablet ^{MM}	2	QL(30 cada 30 días)
quanfacine hcl er 4 mg tablet ^{MM}	2	QL(30 cada 30 días)
guanidine hcl 125 mg tablet	3	
GVOKE HYPOPEN 1-PACK 0.5 MG/0.1 ML SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR	3	
GVOKE HYPOPEN 1-PACK 1 MG/0.2 ML SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR	3	
GVOKE HYPOPEN 2-PACK 0.5 MG/0.1 ML SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR	3	
GVOKE HYPOPEN 2-PACK 1 MG/0.2 ML SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR	3	
GVOKE PFS 1-PACK 0.5 MG/0.1 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE	3	
GVOKE PFS 1-PACK 1 MG/0.2 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE	3	
GVOKE PFS 2-PACK 0.5 MG/0.1 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE	3	
GVOKE PFS 2-PACK 1 MG/0.2 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE	3	
gynazole-1 2 % vaginal cream	3	
HAEGARDA 2,000 UNIT SUBCUTANEOUS SOLUTION ^{MM,SP,DL}	5	PA,QL(20 cada 28 días)
HAEGARDA 3,000 UNIT SUBCUTANEOUS SOLUTION ^{MM,SP,DL}	5	PA,QL(20 cada 28 días)
hailey 1.5 mg-30 mcg tablet ^{MM,ACA}	1	
hailey 24 fe 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4) tablet ^{MM,ACA}	1	
hailey fe 1.5/30 (28) 1.5 mg-30 mcg (21)/75 mg (7) tablet ^{MM,ACA}	1	
hailey fe 1/20 (28) 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7) tablet ^{MM,ACA}	1	
HALDOL DECANOATE 100 MG/ML INTRAMUSCULAR SOLUTION ^{MM}	4	QL(5 cada 30 días)
HALDOL DECANOATE 50 MG/ML INTRAMUSCULAR SOLUTION ^{MM}	4	QL(9 cada 30 días)
halobetasol prop 0.05% cream	3	
halobetasol prop 0.05% ointmnt	3	
haloperidol 0.5 mg tablet ^{MM}	2	
haloperidol 1 mg tablet ^{MM}	2	
haloperidol 10 mg tablet ^{MM}	2	

ST - Terapia por fases • QL - Límite de cantidad • PA - Autorización previa

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DEL USO
haloperidol 2 mg tablet ^{MM}	2	
haloperidol 20 mg tablet ^{MM}	2	
haloperidol 5 mg tablet ^{MM}	2	
haloperidol dec 100 mg/ml amp ^{MM}	4	QL(5 cada 30 días)
haloperidol dec 50 mg/ml vial ^{MM}	4	QL(9 cada 30 días)
haloperidol lac 2 mg/ml conc ^{MM}	2	
HARMONY CONTROL L1,L3 SOLUTION ^{MM}	3	
HARVONI 33.75 MG-150 MG ORAL PELLETS IN PACKET ^{SP,DL}	5	PA,QL(28 cada 28 días)
HARVONI 45 MG-200 MG ORAL PELLETS IN PACKET ^{SP,DL}	5	PA,QL(56 cada 28 días)
HAVRIX (PF) 1,440 ELISA UNIT/ML INTRAMUSCULAR SUSPENSION ^{ACA}	4	
HAVRIX (PF) 1,440 ELISA UNIT/ML INTRAMUSCULAR SYRINGE ^{ACA}	4	
HAVRIX (PF) 720 ELISA UNIT/0.5 ML INTRAMUSCULAR SYRINGE ^{ACA}	4	
HEALTHPRO HIGH-LOW CONTROL SOLUTION ^{MM}	3	
HEALTHWISE INSULIN SYRINGE 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16" ^{MM}	3	
HEALTHWISE INSULIN SYRINGE 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16" ^{MM}	3	
HEALTHWISE INSULIN SYRINGE 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16" ^{MM}	3	
HEALTHWISE INSULIN SYRINGE 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16" ^{MM}	3	
HEALTHWISE INSULIN SYRINGE 1 ML 30 GAUGE X 5/16" ^{MM}	3	
HEALTHWISE INSULIN SYRINGE 1 ML 31 GAUGE X 5/16" ^{MM}	3	
HEALTHWISE PEN NEEDLE 31 GAUGE X 3/16" ^{MM}	3	
HEALTHWISE PEN NEEDLE 31 GAUGE X 5/16" ^{MM}	3	
HEALTHWISE PEN NEEDLE 32 GAUGE X 5/32" ^{MM}	3	
HEALTHY ACCENTS AUTOLET IMPRESSION LANCING DEVICE	3	
HEALTHY ACCENTS UNIFINE PENTIP 29 GAUGE X 1/2" NEEDLE ^{MM}	3	
HEALTHY ACCENTS UNIFINE PENTIP 31 GAUGE X 1/4" NEEDLE ^{MM}	3	
HEALTHY ACCENTS UNIFINE PENTIP 31 GAUGE X 3/16" NEEDLE ^{MM}	3	
HEALTHY ACCENTS UNIFINE PENTIP 31 GAUGE X 5/16" NEEDLE ^{MM}	3	
HEALTHY ACCENTS UNIFINE PENTIP 32 GAUGE X 5/32" NEEDLE ^{MM}	3	
HEALTHY ACCENTS UNILET LANCET 30 GAUGE ^{MM}	3	
heather 0.35 mg tablet ^{MM,ACA}	1	
hematinic plus vit/minerals 106 mg iron-1 mg tablet	1	
hematinic/folic acid 324 mg (106 mg iron)-1 mg tablet	1	
hematogen fa 200 mg-250 mg-0.01 mg-1 mg capsule	1	
hematogen forte 460 mg-60 mg-0.01 mg-1 mg capsule	1	
HEMATOGEN SOFTGEL	2	
hemetab iron supplement tablet	3	
hep flush-10 (pf) 10 unit/ml intravenous solution	4	
heparin 1,000 unit/500 ml-ns	4	
heparin 10,000 unit/10 ml vial	4	
heparin 2,000 unit/1,000 ml-ns	4	
heparin 2,000 unit/2 ml vial	4	
heparin 20,000 unit/500 ml-d5w	4	
heparin 25,000 unit/250 ml-d5w	4	
heparin 25,000 unit/500 ml-d5w	4	
heparin 5,000 unit/ml carpuct	4	
heparin 500 unit/5 ml (100/ml)	4	
heparin lock flush 10 units/ml	4	
heparin lock flush 100 unit/ml	4	
heparin sod 10,000 unit/ml vl	4	
heparin sod 20,000 unit/ml vl	4	
heparin sod 5,000 unit/0.5 ml	4	
heparin sod 5,000 unit/0.5 ml	4	
heparin sod 5,000 unit/0.5 ml	4	
heparin sod 5,000 unit/ml syrg	4	
heparin sod 5,000 unit/ml syrg	4	
heparin sod 5,000 unit/ml vial	4	
HEPATAMINE 8% INTRAVENOUS SOLUTION	3	

ST - Terapia por fases • QL - Límite de cantidad • PA - Autorización previa

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DEL USO
HETLIOZ 20 MG CAPSULE ^{MM,SP,LD,DL}	5	PA,QL(30 cada 30 días)
HETLIOZ LQ 4 MG/ML ORAL SUSPENSION ^{MM,SP,DL}	5	PA,QL(158 cada 30 días)
HUMIRA 10 MG/0.2 ML SYRINGE ^{MM,SP,DL}	5	PA,QL(2 cada 28 días)
HUMIRA 20 MG/0.4 ML SYRINGE ^{MM,SP,DL}	5	PA,QL(6 cada 28 días)
HUMIRA 40 MG/0.8 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT ^{MM,SP,DL}	5	PA,QL(6 cada 28 días)
HUMIRA PEN 40 MG/0.8 ML SUBCUTANEOUS KIT ^{MM,SP,DL}	5	PA,QL(6 cada 28 días)
HUMIRA PEN CROHN'S-ULC COLITIS-HID SUP STARTER 40 MG/0.8 ML SUBCUT KIT ^{MM,SP,DL}	5	PA,QL(6 cada 28 días)
HUMIRA PEN PSORIASIS-UVEITIS-ADOL HID SUP START 40 MG/0.8 ML SUBCUT KIT ^{MM,SP,DL}	5	PA,QL(6 cada 28 días)
HUMIRA(CF) 10 MG/0.1 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT ^{MM,SP,DL}	5	PA,QL(2 cada 28 días)
HUMIRA(CF) 20 MG/0.2 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT ^{MM,SP,DL}	5	PA,QL(6 cada 28 días)
HUMIRA(CF) 40 MG/0.4 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT ^{MM,SP,DL}	5	PA,QL(6 cada 28 días)
HUMIRA(CF) PEDI CROHN'S START 80 MG/0.8 ML-40 MG/0.4 ML SUBCUT SYR KIT ^{SP,DL}	5	PA,QL(6 cada 28 días)
HUMIRA(CF) PEDIATRIC CROHN'S STARTER 80 MG/0.8 ML SUBCUT SYRINGE KIT ^{MM,SP,DL}	5	PA,QL(6 cada 28 días)
HUMIRA(CF) PEN 40 MG/0.4 ML SUBCUTANEOUS KIT ^{MM,SP,DL}	5	PA,QL(6 cada 28 días)
HUMIRA(CF) PEN 80 MG/0.8 ML SUBCUTANEOUS KIT ^{SP,DL}	5	PA,QL(6 cada 28 días)
HUMIRA(CF) PEN CROHN'S-ULC COLITIS-HID SUP STRT 80 MG/0.8 ML SUBCUT KIT ^{SP,DL}	5	PA,QL(6 cada 28 días)
HUMIRA(CF) PEN PEDIATRIC ULCER COLITIS STARTER 80 MG/0.8 ML SUBCUT KIT ^{SP,DL}	5	PA,QL(6 cada 28 días)
HUMIRA(CF) PEN PS-UV-ADOL HS 80 MG/0.8 ML(1)-40 MG/0.4 ML(2)SUBCUT KIT ^{SP,DL}	5	PA,QL(6 cada 28 días)
HUMULIN R U-500 (CONC) INSULIN KWIKPEN 500 UNIT/ML (3 ML) SUBCUTANEOUS ^{MM}	4	
HUMULIN R U-500 (CONCENTRATED) INSULIN 500 UNIT/ML SUBCUTANEOUS SOLN ^{MM}	4	
HYCAMTIN 0.25 MG CAPSULE ^{SP,DL}	5	QL(100 cada 25 días)
HYCAMTIN 1 MG CAPSULE ^{SP,DL}	5	QL(25 cada 25 días)
hydralazine 10 mg tablet ^{MM}	1	
hydralazine 100 mg tablet ^{MM}	1	
hydralazine 25 mg tablet ^{MM}	1	
hydralazine 50 mg tablet ^{MM}	1	
hydrochlorothiazide 12.5 mg cp ^{MM}	1	
hydrochlorothiazide 12.5 mg tb ^{MM}	1	
hydrochlorothiazide 25 mg tab ^{MM}	1	
hydrochlorothiazide 50 mg tab ^{MM}	1	
hydrocodone-acetamin 10-325 mg ^{DL}	2	QL(360 cada 30 días)
hydrocodone-acetamin 10-325/15 ^{DL}	2	QL(2700 cada 30 días)
hydrocodone-acetamin 2.5-325 ^{DL}	2	QL(360 cada 30 días)
hydrocodone-acetamin 5-325 mg ^{DL}	2	QL(360 cada 30 días)
hydrocodone-acetamin 7.5-325 ^{DL}	2	QL(360 cada 30 días)
hydrocodone-acetamn 7.5-325/15 ^{DL}	2	QL(5520 cada 30 días)
hydrocodone-chlorphen er susp	3	
hydrocodone-homatropine 5-1.5	3	
hydrocodone-homatropine soln	3	
hydrocodone-homatropine syrup	3	
hydrocodone-ibuprofen 10-200 ^{DL}	3	QL(150 cada 30 días)
hydrocodone-ibuprofen 5-200 mg ^{DL}	3	QL(150 cada 30 días)
hydrocodone-ibuprofen 7.5-200 ^{DL}	3	QL(150 cada 30 días)
hydrocortison-acetic acid soln	3	
hydrocortisone 1% absorbbase	1	
hydrocortisone 1% cream	2	
hydrocortisone 1% ointment	1	
hydrocortisone 10 mg tablet ^{MM}	2	

ST - Terapia por fases • QL - Limite de cantidad • PA - Autorización previa

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DEL USO
hydrocortisone 100 mg/60 ml	3	
hydrocortisone 2.5% cream	2	
hydrocortisone 2.5% cream	1	
hydrocortisone 2.5% lotion	2	
hydrocortisone 2.5% ointment	1	
hydrocortisone 20 mg tablet ^{MM}	2	
hydrocortisone 5 mg tablet ^{MM}	2	
hydrocortisone buty 0.1% cream	3	
hydrocortisone val 0.2% cream	4	
hydrocortisone val 0.2% ointmt	3	
hydromet 5 mg-1.5 mg/5 ml oral syrup	3	
hydromorphone 2 mg tablet ^{DL}	2	QL(360 cada 30 días)
hydromorphone 4 mg tablet ^{DL}	2	QL(360 cada 30 días)
hydromorphone 5 mg/5 ml soln ^{DL}	3	QL(2400 cada 30 días)
hydromorphone 8 mg tablet ^{DL}	2	QL(240 cada 30 días)
hydromorphone hcl er 12 mg tab ^{DL}	4	ST,QL(180 cada 30 días)
hydromorphone hcl er 16 mg tab ^{DL}	4	ST,QL(120 cada 30 días)
hydromorphone hcl er 32 mg tab ^{DL}	4	ST,QL(60 cada 30 días)
hydromorphone hcl er 8 mg tab ^{DL}	4	ST,QL(240 cada 30 días)
hydroxocobalamin 1,000 mcg/ml	2	
hydroxychloroquine 200 mg tab ^{MM}	3	
hydroxyprogesterone 250 mg/ml viat ^{SP,DL}	5	PA
hydroxyurea 500 mg capsule ^{MM}	2	
hydroxyzine 10 mg/5 ml soln	2	
hydroxyzine hcl 10 mg tablet	2	
hydroxyzine hcl 25 mg tablet	2	
hydroxyzine hcl 50 mg tablet	2	
hydroxyzine pam 100 mg cap	2	
hydroxyzine pam 25 mg cap	2	
hydroxyzine pam 50 mg cap	2	
hyoscyamine 0.125 mg odt ^{MM}	2	
hyoscyamine 0.125 mg tab sl ^{MM}	2	
hyoscyamine 0.125 mg/5 ml elix ^{MM}	2	
hyoscyamine 0.125 mg/ml drop ^{MM}	2	
hyoscyamine er 0.375 mg tab ^{MM}	3	
hyoscyamine sulf 0.125 mg tab ^{MM}	2	
hyosyne 0.125 mg/5 ml oral elixir ^{MM}	2	
hyosyne 0.125 mg/ml oral drops ^{MM}	2	
HYPOLANCE AST LANCING KIT ^{MM}	3	
ibandronate sodium 150 mg tab ^{MM}	2	QL(1 cada 28 días)
IBRANCE 100 MG CAPSULE ^{MM,SP,DL}	5	PA,QL(21 cada 28 días)
IBRANCE 100 MG TABLET ^{MM,SP,DL}	5	PA,QL(21 cada 28 días)
IBRANCE 125 MG CAPSULE ^{MM,SP,DL}	5	PA,QL(21 cada 28 días)
IBRANCE 125 MG TABLET ^{MM,SP,DL}	5	PA,QL(21 cada 28 días)
IBRANCE 75 MG CAPSULE ^{MM,SP,DL}	5	PA,QL(21 cada 28 días)
IBRANCE 75 MG TABLET ^{MM,SP,DL}	5	PA,QL(21 cada 28 días)
ibu 400 mg tablet ^{MM}	1	
ibu 600 mg tablet ^{MM}	1	
ibu 800 mg tablet ^{MM}	1	
ibuprofen 100 mg/5 ml susp ^{MM}	1	
ibuprofen 400 mg tablet ^{MM}	1	
ibuprofen 600 mg tablet ^{MM}	1	
ibuprofen 800 mg tablet ^{MM}	1	
iclevia 0.15 mg-30 mcg (91) tablets,3 month dose pack ^{MM,ACA}	1	QL(91 cada 90 días)
ICLUSIG 10 MG TABLET ^{MM,SP,LD,DL}	5	PA,QL(30 cada 30 días)

ST - Terapia por fases • QL - Límite de cantidad • PA - Autorización previa

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DEL USO
ICLUSIG 15 MG TABLET ^{MM,SP,LD,DL}	5	PA,QL(60 cada 30 días)
ICLUSIG 30 MG TABLET ^{MM,SP,LD,DL}	5	PA,QL(30 cada 30 días)
ICLUSIG 45 MG TABLET ^{MM,SP,LD,DL}	5	PA,QL(30 cada 30 días)
icosapent ethyl 1 gram capsule ^{MM}	4	QL(120 cada 30 días)
IDHIFA 100 MG TABLET ^{MM,SP,LD,DL}	5	PA,QL(30 cada 30 días)
IDHIFA 50 MG TABLET ^{MM,SP,LD,DL}	5	PA,QL(30 cada 30 días)
iferex 150 forte 150 mg-25 mcg-1 mg capsule	1	
ILEVRO 0.3 % EYE DROPS,SUSPENSION	3	
imatinib mesylate 100 mg tab ^{MM,SP,DL}	5	PA,QL(90 cada 30 días)
imatinib mesylate 400 mg tab ^{MM,SP,DL}	5	PA,QL(60 cada 30 días)
IMBRUVICA 140 MG CAPSULE ^{MM,SP,LD,DL}	5	PA,QL(90 cada 30 días)
IMBRUVICA 420 MG TABLET ^{MM,SP,LD,DL}	5	PA,QL(28 cada 28 días)
IMBRUVICA 560 MG TABLET ^{MM,SP,LD,DL}	5	PA,QL(28 cada 28 días)
IMBRUVICA 70 MG CAPSULE ^{MM,SP,LD,DL}	5	PA,QL(28 cada 28 días)
imipramine hcl 10 mg tablet ^{MM}	1	
imipramine hcl 25 mg tablet ^{MM}	1	
imipramine hcl 50 mg tablet ^{MM}	1	
imiquimod 5% cream packet	2	QL(12 cada 30 días)
IMPAVIDO 50 MG CAPSULE ^{SP,DL}	5	QL(84 cada 28 días)
incassia 0.35 mg tablet ^{MM,ACA}	1	
INCONTROL ALCOHOL PADS	3	
INCONTROL LANCING DEVICE	3	
INCONTROL PEN NEEDLE 29 GAUGE X 1/2" ^{MM}	3	
INCONTROL PEN NEEDLE 31 GAUGE X 1/4" ^{MM}	3	
INCONTROL PEN NEEDLE 31 GAUGE X 3/16" ^{MM}	3	
INCONTROL PEN NEEDLE 31 GAUGE X 5/16" ^{MM}	3	
INCONTROL PEN NEEDLE 32 GAUGE X 5/32" ^{MM}	3	
INCONTROL SUPER THIN LANCETS 30 GAUGE ^{MM}	3	
INCONTROL ULTRA THIN LANCETS 28 GAUGE ^{MM}	3	
INCRELEX 10 MG/ML SUBCUTANEOUS SOLUTION ^{SP,LD,DL}	5	PA,QL(52 cada 30 días)
INCRUSE ELLIPTA 62.5 MCG/ACTUATION POWDER FOR INHALATION ^{MM}	3	QL(30 cada 30 días)
indapamide 1.25 mg tablet ^{MM}	1	
indapamide 2.5 mg tablet ^{MM}	1	
indomethacin 25 mg capsule	1	
indomethacin 50 mg capsule	1	
indomethacin er 75 mg capsule	3	
INFANRIX (DTAP) (PF) 25 LF UNIT-58 MCG-10 LF/0.5ML INTRAMUSCULAR SUSP ^{ACA}	4	
INFANRIX (DTAP)(PF) 25 LF UNIT-58MCG-10 LF/0.5ML INTRAMUSCULAR SYRINGE ^{ACA}	4	
INFINITY CONTROL SOLUTION HIGH ^{MM}	3	
INFINITY CONTROL SOLUTION LOW ^{MM}	3	
INFINITY CONTROL SOLUTION NORMAL ^{MM}	3	
INFINITY VOICE CONTROL SOLUTION-LEVEL 2 ^{MM}	3	
INJECT EASE LANCETS 28 GAUGE ^{MM}	3	
INJECT EASE LANCETS 30 GAUGE ^{MM}	3	
INLYTA 1 MG TABLET ^{MM,SP,DL}	5	PA,QL(180 cada 30 días)
INLYTA 5 MG TABLET ^{MM,SP,DL}	5	PA,QL(60 cada 30 días)
INSPIRACHAMBER SPACER	3	
INSPIRACHAMBER WITH MASK-LARGE	3	
INSPIRACHAMBER WITH MASK-MED	3	
INSPIRACHAMBER WITH MASK-SMALL	3	
INSULIN 1 ML SYRINGE ^{MM}	3	
INSULIN 1/2 ML SYRINGE ^{MM}	3	
INSULIN 3/10 ML SYRINGE ^{MM}	3	
INSULIN SYR 0.3ML 31GX1/4(1/2) ^{MM}	3	

ST - Terapia por fases • QL - Límite de cantidad • PA - Autorización previa

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DEL USO
INSULIN SYRIN 0.3 ML 30GX1/2 ^{MM}	3	
INSULIN SYRIN 0.3 ML 31GX5/16 ^{MM}	3	
INSULIN SYRIN 0.5 ML 30GX1/2 ^{MM}	3	
INSULIN SYRINGE 0.5 ML 27GX1/2 ^{MM}	3	
INSULIN SYRINGE 0.3 ML 31GX1/4 ^{MM}	3	
INSULIN SYRINGE 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2 ^{MM}	3	
INSULIN SYRINGE 0.5 ML 31GX1/4 ^{MM}	3	
INSULIN SYRINGE 1 ML 27GX1/2 ^{MM}	3	
INSULIN SYRINGE 1 ML 29 GAUGE X 1/2 ^{MM}	3	
INSULIN SYRINGE 1 ML 30GX1/2 ^{MM}	3	
INSULIN SYRINGE 1 ML 31GX1/4 ^{MM}	3	
INSULIN SYRINGE 1 ML 31GX5/16 ^{MM}	3	
INSULIN SYRINGE MICROFINE 1 ML 27 GAUGE X 5/8 ^{MM}	3	
INSULIN SYRINGE MICROFINE 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2 ^{MM}	3	
INSUPEN 29 GAUGE X 1/2" NEEDLE ^{MM}	3	
INSUPEN 30 GAUGE X 5/16" NEEDLE ^{MM}	3	
INSUPEN 31 GAUGE X 1/4" NEEDLE ^{MM}	3	
INSUPEN 31 GAUGE X 3/16" NEEDLE ^{MM}	3	
INSUPEN 31 GAUGE X 5/16" NEEDLE ^{MM}	3	
INSUPEN 32 GAUGE X 1/4" NEEDLE ^{MM}	3	
INSUPEN 32 GAUGE X 5/16" NEEDLE ^{MM}	3	
INSUPEN 32 GAUGE X 5/32" NEEDLE ^{MM}	3	
INSUPEN 33 GAUGE X 5/32" NEEDLE ^{MM}	3	
INTEGRA SYRINGE 3 ML 21 GAUGE X 1"	3	
INTELENCE 100 MG TABLET ^{MM,SP}	5	QL(120 cada 30 días)
INTELENCE 200 MG TABLET ^{MM,SP}	5	QL(60 cada 30 días)
INTELENCE 25 MG TABLET ^{MM,SP}	5	QL(120 cada 30 días)
INTERLINK SYRINGE AND CANNULA 15 X 10 ML	3	
INTRON A 10 MILLION UNIT (1 ML) SOLUTION FOR INJECTION ^{SP,DL}	5	PA,QL(12 cada 30 días)
INTRON A 10 MILLION UNIT/ML INJECTION SOLUTION ^{SP,DL}	5	PA,QL(12 cada 30 días)
INTRON A 18 MILLION UNIT (1 ML) SOLUTION FOR INJECTION ^{SP,DL}	5	PA,QL(12 cada 30 días)
INTRON A 50 MILLION UNIT (1 ML) SOLUTION FOR INJECTION ^{SP,DL}	5	PA,QL(12 cada 30 días)
INTRON A 6 MILLION UNIT/ML INJECTION SOLUTION ^{SP,DL}	5	PA,QL(136.8 cada 30 días)
introvale 0.15-0.03 mg tablet ^{MM,ACA}	1	QL(91 cada 90 días)
INVACARE LANCETS 30 GAUGE ^{MM}	3	
INVEGA SUSTENNA 117 MG/0.75 ML INTRAMUSCULAR SYRINGE ^{MM,SP,DL}	5	QL(1.5 cada 28 días)
INVEGA SUSTENNA 156 MG/ML INTRAMUSCULAR SYRINGE ^{MM,SP,DL}	5	QL(1 cada 28 días)
INVEGA SUSTENNA 234 MG/1.5 ML INTRAMUSCULAR SYRINGE ^{MM,SP,DL}	5	QL(1.5 cada 28 días)
INVEGA SUSTENNA 39 MG/0.25 ML INTRAMUSCULAR SYRINGE ^{MM,SP,DL}	5	QL(1.5 cada 28 días)
INVEGA SUSTENNA 78 MG/0.5 ML INTRAMUSCULAR SYRINGE ^{MM,SP,DL}	5	QL(1.5 cada 28 días)
INVEGA TRINZA 273 MG/0.875 ML INTRAMUSCULAR SYRINGE ^{MM,SP}	5	QL(0.875 cada 90 días)
INVEGA TRINZA 410 MG/1.315 ML INTRAMUSCULAR SYRINGE ^{MM,SP}	5	QL(1.315 cada 90 días)
INVEGA TRINZA 546 MG/1.75 ML INTRAMUSCULAR SYRINGE ^{MM,SP}	5	QL(1.75 cada 90 días)
INVEGA TRINZA 819 MG/2.625 ML INTRAMUSCULAR SYRINGE ^{MM,SP}	5	QL(2.625 cada 90 días)
INVIRASE 500 MG TABLET ^{MM,SP}	5	QL(120 cada 30 días)
INVOKAMET 150 MG-1,000 MG TABLET ^{MM}	3	QL(60 cada 30 días)
INVOKAMET 150 MG-500 MG TABLET ^{MM}	3	QL(60 cada 30 días)
INVOKAMET 50 MG-1,000 MG TABLET ^{MM}	3	QL(60 cada 30 días)
INVOKAMET 50 MG-500 MG TABLET ^{MM}	3	QL(60 cada 30 días)
INVOKAMET XR 150 MG-1,000 MG TABLET, EXTENDED RELEASE ^{MM}	3	QL(60 cada 30 días)
INVOKAMET XR 150 MG-500 MG TABLET, EXTENDED RELEASE ^{MM}	3	QL(60 cada 30 días)
INVOKAMET XR 50 MG-1,000 MG TABLET, EXTENDED RELEASE ^{MM}	3	QL(60 cada 30 días)
INVOKAMET XR 50 MG-500 MG TABLET, EXTENDED RELEASE ^{MM}	3	QL(60 cada 30 días)
INVOKANA 100 MG TABLET ^{MM}	3	QL(30 cada 30 días)

ST - Terapia por fases • QL - Límite de cantidad • PA - Autorización previa

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DEL USO
INVOKANA 300 MG TABLET ^{MM}	3	QL(30 cada 30 días)
IPOL 40 UNIT-8 UNIT-32 UNIT/0.5 ML SUSPENSION FOR INJECTION ^{ACA}	4	
iprat-albut 0.5-3(2.5) mg/3 ml ^{MM}	2	
ipratropium 0.03% spray ^{MM}	2	QL(30 cada 30 días)
ipratropium 0.06% spray	2	QL(45 cada 30 días)
ipratropium br 0.02% soln ^{MM}	2	
irbesartan 150 mg tablet ^{MM}	2	QL(30 cada 30 días)
irbesartan 300 mg tablet ^{MM}	2	QL(30 cada 30 días)
irbesartan 75 mg tablet ^{MM}	2	QL(30 cada 30 días)
irbesartan-hctz 150-12.5 mg tb ^{MM}	2	QL(60 cada 30 días)
irbesartan-hctz 300-12.5 mg tb ^{MM}	2	QL(30 cada 30 días)
ISENTRESS 100 MG CHEWABLE TABLET ^{MM}	3	QL(180 cada 30 días)
ISENTRESS 100 MG ORAL POWDER PACKET ^{MM}	3	QL(300 cada 30 días)
ISENTRESS 25 MG CHEWABLE TABLET ^{MM}	3	QL(180 cada 30 días)
ISENTRESS 400 MG TABLET ^{MM}	3	QL(120 cada 30 días)
ISENTRESS HD 600 MG TABLET ^{MM}	3	QL(60 cada 30 días)
isibloom 0.15 mg-0.03 mg tablet ^{MM,ACA}	1	
isoniazid 100 mg tablet	1	
isoniazid 300 mg tablet	1	
isoniazid 50 mg/5 ml solution	3	
isosorbide dinitrate 10 mg tab ^{MM}	2	
isosorbide dinitrate 20 mg tab ^{MM}	2	
isosorbide dinitrate 30 mg tab ^{MM}	2	
isosorbide dinitrate 40 mg tab ^{MM}	2	
isosorbide dinitrate 5 mg tab ^{MM}	2	
isosorbide mononit 10 mg tab ^{MM}	1	
isosorbide mononit 20 mg tab ^{MM}	1	
isosorbide mononit er 120 mg ^{MM}	1	
isosorbide mononit er 30 mg tb ^{MM}	1	
isosorbide mononit er 60 mg tb ^{MM}	1	
isoton gentamicin 80 mg/100 ml	4	
isotretinoin 10 mg capsule	4	QL(60 cada 30 días)
isotretinoin 20 mg capsule	4	QL(60 cada 30 días)
isotretinoin 30 mg capsule	4	QL(60 cada 30 días)
isotretinoin 40 mg capsule	4	QL(120 cada 30 días)
isradipine 2.5 mg capsule ^{MM}	3	
isradipine 5 mg capsule ^{MM}	3	
itraconazole 10 mg/ml solution	4	QL(150 cada 30 días)
itraconazole 100 mg capsule	3	QL(120 cada 30 días)
ivermectin 0.5% lotion	4	
ivermectin 3 mg tablet	2	
jaimiess 0.15 mg-30 mcg (84)/10 mcg(7) tablets,3 month dose pack ^{MM,ACA}	1	QL(91 cada 90 días)
JAKAFI 10 MG TABLET ^{MM,SP,DL}	5	PA,QL(60 cada 30 días)
JAKAFI 15 MG TABLET ^{MM,SP,DL}	5	PA,QL(60 cada 30 días)
JAKAFI 20 MG TABLET ^{MM,SP,DL}	5	PA,QL(60 cada 30 días)
JAKAFI 25 MG TABLET ^{MM,SP,DL}	5	PA,QL(60 cada 30 días)
JAKAFI 5 MG TABLET ^{MM,SP,DL}	5	PA,QL(60 cada 30 días)
JANSSEN COVID-19 VACCINE (PF) 0.5 ML INTRAMUSCULAR SUSPENSION (EUA) ^{ACA}	4	QL(0.5 cada 365 días)
jantoven 1 mg tablet ^{MM}	1	
jantoven 10 mg tablet ^{MM}	1	
jantoven 2 mg tablet ^{MM}	1	
jantoven 2.5 mg tablet ^{MM}	1	
jantoven 3 mg tablet ^{MM}	1	
jantoven 4 mg tablet ^{MM}	1	
jantoven 5 mg tablet ^{MM}	1	

ST - Terapia por fases • QL - Límite de cantidad • PA - Autorización previa

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DEL USO
jantoven 6 mg tablet ^{MM}	1	
jantoven 7.5 mg tablet ^{MM}	1	
JANUMET 50 MG-1,000 MG TABLET ^{MM}	3	QL(60 cada 30 días)
JANUMET 50 MG-500 MG TABLET ^{MM}	3	QL(60 cada 30 días)
JANUMET XR 100 MG-1,000 MG TABLET,EXTENDED RELEASE ^{MM}	3	QL(30 cada 30 días)
JANUMET XR 50 MG-1,000 MG TABLET,EXTENDED RELEASE ^{MM}	3	QL(60 cada 30 días)
JANUMET XR 50 MG-500 MG TABLET,EXTENDED RELEASE ^{MM}	3	QL(60 cada 30 días)
JANUVIA 100 MG TABLET ^{MM}	3	QL(30 cada 30 días)
JANUVIA 25 MG TABLET ^{MM}	3	QL(30 cada 30 días)
JANUVIA 50 MG TABLET ^{MM}	3	QL(30 cada 30 días)
JARDIANCE 10 MG TABLET ^{MM}	3	QL(30 cada 30 días)
JARDIANCE 25 MG TABLET ^{MM}	3	QL(30 cada 30 días)
jasmiel (28) 3 mg-0.02 mg tablet ^{MM,ACA}	1	
jencycla 0.35 mg tablet ^{MM,ACA}	1	
JENTADUETO 2.5 MG-1,000 MG TABLET ^{MM}	3	QL(60 cada 30 días)
JENTADUETO 2.5 MG-500 MG TABLET ^{MM}	3	QL(60 cada 30 días)
JENTADUETO 2.5 MG-850 MG TABLET ^{MM}	3	QL(60 cada 30 días)
JENTADUETO XR 2.5 MG-1,000 MG TABLET, EXTENDED RELEASE ^{MM}	3	QL(60 cada 30 días)
JENTADUETO XR 5 MG-1,000 MG TABLET, EXTENDED RELEASE ^{MM}	3	QL(30 cada 30 días)
jinteli 1 mg-5 mcg tablet ^{MM}	2	
jolessa 0.15 mg-30 mcg (91) tablets,3 month dose pack ^{MM,ACA}	1	QL(91 cada 90 días)
jolivettable ^{MM,ACA}	1	
juleber 0.15 mg-0.03 mg tablet ^{MM,ACA}	1	
JULUCA 50 MG-25 MG TABLET ^{MM,SP}	5	QL(30 cada 30 días)
junel 1.5/30 (21) 1.5 mg-30 mcg tablet ^{MM,ACA}	1	
junel 1/20 (21) 1 mg-20 mcg tablet ^{MM,ACA}	1	
junel fe 1.5/30 (28) 1.5 mg-30 mcg (21)/75 mg (7) tablet ^{MM,ACA}	1	
junel fe 1/20 (28) 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7) tablet ^{MM,ACA}	1	
junel fe 24 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4) tablet ^{MM,ACA}	1	
JYNARQUE 15 MG (AM)/15 MG (PM) TABLETS ^{MM,SP,LD,DL}	5	PA,QL(56 cada 28 días)
JYNARQUE 15 MG TABLET ^{MM,LD}	5	PA,QL(60 cada 30 días)
JYNARQUE 30 MG (AM)/15 MG (PM) TABLETS ^{MM,SP,LD,DL}	5	PA,QL(56 cada 28 días)
JYNARQUE 30 MG TABLET ^{MM,LD}	5	PA,QL(60 cada 30 días)
JYNARQUE 45 MG (AM)/15 MG (PM) TABLETS ^{MM,SP,LD,DL}	5	PA,QL(56 cada 28 días)
JYNARQUE 60 MG (AM)/30 MG (PM) TABLETS ^{MM,SP,LD,DL}	5	PA,QL(56 cada 28 días)
JYNARQUE 90 MG (AM)/30 MG (PM) TABLETS ^{MM,SP,LD,DL}	5	PA,QL(56 cada 28 días)
K-PHOS NO 2 305 MG-700 MG TABLET	3	
K-PHOS ORIGINAL 500 MG SOLUBLE TABLET	2	
kaitlib fe 0.8 mg-25 mcg (24)/75 mg (4) chewable tablet ^{MM}	2	
KALETRA 100 MG-25 MG TABLET ^{MM,SP}	5	QL(300 cada 30 días)
KALETRA 200 MG-50 MG TABLET ^{MM,SP}	5	QL(150 cada 30 días)
kalliga 0.15 mg-0.03 mg tablet ^{MM,ACA}	1	
KALYDECO 150 MG TABLET ^{MM,SP,LD,DL}	5	PA,QL(60 cada 30 días)
KALYDECO 25 MG ORAL GRANULES IN PACKET ^{MM,SP,LD,DL}	5	PA,QL(56 cada 28 días)
KALYDECO 50 MG ORAL GRANULES IN PACKET ^{MM,SP,LD,DL}	5	PA,QL(56 cada 28 días)
KALYDECO 75 MG ORAL GRANULES IN PACKET ^{MM,SP,LD,DL}	5	PA,QL(56 cada 28 días)
kariva (28) 0.15 mg-0.02 mg (21)/0.01 mg (5) tablet ^{MM,ACA}	1	
kelnor 1-50 (28) 1 mg-50 mcg tablet ^{MM,ACA}	1	
kelnor 1/35 (28) 1 mg-35 mcg tablet ^{MM,ACA}	1	
KEPIVANCE 6.25 MG INTRAVENOUS SOLUTION ^{SP,DL}	5	
ketoconazole 2% cream	2	
ketoconazole 2% shampoo	2	
ketoprofen 25 mg capsule	2	
ketoprofen 50 mg capsule	2	

ST - Terapia por fases • QL - Límite de cantidad • PA - Autorización previa

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DEL USO
ketoprofen 75 mg capsule	2	
ketorolac 0.4% ophth solution	2	
ketorolac 0.5% ophth solution	2	
ketorolac 10 mg tablet	2	QL(20 cada 30 días)
ketorolac 15.75 mg nasal spray ^{SP,DL}	5	PA,QL(5 cada 30 días)
ketorolac 60 mg/2 ml carpject	4	
KEVZARA 150 MG/1.14 ML SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR ^{MM,SP,DL}	5	PA,QL(2.28 cada 28 días)
KEVZARA 150 MG/1.14 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE ^{MM,SP,DL}	5	PA,QL(2.28 cada 28 días)
KEVZARA 200 MG/1.14 ML SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR ^{MM,SP,DL}	5	PA,QL(2.28 cada 28 días)
KEVZARA 200 MG/1.14 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE ^{MM,SP,DL}	5	PA,QL(2.28 cada 28 días)
KINRIX (PF) 25 LF-58 MCG-10 LF/0.5 ML INTRAMUSCULAR SUSPENSION ^{ACA}	4	
KINRIX (PF) 25 LF-58 MCG-10 LF/0.5 ML INTRAMUSCULAR SYRINGE ^{ACA}	4	
kionex 15 gm/60 ml suspension	3	
klor-con m10 meq tablet,extended release ^{MM}	1	
KLOR-CON M15 MEQ TABLET,EXTENDED RELEASE ^{MM}	2	
klor-con m20 meq tablet,extended release ^{MM}	1	
klor-con/ef 25 meq effervescent tablet ^{MM}	3	
KORLYM 300 MG TABLET ^{MM,SP,LD,DL}	5	PA,QL(120 cada 30 días)
KOSELUGO 10 MG CAPSULE ^{MM,SP,DL}	5	PA,QL(240 cada 30 días)
KOSELUGO 25 MG CAPSULE ^{MM,SP,DL}	5	PA,QL(120 cada 30 días)
KOSHER PRENATAL PLUS IRON 30 MG IRON-1 MG TABLET ^{MM}	4	
KRINTAFEL 150 MG TABLET	3	QL(4 cada 180 días)
KRO PEN NEEDLE 4MM X 33G ^{MM}	3	
kurvelo (28) 0.15 mg-0.03 mg tablet ^{MM,ACA}	1	
KUVAN 100 MG ORAL POWDER PACKET ^{MM,SP,LD,DL}	5	PA
KUVAN 100 MG SOLUBLE TABLET ^{MM,SP,LD,DL}	5	PA
KUVAN 500 MG ORAL POWDER PACKET ^{MM,SP,LD,DL}	5	PA
KYLEENA 17.5 MCG/24 HRS (5YRS) 19.5MG INTRAUTERINE DEVICE ^{MM,SP,ACA,DL}	5	
l-cysteine 50 mg/ml vial	2	
l-methylfolate 15 mg tablet	3	
l-methylfolate 7.5 mg tablet	3	
l-methylfolate calcium 15 mg	3	
l-methylfolate calcium 7.5 mg	3	
labetalol hcl 100 mg tablet ^{MM}	2	
labetalol hcl 200 mg tablet ^{MM}	2	
labetalol hcl 300 mg tablet ^{MM}	2	
lactulose 10 gm/15 ml solution ^{MM}	2	
lactulose 10 gm/15 ml solution ^{MM}	2	
lactulose 20 gm/30 ml solution ^{MM}	2	
lamivudine 10 mg/ml oral soln ^{MM}	3	QL(960 cada 30 días)
lamivudine 150 mg tablet ^{MM}	2	QL(60 cada 30 días)
lamivudine 300 mg tablet ^{MM}	2	QL(30 cada 30 días)
lamivudine hbv 100 mg tablet ^{MM}	3	QL(90 cada 30 días)
lamivudine-zidovudine tablet ^{MM}	3	QL(60 cada 30 días)
lamotrigine 100 mg tablet ^{MM}	1	
lamotrigine 150 mg tablet ^{MM}	1	
lamotrigine 200 mg tablet ^{MM}	1	
lamotrigine 25 mg disper tab ^{MM}	2	QL(120 cada 30 días)
lamotrigine 25 mg tablet ^{MM}	1	
lamotrigine 5 mg disper tablet ^{MM}	2	QL(150 cada 30 días)
lamotrigine odt 100 mg tablet ^{MM}	4	ST
lamotrigine odt 200 mg tablet ^{MM}	4	ST
lamotrigine odt 25 mg tablet ^{MM}	4	ST
lamotrigine odt 50 mg tablet ^{MM}	4	ST
lamotrigine tab start kit-blue	1	

ST - Terapia por fases • QL - Límite de cantidad • PA - Autorización previa

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DEL USO
lamotrigine tab start kt-green	1	
lamotrigine tab start kt-orang	1	
LAMPIT 120 MG TABLET	4	
LAMPIT 30 MG TABLET	4	
LANCETS, SUPER THIN ^{MM}	3	
LANCETS, THIN ^{MM}	3	
LANCETS, THIN 23 GAUGE ^{MM}	3	
LANCETS, THIN 28 GAUGE ^{MM}	3	
LANCETS, ULTRA THIN ^{MM}	3	
LANCETS, ULTRA THIN 26 GAUGE ^{MM}	3	
LANCING DEVICE	3	
LANCING DEVICE WITH LANCETS	3	
LANCING SYSTEM	3	
LANOXIN 187.5 MCG TABLET ^{MM}	3	QL(30 cada 30 días)
LANOXIN 62.5 MCG (0.0625 MG) TABLET ^{MM}	3	QL(30 cada 30 días)
lansoprazol-amoxicil-clarithro	4	
lansoprazole dr 15 mg capsule ^{MM}	2	QL(60 cada 30 días)
lansoprazole dr 30 mg capsule ^{MM}	2	QL(60 cada 30 días)
lansoprazole odt 15 mg tablet ^{MM}	4	QL(30 cada 30 días)
lansoprazole odt 30 mg tablet ^{MM}	4	QL(30 cada 30 días)
lanthanum carb 1,000 mg tb chw ^{MM,SP,DL}	5	ST
lanthanum carb 500 mg tab chew ^{MM,SP,DL}	5	ST
lanthanum carb 750 mg tab chew ^{MM,SP,DL}	5	ST
LANTUS SOLOSTAR U-100 INSULIN 100 UNIT/ML (3 ML) SUBCUTANEOUS PEN ^{MM}	3	
LANTUS U-100 INSULIN 100 UNIT/ML SUBCUTANEOUS SOLUTION ^{MM}	3	
LANZO LANCING DEVICE KIT ^{MM}	3	
lapatinib 250 mg tablet ^{MM,SP,DL}	5	PA,QL(180 cada 30 días)
larin 1.5/30 (21) 1.5 mg-30 mcg tablet ^{MM,ACA}	1	
larin 1/20 (21) 1 mg-20 mcg tablet ^{MM,ACA}	1	
larin 24 fe 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4) tablet ^{MM,ACA}	1	
larin fe 1.5/30 (28) 1.5 mg-30 mcg (21)/75 mg (7) tablet ^{MM,ACA}	1	
larin fe 1/20 (28) 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7) tablet ^{MM,ACA}	1	
larissia 0.1 mg-20 mcg tablet ^{MM,ACA}	1	
LASTACAFT 0.25 % EYE DROPS	4	ST
latanoprost 0.005% eye drops ^{MM}	1	QL(5 cada 25 días)
leena 28 0.5 mg/1 mg/0.5 mg-35 mcg tablet ^{MM,ACA}	1	
leflunomide 10 mg tablet ^{MM}	3	QL(30 cada 30 días)
leflunomide 20 mg tablet ^{MM}	3	QL(30 cada 30 días)
lessina 0.1 mg-20 mcg tablet ^{MM,ACA}	1	
letrozole 2.5 mg tablet ^{MM}	1	QL(30 cada 30 días)
leucovorin calcium 10 mg tab	3	
leucovorin calcium 15 mg tab	3	
leucovorin calcium 25 mg tab	3	
leucovorin calcium 5 mg tab	3	
LEUKERAN 2 MG TABLET ^{SP,DL}	5	QL(480 cada 30 días)
leuprolide 2wk 14 mg/2.8 ml kt ^{MM,SP,DL}	5	PA,QL(2.8 cada 14 días)
leuprolide 2wk 14 mg/2.8 ml vl ^{MM}	3	PA,QL(2.8 cada 14 días)
levalbuterol 0.31 mg/3 ml sol ^{MM}	3	
levalbuterol 0.63 mg/3 ml sol ^{MM}	3	
levalbuterol 1.25 mg/3 ml sol ^{MM}	3	
levalbuterol conc 1.25 mg/0.5 ^{MM}	3	
levetiracetam 1,000 mg tablet ^{MM}	1	
levetiracetam 100 mg/ml soln ^{MM}	2	QL(900 cada 30 días)
levetiracetam 250 mg tablet ^{MM}	1	
levetiracetam 500 mg tablet ^{MM}	1	

ST - Terapia por fases • QL - Límite de cantidad • PA - Autorización previa

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DEL USO
levetiracetam 500 mg/5 ml soln ^{MM}	2	QL(900 cada 30 días)
levetiracetam 750 mg tablet ^{MM}	1	
levetiracetam er 500 mg tablet ^{MM}	2	
levetiracetam er 750 mg tablet ^{MM}	2	
LEVO-T 100 MCG TABLET ^{MM}	3	
LEVO-T 112 MCG TABLET ^{MM}	3	
LEVO-T 125 MCG TABLET ^{MM}	3	
LEVO-T 137 MCG TABLET ^{MM}	3	
LEVO-T 150 MCG TABLET ^{MM}	3	
LEVO-T 175 MCG TABLET ^{MM}	3	
LEVO-T 200 MCG TABLET ^{MM}	3	
LEVO-T 25 MCG TABLET ^{MM}	3	
LEVO-T 300 MCG TABLET ^{MM}	3	
LEVO-T 50 MCG TABLET ^{MM}	3	
LEVO-T 75 MCG TABLET ^{MM}	3	
LEVO-T 88 MCG TABLET ^{MM}	3	
levobunolol 0.5% eye drops ^{MM}	1	QL(5 cada 25 días)
levocarnitine 1 g/10 ml soln ^{MM}	2	
levocarnitine 330 mg tablet ^{MM}	2	
levocarnitine sf 1 g/10 ml sol ^{MM}	3	
levocetirizine 2.5 mg/5 ml sol ^{MM}	3	QL(300 cada 30 días)
levocetirizine 5 mg tablet ^{MM}	1	QL(30 cada 30 días)
levofloxacin 0.5% eye drops	3	
levofloxacin 25 mg/ml solution	3	
levofloxacin 250 mg tablet	2	
levofloxacin 500 mg tablet	2	
levofloxacin 750 mg tablet	2	
levomefolate-algal 15 mg cap	3	
levomefolate-algal 7.5 mg cap	3	
levonest (28) 50-30 (6)/75-40(5)/125-30(10) tablet ^{MM,ACA}	1	
levono-e estrad 0.15-0.03-0.01 ^{MM,ACA}	1	QL(91 cada 90 días)
levonor-e estrad 0.1-0.02-0.01 ^{MM,ACA}	1	QL(91 cada 90 días)
levonor-eth estra 0.09-0.02 mg ^{MM}	4	
levonor-eth estrad 0.1-0.02 mg ^{MM,ACA}	1	
levonor-eth estrad 0.15-0.03 ^{MM,ACA}	1	
levonor-eth estrad 0.15-0.03 ^{MM,ACA}	1	QL(91 cada 90 días)
levonor-eth estrad triphasic ^{MM,ACA}	1	
levonorg 0.15mg-ee 20-25-30mcg ^{MM}	4	QL(91 cada 90 días)
levonorgestrel 1.5 mg tablet ^{ACA}	1	
levora-28 0.15 mg-0.03 mg tablet ^{MM,ACA}	1	
levorphanol 2 mg tablet ^{SP,DL}	5	ST,QL(240 cada 30 días)
levorphanol 3 mg tablet ^{SP,DL}	5	ST,QL(150 cada 30 días)
levothyroxine 100 mcg tablet ^{MM}	1	
levothyroxine 112 mcg tablet ^{MM}	1	
levothyroxine 125 mcg tablet ^{MM}	1	
levothyroxine 137 mcg tablet ^{MM}	1	
levothyroxine 150 mcg tablet ^{MM}	1	
levothyroxine 175 mcg tablet ^{MM}	1	
levothyroxine 200 mcg tablet ^{MM}	1	
levothyroxine 25 mcg tablet ^{MM}	1	
levothyroxine 300 mcg tablet ^{MM}	1	
levothyroxine 50 mcg tablet ^{MM}	1	
levothyroxine 75 mcg tablet ^{MM}	1	
levothyroxine 88 mcg tablet ^{MM}	1	

ST - Terapia por fases • QL - Límite de cantidad • PA - Autorización previa

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DEL USO
LEVOXYL 100 MCG TABLET ^{MM}	3	
LEVOXYL 112 MCG TABLET ^{MM}	3	
LEVOXYL 125 MCG TABLET ^{MM}	3	
LEVOXYL 137 MCG TABLET ^{MM}	3	
LEVOXYL 150 MCG TABLET ^{MM}	3	
LEVOXYL 175 MCG TABLET ^{MM}	3	
LEVOXYL 200 MCG TABLET ^{MM}	3	
LEVOXYL 25 MCG TABLET ^{MM}	3	
LEVOXYL 50 MCG TABLET ^{MM}	3	
LEVOXYL 75 MCG TABLET ^{MM}	3	
LEVOXYL 88 MCG TABLET ^{MM}	3	
LEXIVA 50 MG/ML ORAL SUSPENSION ^{MM,SP}	5	QL(1575 cada 28 días)
lidocaine 2% viscous soln	2	
lidocaine 5% patch	3	PA,QL(90 cada 30 días)
lidocaine hcl 2% jelly	3	
lidocaine hcl 2% jelly uro-jet	3	
lidocaine viscous 2 % mucosal solution	2	
lidocaine-prilocaine cream	2	
LILETTA 20.1 MCG/24 HRS (6 YRS) 52 MG INTRAUTERINE DEVICE ^{MM,SP,ACA,DL}	5	
lillow (28) 0.15 mg-0.03 mg tablet ^{MM,ACA}	1	
lincomycin hcl 600 mg/2 ml vl	4	
lindane 1% shampoo	3	
linezolid 100 mg/5 ml susp	4	QL(1800 cada 30 días)
linezolid 600 mg tablet	3	QL(30 cada 30 días)
LINZESS 145 MCG CAPSULE ^{MM}	3	QL(30 cada 30 días)
LINZESS 290 MCG CAPSULE ^{MM}	3	QL(30 cada 30 días)
LINZESS 72 MCG CAPSULE ^{MM}	3	QL(30 cada 30 días)
liothyronine sod 25 mcg tab ^{MM}	2	
liothyronine sod 5 mcg tab ^{MM}	2	
liothyronine sod 50 mcg tab ^{MM}	2	
lisinopril 10 mg tablet ^{MM}	1	
lisinopril 2.5 mg tablet ^{MM}	1	
lisinopril 20 mg tablet ^{MM}	1	
lisinopril 30 mg tablet ^{MM}	1	
lisinopril 40 mg tablet ^{MM}	1	
lisinopril 5 mg tablet ^{MM}	1	
lisinopril-hctz 10-12.5 mg tab ^{MM}	1	
lisinopril-hctz 20-12.5 mg tab ^{MM}	1	
lisinopril-hctz 20-25 mg tab ^{MM}	1	
LITE TOUCH INSULIN PEN NEEDLES 29 GAUGE X 1/2" ^{MM}	3	
LITE TOUCH INSULIN PEN NEEDLES 31 GAUGE X 1/4" ^{MM}	3	
LITE TOUCH INSULIN PEN NEEDLES 31 GAUGE X 3/16" ^{MM}	3	
LITE TOUCH INSULIN PEN NEEDLES 31 GAUGE X 5/16" ^{MM}	3	
LITE TOUCH INSULIN SYRINGE 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2" ^{MM}	3	
LITE TOUCH INSULIN SYRINGE 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16" ^{MM}	3	
LITE TOUCH INSULIN SYRINGE 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16" ^{MM}	3	
LITE TOUCH INSULIN SYRINGE 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2" ^{MM}	3	
LITE TOUCH INSULIN SYRINGE 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16" ^{MM}	3	
LITE TOUCH INSULIN SYRINGE 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16" ^{MM}	3	
LITE TOUCH INSULIN SYRINGE 1 ML 28 GAUGE ^{MM}	3	
LITE TOUCH INSULIN SYRINGE 1 ML 28 GAUGE X 1/2" ^{MM}	3	
LITE TOUCH INSULIN SYRINGE 1 ML 29 GAUGE ^{MM}	3	
LITE TOUCH INSULIN SYRINGE 1 ML 29 GAUGE X 1/2" ^{MM}	3	
LITE TOUCH INSULIN SYRINGE 1 ML 30 GAUGE X 5/16" ^{MM}	3	
LITE TOUCH INSULIN SYRINGE 1 ML 30 GAUGE X 7/16" ^{MM}	3	

ST - Terapia por fases • QL - Límite de cantidad • PA - Autorización previa

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DEL USO
LITE TOUCH INSULIN SYRINGE 1 ML 31 GAUGE X 5/16 ^{MM}	3	
LITE TOUCH INSULIN SYRINGE 1/2 ML 28 GAUGE ^{MM}	3	
LITE TOUCH INSULIN SYRINGE 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2 ^{MM}	3	
LITE TOUCH INSULIN SYRINGE 1/2 ML 29 ^{MM}	3	
LITE TOUCH INSULIN SYRINGE 1/2 ML 30 GAUGE ^{MM}	3	
LITE TOUCH LANCETS 28 GAUGE ^{MM}	3	
LITE TOUCH LANCETS 30 GAUGE ^{MM}	3	
LITE TOUCH LANCETS 33 GAUGE ^{MM}	3	
LITE TOUCH LANCING DEVICE	3	
LITE TOUCH-MEDIUM MASK	3	
LITEAIRE MDI CHAMBER	3	
LITETOUCH-LARGE MASK	3	
LITETOUCH-SMALL MASK	3	
LITHATE 20 MG CAPSULE	3	
LITHATE 5 MG CAPSULE	3	
lithium 8 meq/5 ml solution ^{MM}	3	
lithium carbonate 150 mg cap ^{MM}	1	
lithium carbonate 300 mg cap ^{MM}	1	
lithium carbonate 300 mg tab ^{MM}	2	
lithium carbonate 600 mg cap ^{MM}	1	
lithium carbonate er 300 mg tb ^{MM}	2	
lithium carbonate er 450 mg tb ^{MM}	2	
LITHOSTAT 250 MG TABLET	4	
LO LOESTRIN FE 1 MG-10 MCG (24)/10 MCG (2) TABLET ^{MM,ACA}	3	
lo-zumandimine (28) 3 mg-0.02 mg tablet ^{MM,ACA}	1	
lojaimiess 0.10 mg-20 mcg (84)/10 mcg(7) tablets,3 month dose pack ^{MM,ACA}	1	QL(91 cada 90 días)
LONSURF 15 MG-6.14 MG TABLET ^{SP,LD,DL}	5	PA,QL(100 cada 30 días)
LONSURF 20 MG-8.19 MG TABLET ^{SP,LD,DL}	5	PA,QL(80 cada 30 días)
loperamide 2 mg capsule ^{MM}	2	
lopinavir-ritonavir 80-20mg/ml ^{MM}	4	
lorazepam 0.5 mg tablet ^{DL}	2	QL(90 cada 30 días)
lorazepam 1 mg tablet ^{DL}	2	QL(90 cada 30 días)
lorazepam 2 mg tablet ^{DL}	2	QL(150 cada 30 días)
lorazepam 2 mg/ml oral concent ^{DL}	2	QL(150 cada 30 días)
lorazepam intensol 2 mg/ml oral concentrate ^{DL}	2	QL(150 cada 30 días)
LORBRENA 100 MG TABLET ^{MM,SP,DL}	5	PA,QL(30 cada 30 días)
LORBRENA 25 MG TABLET ^{MM,SP,DL}	5	PA,QL(90 cada 30 días)
loryna (28) 3 mg-0.02 mg tablet ^{MM,ACA}	1	
losartan potassium 100 mg tab ^{MM}	1	QL(60 cada 30 días)
losartan potassium 25 mg tab ^{MM}	1	QL(60 cada 30 días)
losartan potassium 50 mg tab ^{MM}	1	QL(60 cada 30 días)
losartan-hctz 100-12.5 mg tab ^{MM}	1	QL(60 cada 30 días)
losartan-hctz 100-25 mg tab ^{MM}	1	QL(60 cada 30 días)
losartan-hctz 50-12.5 mg tab ^{MM}	1	QL(60 cada 30 días)
lovastatin 10 mg tablet ^{MM,ACA}	1	
lovastatin 20 mg tablet ^{MM,ACA}	1	
lovastatin 40 mg tablet ^{MM,ACA}	1	
low-ogestrel (28) 0.3 mg-30 mcg tablet ^{MM,ACA}	1	
loxapine 10 mg capsule ^{MM}	2	
loxapine 25 mg capsule ^{MM}	2	
loxapine 5 mg capsule ^{MM}	2	
loxapine 50 mg capsule ^{MM}	2	
lugols 5 % oral solution	3	
LUMIGAN 0.01 % EYE DROPS ^{MM}	3	QL(2.5 cada 25 días)
LUPRON DEPOT 11.25 MG (3 MONTH) INTRAMUSCULAR SYRINGE KIT ^{SP}	5	PA,QL(1 cada 90 días)

ST - Terapia por fases • QL - Límite de cantidad • PA - Autorización previa

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DEL USO
LUPRON DEPOT 22.5 MG (3 MONTH) INTRAMUSCULAR SYRINGE KIT ^{MM,SP}	5	PA,QL(1 cada 90 días)
LUPRON DEPOT 3.75 MG INTRAMUSCULAR SYRINGE KIT ^{SP,DL}	5	PA,QL(1 cada 30 días)
LUPRON DEPOT 30 MG (4 MONTH) INTRAMUSCULAR SYRINGE KIT ^{MM,SP}	5	PA,QL(1 cada 112 días)
LUPRON DEPOT 7.5 MG INTRAMUSCULAR SYRINGE KIT ^{MM,SP,DL}	5	PA,QL(1 cada 30 días)
LUPRON DEPOT-PED 11.25 MG (3 MONTH) INTRAMUSCULAR SYRINGE KIT ^{MM,SP}	5	PA,QL(1 cada 90 días)
LUPRON DEPOT-PED 11.25 MG INTRAMUSCULAR KIT ^{MM,SP,DL}	5	PA,QL(1 cada 28 días)
LUPRON DEPOT-PED 15 MG INTRAMUSCULAR KIT ^{MM,SP,DL}	5	PA,QL(1 cada 28 días)
LUPRON DEPOT-PED 30 MG (3 MONTH) INTRAMUSCULAR SYRINGE KIT ^{MM,SP}	5	PA,QL(1 cada 90 días)
LUPRON DEPOT-PED 7.5 MG (PED) INTRAMUSCULAR KIT ^{MM,SP,DL}	5	PA,QL(1 cada 28 días)
luter (28) 0.1 mg-20 mcg tablet ^{MM,ACA}	1	
lyleq 0.35 mg tablet ^{MM,ACA}	1	
lyllana 0.025 mg/24 hr transdermal patch ^{MM}	3	QL(8 cada 28 días)
lyllana 0.0375 mg/24 hr transdermal patch ^{MM}	3	QL(8 cada 28 días)
lyllana 0.05 mg/24 hr transdermal patch ^{MM}	3	QL(8 cada 28 días)
lyllana 0.075 mg/24 hr transdermal patch ^{MM}	3	QL(8 cada 28 días)
lyllana 0.1 mg/24 hr transdermal patch ^{MM}	3	QL(8 cada 28 días)
LYNPARZA 100 MG TABLET ^{MM,SP,LD,DL}	5	PA,QL(120 cada 30 días)
LYNPARZA 150 MG TABLET ^{MM,SP,LD,DL}	5	PA,QL(120 cada 30 días)
LYSIPLEX PLUS TABLET	3	
LYSODREN 500 MG TABLET ^{MM,SP,DL}	5	
lyza 0.35 mg tablet ^{MM,ACA}	1	
M-M-R II (PF) 1,000-12,500 TCID50/0.5 ML SUBCUTANEOUS SOLUTION ^{ACA}	4	
m-natal plus 27 mg iron-1 mg tablet ^{MM}	2	
MAGELLAN INSULIN SAFETY SYRINGE 0.3 ML 29 X 1/2" ^{MM}	3	
MAGELLAN INSULIN SAFETY SYRINGE 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2" ^{MM}	3	
MAGELLAN INSULIN SAFETY SYRINGE 1 ML 29 GAUGE X 1/2" ^{MM}	3	
MAGELLAN INSULIN SAFETY SYRINGE 1 ML 30 GAUGE X 5/16" ^{MM}	3	
MAGELLAN SAFETY SYRINGE 1 ML 23 GAUGE X 1"	3	
MAGELLAN SYRINGE 0.3 ML 30 X 5/16" ^{MM}	3	
MAGELLAN SYRINGE 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16" ^{MM}	3	
MAGELLAN SYRINGE 1 ML 27 GAUGE X 1/2"	3	
MAGELLAN TUBERCULIN SAFETY SYRINGE 1 ML 28 GAUGE X 1/2"	3	
MAKENA (PF) 275 MG/1.1 ML SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR ^{SP,DL}	5	PA
MAKENA 250 MG/ML (1 ML) INTRAMUSCULAR OIL ^{SP,DL}	5	PA
MAKENA 250 MG/ML INTRAMUSCULAR OIL ^{SP,DL}	5	PA
malathion 0.5% lotion	4	
mannitol 20% iv solution	4	
maprotiline 25 mg tablet ^{MM}	3	
maprotiline 50 mg tablet ^{MM}	3	
maprotiline 75 mg tablet ^{MM}	3	
marlissa (28) 0.15 mg-0.03 mg tablet ^{MM,ACA}	1	
MARNATAL-F 60 MG IRON-1 MG CAPSULE ^{MM}	4	
MARPLAN 10 MG TABLET ^{MM}	4	
MATULANE 50 MG CAPSULE ^{SP,LD,DL}	5	
matzim la 180 mg tablet,extended release ^{MM}	3	QL(60 cada 30 días)
matzim la 240 mg tablet,extended release ^{MM}	3	QL(60 cada 30 días)
matzim la 300 mg tablet,extended release ^{MM}	3	QL(30 cada 30 días)
matzim la 360 mg tablet,extended release ^{MM}	3	QL(30 cada 30 días)
matzim la 420 mg tablet,extended release ^{MM}	3	QL(30 cada 30 días)
MAXI-COMFORT INSULIN SYRINGE 1 ML 28 GAUGE X 1/2" ^{MM}	3	
MAXI-COMFORT INSULIN SYRINGE 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2" ^{MM}	3	
MAXICOMFORT II PEN NEEDLE 31 GAUGE X 1/4" ^{MM}	3	
MAXICOMFORT INSULIN SYRINGE 1 ML 27 GAUGE X 1/2" ^{MM}	3	
MAXICOMFORT INSULIN SYRINGE 1/2 ML 27 GAUGE X 1/2" ^{MM}	3	

ST - Terapia por fases • QL - Límite de cantidad • PA - Autorización previa

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DEL USO
MAXICOMFORT SAFETY PEN NEEDLE 29 GAUGE X 3/16 ^{MM}	3	
MAXICOMFORT SAFETY PEN NEEDLE 29 GAUGE X 5/16 ^{MM}	3	
MAYZENT 0.25 MG TABLET ^{MM,SP,DL}	5	PA,QL(120 cada 30 días)
MAYZENT 2 MG TABLET ^{MM,SP,DL}	5	PA,QL(30 cada 30 días)
MAYZENT STARTER PACK 0.25 MG (12 TABS) TABLETS ^{SP,DL}	5	PA,QL(12 cada 30 días)
meclizine 12.5 mg tablet	2	
meclizine 25 mg tablet	2	
meclofenamate 100 mg capsule	4	
meclofenamate 50 mg capsule	4	
MEDISENSE CONTROLS 1-HI 1-LO COMBO PACK ^{MM}	3	
MEDISENSE MID CONTROL SOLUTION ^{MM}	3	
MEDISENSE THIN LANCETS ^{MM}	3	
MEDISENSE THIN LANCETS 28 GAUGE ^{MM}	3	
MEDLANCE PLUS LANCETS 21 GAUGE ^{MM}	3	
MEDLANCE PLUS LANCETS 25 GAUGE ^{MM}	3	
MEDLANCE PLUS LANCETS 30 GAUGE ^{MM}	3	
MEDPOINT NORMAL CONTROL SOLUTION ^{MM}	3	
medroxyprogesterone 10 mg tab ^{MM}	1	
medroxyprogesterone 150 mg/ml ^{MM,ACA}	1	QL(1 cada 90 días)
medroxyprogesterone 150 mg/ml ^{MM,ACA}	1	QL(1 cada 90 días)
medroxyprogesterone 2.5 mg tab ^{MM}	1	
medroxyprogesterone 5 mg tab ^{MM}	1	
mefenamic acid 250 mg capsule	4	
mefloquine hcl 250 mg tablet	2	
megestrol 20 mg tablet	1	
megestrol 40 mg tablet	1	
megestrol acet 40 mg/ml susp ^{MM}	3	
megestrol acet 400 mg/10 ml ^{MM}	3	
MEKTOVI 15 MG TABLET ^{MM,SP,LD,DL}	5	PA,QL(180 cada 30 días)
melodetta 24 fe chewable tab ^{MM}	2	
meloxicam 15 mg tablet ^{MM}	1	QL(30 cada 30 días)
meloxicam 7.5 mg tablet ^{MM}	1	QL(60 cada 30 días)
melphalan 2 mg tablet ^{SP,DL}	5	QL(80 cada 30 días)
memantine 5-10 mg titration pk	1	QL(98 cada 30 días)
memantine hcl 10 mg tablet ^{MM}	1	QL(60 cada 30 días)
memantine hcl 2 mg/ml solution ^{MM}	4	QL(360 cada 30 días)
memantine hcl 5 mg tablet ^{MM}	1	QL(60 cada 30 días)
MENEST 0.3 MG TABLET ^{MM}	3	
MENEST 0.625 MG TABLET ^{MM}	3	
MENEST 1.25 MG TABLET ^{MM}	3	
MENEST 2.5 MG TABLET ^{MM}	3	
meperidine 50 mg tablet ^{DL}	2	QL(480 cada 30 días)
meperidine 50 mg/5 ml solution ^{DL}	2	QL(720 cada 30 días)
meprobamate 200 mg tablet	3	
meprobamate 400 mg tablet	3	
mercaptopurine 50 mg tablet ^{MM}	2	QL(480 cada 30 días)
merzee 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4) capsule ^{MM,ACA}	3	
mesalamine 4 gm/60 ml enema ^{MM}	4	QL(1800 cada 30 días)
mesalamine 4 gm/60 ml kit ^{MM}	4	QL(30 cada 30 días)
mesalamine dr 1.2 gm tablet ^{MM}	4	QL(120 cada 30 días)
MESNEX 400 MG TABLET ^{SP,DL}	5	
metadate er 20 mg tablet,extended release ^{MM}	3	QL(90 cada 30 días)
metaproterenol 10 mg tablet ^{MM}	3	
metaproterenol 10 mg/5 ml syr ^{MM}	2	
metaproterenol 20 mg tablet ^{MM}	3	

ST - Terapia por fases • QL - Límite de cantidad • PA - Autorización previa

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DEL USO
metaxalone 800 mg tablet	4	ST,QL(120 cada 30 días)
METER-CHECK SOLUTION ^{MM}	3	
metformin hcl 1,000 mg tablet ^{MM}	1	
metformin hcl 500 mg tablet ^{MM}	1	
metformin hcl 850 mg tablet ^{MM}	1	
metformin hcl er 500 mg tablet ^{MM}	1	QL(120 cada 30 días)
metformin hcl er 750 mg tablet ^{MM}	1	QL(60 cada 30 días)
methadone 10 mg/5 ml solution ^{DL}	2	QL(1800 cada 30 días)
methadone 10 mg/ml oral conc ^{DL}	2	QL(360 cada 30 días)
methadone 40 mg tablet dispr ^{DL}	2	QL(90 cada 30 días)
methadone 5 mg/5 ml solution ^{DL}	2	QL(3600 cada 30 días)
methadone hcl 10 mg tablet ^{DL}	2	QL(240 cada 30 días)
methadone hcl 5 mg tablet ^{DL}	2	QL(480 cada 30 días)
methadone intensol 10 mg/ml oral concentrate ^{DL}	2	QL(360 cada 30 días)
methadose 40 mg soluble tablet ^{DL}	2	QL(90 cada 30 días)
methamphetamine 5 mg tablet ^{MM}	4	ST,QL(150 cada 30 días)
methazolamide 25 mg tablet ^{MM}	3	
methazolamide 50 mg tablet ^{MM}	3	
methergine 0.2 mg tablet	4	
methimazole 10 mg tablet ^{MM}	1	
methimazole 5 mg tablet ^{MM}	1	
METHITEST 10 MG TABLET ^{MM,SP,DL}	5	
methocarbamol 500 mg tablet	2	
methocarbamol 750 mg tablet	2	
methotrexate 1 gm vial	4	
methotrexate 2.5 mg tablet ^{MM}	2	
methotrexate 50 mg/2 ml vial	2	
methotrexate 50 mg/2 ml vial	2	
methoxsalen 10 mg softgel ^{SP,DL}	5	
methscopolamine brom 2.5 mg tb	3	
methscopolamine brom 5 mg tab	3	
methylcobalamin 10,000 mcg vl	2	
methyl dopa 250 mg tablet ^{MM}	1	
methyl dopa 500 mg tablet ^{MM}	1	
methyl dopa-hctz 250-15 mg tab ^{MM}	3	
methyl dopa-hctz 250-25 mg tab ^{MM}	3	
methyl ergonovine 0.2 mg tablet	4	
methylphenidate 10 mg chew tab ^{MM}	4	ST,QL(180 cada 30 días)
methylphenidate 10 mg tablet ^{MM}	2	QL(90 cada 30 días)
methylphenidate 10 mg/5 ml sol ^{MM}	3	QL(900 cada 30 días)
methylphenidate 2.5 mg chew tb ^{MM}	4	ST,QL(150 cada 30 días)
methylphenidate 20 mg tablet ^{MM}	2	QL(90 cada 30 días)
methylphenidate 5 mg chew tab ^{MM}	4	ST,QL(150 cada 30 días)
methylphenidate 5 mg tablet ^{MM}	2	QL(90 cada 30 días)
methylphenidate 5 mg/5 ml soln ^{MM}	3	QL(1800 cada 30 días)
methylphenidate cd 10 mg cap ^{MM}	3	QL(30 cada 30 días)
methylphenidate cd 20 mg cap ^{MM}	3	QL(60 cada 30 días)
methylphenidate cd 30 mg cap ^{MM}	3	QL(60 cada 30 días)
methylphenidate cd 40 mg cap ^{MM}	3	QL(30 cada 30 días)
methylphenidate cd 50 mg cap ^{MM}	3	QL(30 cada 30 días)
methylphenidate cd 60 mg cap ^{MM}	3	QL(30 cada 30 días)
methylphenidate er 10 mg tab ^{MM}	3	QL(180 cada 30 días)
methylphenidate er 20 mg tab ^{MM}	3	QL(90 cada 30 días)
methylphenidate la 10 mg cap ^{MM}	3	QL(30 cada 30 días)
methylphenidate la 20 mg cap ^{MM}	3	QL(30 cada 30 días)

ST - Terapia por fases • QL - Límite de cantidad • PA - Autorización previa

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DEL USO
methylphenidate la 30 mg cap ^{MM}	3	QL(60 cada 30 días)
methylphenidate la 40 mg cap ^{MM}	3	QL(30 cada 30 días)
methylphenidate la 60 mg cap ^{MM}	3	QL(30 cada 30 días)
methylprednisolone 16 mg tab	2	
methylprednisolone 32 mg tab	2	
methylprednisolone 4 mg dosepk	2	
methylprednisolone 4 mg tablet	2	
methylprednisolone 8 mg tab	2	
methyltestosterone 10 mg cap ^{MM,SP,DL}	5	
metipranolol 0.3% eye drops ^{MM}	2	
metoclopramide 10 mg tablet	1	
metoclopramide 5 mg tablet	1	
metoclopramide 5 mg/5 ml soln	2	
metolazone 10 mg tablet ^{MM}	2	
metolazone 2.5 mg tablet ^{MM}	2	
metolazone 5 mg tablet ^{MM}	2	
metoprolol succ er 100 mg tab ^{MM}	1	QL(60 cada 30 días)
metoprolol succ er 200 mg tab ^{MM}	1	QL(60 cada 30 días)
metoprolol succ er 25 mg tab ^{MM}	1	QL(60 cada 30 días)
metoprolol succ er 50 mg tab ^{MM}	1	QL(60 cada 30 días)
metoprolol tartrate 100 mg tab ^{MM}	1	
metoprolol tartrate 25 mg tab ^{MM}	1	
metoprolol tartrate 37.5 mg tb ^{MM}	1	
metoprolol tartrate 50 mg tab ^{MM}	1	
metoprolol tartrate 75 mg tab ^{MM}	1	
metoprolol-hctz 100-25 mg tab ^{MM}	2	
metoprolol-hctz 100-50 mg tab ^{MM}	2	
metoprolol-hctz 50-25 mg tab ^{MM}	2	
metronidazole 0.75% cream	3	
metronidazole 250 mg tablet	2	
metronidazole 500 mg tablet	2	
metronidazole topical 0.75% gl	3	
metronidazole vaginal 0.75% gl	3	
mexiletine 150 mg capsule ^{MM}	3	
mexiletine 200 mg capsule ^{MM}	3	
mexiletine 250 mg capsule ^{MM}	3	
MIACALCIN 200 UNIT/ML INJECTION SOLUTION	4	QL(4 cada 28 días)
mibelas 24 fe chewable tablet ^{MM}	2	
micafungin 100 mg vial	4	
micafungin 50 mg vial	4	
miconazole-3 200 mg vaginal suppository	2	
MICRO THIN LANCETS 33 GAUGE ^{MM}	3	
MICROCHAMBER SPACER	3	
MICRODOT HIGH-LOW CONTROL SOLUTION ^{MM}	3	
MICRODOT INSULIN PEN NEEDLE 31 GAUGE X 1/4" ^{MM}	3	
MICRODOT INSULIN PEN NEEDLE 32 GAUGE X 5/32" ^{MM}	3	
MICRODOT INSULIN PEN NEEDLE 33 GAUGE X 5/32" ^{MM}	3	
MICRODOT NORMAL CONTROL SOLUTION ^{MM}	3	
microgestin 1.5/30 (21) 1.5 mg-30 mcg tablet ^{MM,ACA}	1	
microgestin 1/20 (21) 1 mg-20 mcg tablet ^{MM,ACA}	1	
microgestin 24 fe 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4) tablet ^{MM,ACA}	1	
microgestin fe 1.5/30 (28) 1.5 mg-30 mcg (21)/75 mg (7) tablet ^{MM,ACA}	1	
microgestin fe 1/20 (28) 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7) tablet ^{MM,ACA}	1	
MICROLET 2 LANCING DEVICE KIT ^{MM}	3	
MICROLET LANCET ^{MM}	3	
MICROLET NEXT LANCING DEVICE KIT ^{MM}	3	

ST - Terapia por fases • QL - Límite de cantidad • PA - Autorización previa

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DEL USO
MICROSPACER	3	
midazolam hcl 2 mg/ml syrup ^{DL}	2	
midodrine hcl 10 mg tablet	3	
midodrine hcl 2.5 mg tablet	3	
midodrine hcl 5 mg tablet	3	
miglitol 100 mg tablet ^{MM}	3	
miglitol 25 mg tablet ^{MM}	3	
miglitol 50 mg tablet ^{MM}	3	
mili 0.25 mg-35 mcg tablet ^{MM,ACA}	1	
mimvey 1 mg-0.5 mg tablet ^{MM}	3	
mimvey lo 0.5-0.1 mg tablet ^{MM}	3	
MINI LANCING DEVICE	3	
MINI ULTRA-THIN II 31 GAUGE X 3/16" NEEDLE ^{MM}	3	
MINI WRIGHT PEAK FLOW METER	3	
MINI-WRIGHT PEAK FLOW METER	3	
MINIMED SYRINGE RESERVOIR 1.8 ML ^{MM}	3	
MINIMED SYRINGE RESERVOIR 3 ML ^{MM}	3	
minitran 0.1 mg/hr transdermal 24 hour patch ^{MM}	2	QL(30 cada 30 días)
minitran 0.2 mg/hr transdermal 24 hour patch ^{MM}	2	QL(30 cada 30 días)
minitran 0.4 mg/hr transdermal 24 hour patch ^{MM}	2	QL(60 cada 30 días)
minitran 0.6 mg/hr transdermal 24 hour patch ^{MM}	2	QL(30 cada 30 días)
minocycline 100 mg capsule	2	
minocycline 50 mg capsule	2	
minocycline 75 mg capsule	2	
minoxidil 10 mg tablet ^{MM}	2	
minoxidil 2.5 mg tablet ^{MM}	2	
MIRENA 20 MCG/24 HOURS (6 YRS) 52 MG INTRAUTERINE DEVICE ^{MM,SP,ACA,DL}	5	
mirtazapine 15 mg tablet ^{MM}	1	QL(30 cada 30 días)
mirtazapine 30 mg tablet ^{MM}	1	QL(30 cada 30 días)
mirtazapine 45 mg tablet ^{MM}	1	QL(30 cada 30 días)
mirtazapine 7.5 mg tablet ^{MM}	1	QL(30 cada 30 días)
MIRVASO 0.33 % TOPICAL GEL WITH PUMP	4	ST
MIRVASO 0.33% GEL	4	ST
misoprostol 100 mcg tablet ^{MM}	2	
misoprostol 200 mcg tablet ^{MM}	2	
MITIGARE 0.6 MG CAPSULE ^{MM}	3	QL(60 cada 30 días)
modafinil 100 mg tablet ^{MM}	3	PA,QL(60 cada 30 días)
modafinil 200 mg tablet ^{MM}	3	PA,QL(60 cada 30 días)
MODERNA COVID-19 VACCINE (PF) 100 MCG/0.5 ML INTRAMUSCULAR SUSP. (EUA) ^{ACA}	4	QL(1 cada 365 días)
moexipril hcl 15 mg tablet ^{MM}	2	
moexipril hcl 7.5 mg tablet ^{MM}	2	
mometasone furoate 0.1% cream	2	
mometasone furoate 0.1% oint	2	
mometasone furoate 0.1% soln	2	
mondoxyne nl 100 mg capsule	2	QL(90 cada 30 días)
mono-linyah 0.25 mg-35 mcg tablet ^{MM,ACA}	1	
MONOJECT BLOOD COLLECTION 20 GAUGE X 1" NEEDLE	3	
MONOJECT BLOOD COLLECTION 20 X 1 1/2" NEEDLE	3	
MONOJECT BLOOD COLLECTION 21 GAUGE X 1" NEEDLE	3	
MONOJECT BLOOD COLLECTION 22 GAUGE X 1" NEEDLE	3	
MONOJECT CONTROL SYRINGE LUER LOCK 12 ML	3	
MONOJECT ENFIT STERILE SYRINGE 1 ML	3	
MONOJECT ENFIT STERILE SYRINGE 3 ML	3	
MONOJECT ENFIT STERILE SYRINGE 35 ML	3	
MONOJECT ENFIT STERILE SYRINGE 6 ML	3	

ST - Terapia por fases • QL - Límite de cantidad • PA - Autorización previa

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DEL USO
MONOJECT ENFIT STERILE SYRINGE 60 ML	3	
MONOJECT ENFIT SYRINGE 12 ML	3	
MONOJECT HYPODERMIC NEEDLES 22 GAUGE X 1 1/2"	3	
MONOJECT HYPODERMIC NEEDLES 22 GAUGE X 1"	3	
MONOJECT HYPODERMIC NEEDLES 23 GAUGE X 1"	3	
MONOJECT HYPODERMIC NEEDLES 25 GAUGE X 1 1/2"	3	
MONOJECT HYPODERMIC NEEDLES 25 GAUGE X 1"	3	
MONOJECT HYPODERMIC NEEDLES 25 GAUGE X 5/8"	3	
MONOJECT HYPODERMIC NEEDLES 26 GAUGE X 1 1/2"	3	
MONOJECT HYPODERMIC NEEDLES 27 GAUGE X 1/2"	3	
MONOJECT HYPODERMIC NEEDLES 30 GAUGE X 3/4"	3	
MONOJECT INSULIN SAFETY SYRINGE 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2" ^{MM}	3	
MONOJECT INSULIN SAFETY SYRINGE 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16" ^{MM}	3	
MONOJECT INSULIN SAFETY SYRINGE 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2" ^{MM}	3	
MONOJECT INSULIN SAFETY SYRINGE 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16" ^{MM}	3	
MONOJECT INSULIN SAFETY SYRINGE 29 GAUGE X 1/2" ^{MM}	3	
MONOJECT INSULIN SYRINGE 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2" ^{MM}	3	
MONOJECT INSULIN SYRINGE 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16" ^{MM}	3	
MONOJECT INSULIN SYRINGE 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16" ^{MM}	3	
MONOJECT INSULIN SYRINGE 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2" ^{MM}	3	
MONOJECT INSULIN SYRINGE 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16" ^{MM}	3	
MONOJECT INSULIN SYRINGE 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16" ^{MM}	3	
MONOJECT INSULIN SYRINGE 1 ML ^{MM}	3	
MONOJECT INSULIN SYRINGE 1 ML 25 GAUGE X 5/8" ^{MM}	3	
MONOJECT INSULIN SYRINGE 1 ML 27 GAUGE X 1/2" ^{MM}	3	
MONOJECT INSULIN SYRINGE 1 ML 28 GAUGE X 1/2" ^{MM}	3	
MONOJECT INSULIN SYRINGE 1 ML 29 GAUGE X 1/2" ^{MM}	3	
MONOJECT INSULIN SYRINGE 1 ML 30 GAUGE X 5/16" ^{MM}	3	
MONOJECT INSULIN SYRINGE 1 ML 31 GAUGE X 5/16" ^{MM}	3	
MONOJECT INSULIN SYRINGE 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2" ^{MM}	3	
MONOJECT MAGELLAN SYRINGE 1 ML 25 GAUGE X 1"	3	
MONOJECT MAGELLAN SYRINGE 1 ML 25 GAUGE X 5/8"	3	
MONOJECT MAGELLAN SYRINGE 3 ML 20 GAUGE X 1"	3	
MONOJECT PHARMACY TRAY REGULAR TIP 1 ML SYRINGE	3	
MONOJECT SAFETY SYRINGES	3	
MONOJECT SAFETY SYRINGES 12 ML 21 X 1 1/2"	3	
MONOJECT SAFETY SYRINGES 3 ML 21 GAUGE X 1"	3	
MONOJECT SAFETY SYRINGES 3 ML 22 GAUGE X 1 1/2"	3	
MONOJECT SAFETY SYRINGES 6 ML	3	
MONOJECT SYRINGE 1/2 ML 28 GAUGE ^{MM}	3	
MONOJECT SYRINGE 3 ML	3	
MONOJECT SYRINGE 6 ML	3	
MONOJECT SYRINGE 6 ML 20 X 1 1/2"	3	
MONOJECT SYRINGE 6 ML 21 X 1 1/2"	3	
MONOJECT SYRINGE 6 ML 21 X 1"	3	
MONOJECT SYRINGE 6 ML 22 X 1 1/2"	3	
MONOJECT TB LUER LOK 1 ML SYRINGE	3	
MONOJECT TUBERCULIN SYRINGE 1 ML	3	
MONOJECT ULTRA COMFORT INSULIN 1/2 ML 28 GAUGE SYRINGE ^{MM}	3	
MONOLET LANCETS 21 GAUGE ^{MM}	3	
MONOLET THIN LANCETS 28 GAUGE ^{MM}	3	
montelukast sod 10 mg tablet ^{MM}	1	QL(30 cada 30 días)
montelukast sod 4 mg granules ^{MM}	3	QL(30 cada 30 días)
montelukast sod 4 mg tab chew ^{MM}	1	QL(30 cada 30 días)
montelukast sod 5 mg tab chew ^{MM}	1	QL(30 cada 30 días)
MONUROL 3 GRAM ORAL PACKET	4	
morgidox 100 mg capsule	2	QL(90 cada 30 días)

ST - Terapia por fases • QL - Límite de cantidad • PA - Autorización previa

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DEL USO
morgidox 50 mg capsule	2	
morphine sulf 10 mg/5 ml soln ^{DL}	2	QL(2700 cada 30 días)
morphine sulf 100 mg/5 ml conc ^{DL}	2	QL(540 cada 30 días)
morphine sulf 20 mg/5 ml soln ^{DL}	2	QL(1350 cada 30 días)
morphine sulf er 100 mg tablet ^{DL}	3	QL(180 cada 30 días)
morphine sulf er 15 mg tablet ^{DL}	3	QL(120 cada 30 días)
morphine sulf er 200 mg tablet ^{DL}	3	QL(90 cada 30 días)
morphine sulf er 30 mg tablet ^{DL}	3	QL(120 cada 30 días)
morphine sulf er 60 mg tablet ^{DL}	3	QL(120 cada 30 días)
morphine sulfate ir 15 mg tab ^{DL}	2	QL(180 cada 30 días)
morphine sulfate ir 30 mg tab ^{DL}	2	QL(180 cada 30 días)
MOVANTIK 12.5 MG TABLET	3	QL(30 cada 30 días)
MOVANTIK 25 MG TABLET	3	QL(30 cada 30 días)
moxifloxacin 0.5% eye drops	2	
moxifloxacin hcl 400 mg tablet	2	
MULTI-LANCET DEVICE 2 KIT ^{MM}	3	
multigen 70 mg-150 mg-10 mcg-2 mg-75mg tablet	2	
multigen folic 70 mg-150 mg-10 mcg-1 mg-2 mg tablet	2	
multigen plus 151 mg-60 mg-10 mcg-1 mg tablet	2	
mupirocin 2% ointment	2	
my choice 1.5 mg tablet ^{ACA}	1	
my way 1.5 mg tablet ^{ACA}	1	
MYALEPT 5 MG/ML (FINAL CONCENTRATION) SUBCUTANEOUS SOLUTION ^{MM,SP,DL}	5	PA,QL(30 cada 30 días)
MYCAMINE 100 MG INTRAVENOUS SOLUTION	4	
MYCAMINE 50 MG INTRAVENOUS SOLUTION	4	
mycophenolate 200 mg/ml susp ^{MM}	4	
mycophenolate 250 mg capsule ^{MM}	2	QL(360 cada 30 días)
mycophenolate 500 mg tablet ^{MM}	2	QL(180 cada 30 días)
mycophenolic acid dr 180 mg tb ^{MM}	4	
mycophenolic acid dr 360 mg tb ^{MM}	4	
MYDAYIS 12.5 MG CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HR ^{MM}	3	QL(30 cada 30 días)
MYDAYIS 25 MG CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HR ^{MM}	3	QL(30 cada 30 días)
MYDAYIS 37.5 MG CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HR ^{MM}	3	QL(30 cada 30 días)
MYDAYIS 50 MG CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HR ^{MM}	3	QL(30 cada 30 días)
myferon 150 forte 150 mg-25 mcg-1 mg capsule	1	
MYFORTIC 180 MG TABLET,DELAYED RELEASE ^{MM}	4	
MYFORTIC 360 MG TABLET,DELAYED RELEASE ^{MM}	4	
MYGLUCOHEALTH CONTROL SOLUTION ^{MM}	3	
MYGLUCOHEALTH LANCETS 30 GAUGE ^{MM}	3	
MYLERAN 2 MG TABLET ^{SP,DL}	5	QL(150 cada 30 días)
MYNATAL 65 MG IRON-1 MG CAPSULE ^{MM}	3	
mynatal plus 65 mg iron-1 mg tablet ^{MM}	2	
mynatal-z 65 mg iron-1 mg tablet ^{MM}	2	
MYOBLOC 10,000 UNIT/2 ML INTRAMUSCULAR SOLUTION ^{SP,DL}	5	PA
MYOBLOC 2,500 UNIT/0.5 ML INTRAMUSCULAR SOLUTION ^{SP,DL}	5	PA
MYOBLOC 5,000 UNIT/ML INTRAMUSCULAR SOLUTION ^{SP,DL}	5	PA
myorisan 10 mg capsule	4	QL(60 cada 30 días)
myorisan 20 mg capsule	4	QL(60 cada 30 días)
myorisan 30 mg capsule	4	QL(60 cada 30 días)
myorisan 40 mg capsule	4	QL(120 cada 30 días)
MYRBETRIQ 25 MG TABLET,EXTENDED RELEASE ^{MM}	4	QL(30 cada 30 días)
MYRBETRIQ 50 MG TABLET,EXTENDED RELEASE ^{MM}	4	QL(30 cada 30 días)
nabumetone 500 mg tablet ^{SP,DL}	1	
nabumetone 750 mg tablet ^{SP,DL}	1	
nadolol 20 mg tablet ^{MM}	3	

ST - Terapia por fases • QL - Límite de cantidad • PA - Autorización previa

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DEL USO
nadolol 40 mg tablet ^{MM}	3	
nadolol 80 mg tablet ^{MM}	3	
nadolol-bendroflu 80-5 mg tab ^{MM}	3	
naftifine hcl 1% cream	4	
naftifine hcl 2% cream	4	
naloxone 0.4 mg/ml carpuject	2	
naloxone 0.4 mg/ml vial	1	
naloxone 2 mg auto-injector	4	QL(0.8 cada 30 días)
naloxone 2 mg/2 ml syringe	2	
naltrexone 50 mg tablet	2	
naproxen 250 mg tablet ^{MM}	1	
naproxen 375 mg tablet ^{MM}	1	
naproxen 500 mg tablet ^{MM}	1	
naproxen dr 375 mg tablet ^{MM}	2	
naproxen dr 500 mg tablet ^{MM}	2	
naproxen sodium 275 mg tab ^{MM}	3	
naproxen sodium 550 mg tab ^{MM}	3	
naratriptan hcl 1 mg tablet	2	QL(9 cada 30 días)
naratriptan hcl 2.5 mg tablet	2	QL(9 cada 30 días)
NARCAN 4 MG/ACTUATION NASAL SPRAY	3	QL(2 cada 30 días)
NATACHEW (FE BIS-GLYCINATE) 28 MG IRON-1 MG TABLET ^{MM}	3	
NATACYN 5 % EYE DROPS,SUSPENSION	4	
NATAZIA 3 MG/2 MG-2 MG/2 MG-3 MG/1 MG TABLET ^{MM,ACA}	3	
NATURE-THROID 113.75 MG TABLET ^{MM}	3	
NATURE-THROID 130 MG TABLET ^{MM}	3	
NATURE-THROID 146.25 MG TABLET ^{MM}	3	
NATURE-THROID 16.25 MG TABLET ^{MM}	3	
NATURE-THROID 162.5 MG TABLET ^{MM}	3	
NATURE-THROID 195 MG TABLET ^{MM}	3	
NATURE-THROID 260 MG TABLET ^{MM}	3	
NATURE-THROID 32.5 MG TABLET ^{MM}	3	
NATURE-THROID 325 MG TABLET ^{MM}	3	
NATURE-THROID 48.75 MG TABLET ^{MM}	3	
NATURE-THROID 65 MG TABLET ^{MM}	3	
NATURE-THROID 81.25 MG TABLET ^{MM}	3	
NATURE-THROID 97.5 MG TABLET ^{MM}	3	
NAYZILAM 5 MG/SPRAY (0.1 ML) NASAL SPRAY ^{SP,DL}	5	QL(10 cada 30 días)
NEBUPENT 300 MG SOLUTION FOR INHALATION ^{MM}	4	
nebusal 3 % solution for nebulization	2	
necon 0.5/35 (28) 0.5 mg-35 mcg tablet ^{MM,ACA}	1	
nefazodone hcl 100 mg tablet ^{MM}	3	
nefazodone hcl 150 mg tablet ^{MM}	3	
nefazodone hcl 200 mg tablet ^{MM}	3	
nefazodone hcl 250 mg tablet ^{MM}	3	
nefazodone hcl 50 mg tablet ^{MM}	3	
neo-bacit-poly-hc eye ointment	3	
neo-polycin 3.5 mg-400 unit-10,000 unit/g eye ointment	2	
neo-polycin hc 3.5 mg-400-10,000 unit/g-1 % eye ointment	3	
neomyc-bacit-polymix eye oint	2	
neomyc-polym-dexamet eye ointm	2	
neomyc-polym-dexameth eye drop	2	
neomyc-polym-gramicid eye drop	3	
neomycin 500 mg tablet	2	
neomycin-poly-hc eye drops	3	
neomycin-polymyxin-hc ear soln	3	
neomycin-polymyxin-hc ear susp	3	

ST - Terapia por fases • QL - Límite de cantidad • PA - Autorización previa

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DEL USO
NEORAL 100 MG CAPSULE ^{MM}	4	QL(720 cada 30 días)
NEORAL 100 MG/ML ORAL SOLUTION ^{MM}	3	
NEORAL 25 MG CAPSULE ^{MM}	4	
NEPHRAMINE 5.4 % INTRAVENOUS SOLUTION	3	
NESTABS 32 MG-1,000 MCG TABLET ^{MM}	3	
NESTABS ABC 32 MG IRON-1 MG-120 MG-180 MG ORAL PACK ^{MM}	3	
NEUPOGEN 300 MCG/0.5 ML INJECTION SYRINGE ^{SP,DL}	5	PA,QL(7 cada 30 días)
NEUPOGEN 300 MCG/ML INJECTION SOLUTION ^{SP,DL}	5	PA,QL(14 cada 30 días)
NEUPOGEN 480 MCG/0.8 ML INJECTION SYRINGE ^{SP,DL}	5	PA,QL(11.2 cada 30 días)
NEUPOGEN 480 MCG/1.6 ML INJECTION SOLUTION ^{SP,DL}	5	PA,QL(22.4 cada 30 días)
NEUPRO 1 MG/24 HOUR TRANSDERMAL 24 HOUR PATCH ^{MM,SP,DL}	5	PA,QL(30 cada 30 días)
NEUPRO 2 MG/24 HOUR TRANSDERMAL 24 HOUR PATCH ^{MM,SP,DL}	5	PA,QL(30 cada 30 días)
NEUPRO 3 MG/24 HOUR TRANSDERMAL 24 HOUR PATCH ^{MM,SP,DL}	5	PA,QL(30 cada 30 días)
NEUPRO 4 MG/24 HOUR TRANSDERMAL 24 HOUR PATCH ^{MM,SP,DL}	5	PA,QL(30 cada 30 días)
NEUPRO 6 MG/24 HOUR TRANSDERMAL 24 HOUR PATCH ^{MM,SP,DL}	5	PA,QL(30 cada 30 días)
NEUPRO 8 MG/24 HOUR TRANSDERMAL 24 HOUR PATCH ^{MM,SP,DL}	5	PA,QL(30 cada 30 días)
nevirapine 200 mg tablet ^{MM}	2	QL(60 cada 30 días)
nevirapine 50 mg/5 ml susp ^{MM}	2	QL(1200 cada 30 días)
nevirapine er 100 mg tablet ^{MM}	4	QL(120 cada 30 días)
nevirapine er 400 mg tablet ^{MM}	4	QL(30 cada 30 días)
new day 1.5 mg tablet ^{ACA}	1	
newgen 32 mg-1,000 mcg tablet ^{MM}	3	
NEXAVAR 200 MG TABLET ^{SP,DL}	5	PA,QL(120 cada 30 días)
NEXIUM PACKET 2.5 MG GRANULES DELAYED RELEASE FOR SUSP ^{MM}	4	QL(30 cada 30 días)
NEXIUM PACKET 5 MG GRANULES DELAYED RELEASE FOR SUSP ^{MM}	4	QL(30 cada 30 días)
NEXPLANON 68 MG SUBDERMAL IMPLANT ^{SP,ACA,DL}	5	
NEXTSTELLIS 3 MG-14.2 MG (28) TABLET	4	
niacin 500 mg tablet ^{MM}	4	PA
niacin er 1,000 mg tablet ^{MM}	3	PA
niacin er 500 mg tablet ^{MM}	3	PA
niacin er 750 mg tablet ^{MM}	3	PA
niacor 500 mg tablet ^{MM}	4	PA
NICADAN 800 MG-10 MG-100 MG-500 MCG TABLET	3	
nicardipine 20 mg capsule ^{MM}	4	
nicardipine 30 mg capsule ^{MM}	4	
NICAZEL 600 MG-5 MG-10 MG-5 MG-1.5 MG TABLET	3	
NICAZEL FORTE 700 MG-500 MCG-8 MG-12 MG TABLET	3	
NICOTROL 10 MG INHALATION CARTRIDGE ^{ACA}	4	
NICOTROL NS 10 MG/ML NASAL SPRAY ^{ACA}	4	
nifedipine 10 mg capsule ^{MM}	3	
nifedipine 20 mg capsule ^{MM}	3	
nifedipine er 30 mg tablet ^{MM}	2	QL(60 cada 30 días)
nifedipine er 30 mg tablet ^{MM}	2	QL(60 cada 30 días)
nifedipine er 60 mg tablet ^{MM}	2	QL(60 cada 30 días)
nifedipine er 60 mg tablet ^{MM}	2	QL(60 cada 30 días)
nifedipine er 90 mg tablet ^{MM}	2	QL(60 cada 30 días)
nifedipine er 90 mg tablet ^{MM}	2	QL(60 cada 30 días)
nikki (28) 3 mg-0.02 mg tablet ^{MM,ACA}	1	
nilutamide 150 mg tablet ^{MM,SP,DL}	5	QL(60 cada 30 días)
nimodipine 30 mg capsule ^{SP,DL}	5	
nisoldipine er 17 mg tablet ^{MM}	4	QL(30 cada 30 días)
nisoldipine er 20 mg tablet ^{MM}	4	QL(30 cada 30 días)
nisoldipine er 25.5 mg tablet ^{MM}	4	QL(60 cada 30 días)
nisoldipine er 30 mg tablet ^{MM}	4	QL(60 cada 30 días)

ST - Terapia por fases • QL - Límite de cantidad • PA - Autorización previa

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DEL USO
nisoldipine er 34 mg tablet ^{MM}	4	QL(30 cada 30 días)
nisoldipine er 40 mg tablet ^{MM}	4	QL(30 cada 30 días)
nisoldipine er 8.5 mg tablet ^{MM}	4	QL(30 cada 30 días)
nitazoxanide 500 mg tablet ^{SP,DL}	5	QL(40 cada 30 días)
NITRO-BID 2 % TRANSDERMAL OINTMENT ^{MM}	2	
nitrofurantoin 25 mg/5 ml susp ^{SP,DL}	5	QL(2400 cada 30 días)
nitrofurantoin mcr 100 mg cap	2	
nitrofurantoin mcr 25 mg cap	2	
nitrofurantoin mcr 50 mg cap	2	
nitrofurantoin mono-mcr 100 mg	2	
nitroglycerin 0.1 mg/hr patch ^{MM}	2	QL(30 cada 30 días)
nitroglycerin 0.2 mg/hr patch ^{MM}	2	QL(30 cada 30 días)
nitroglycerin 0.3 mg tablet sl ^{MM}	2	
nitroglycerin 0.4 mg tablet sl ^{MM}	2	
nitroglycerin 0.4 mg/hr patch ^{MM}	2	QL(60 cada 30 días)
nitroglycerin 0.6 mg tablet sl ^{MM}	2	
nitroglycerin 0.6 mg/hr patch ^{MM}	2	QL(30 cada 30 días)
nitroglycerin 400 mcg spray ^{MM}	3	
NITROSTAT 0.3 MG SUBLINGUAL TABLET ^{MM}	3	
NITROSTAT 0.4 MG SUBLINGUAL TABLET ^{MM}	3	
NITROSTAT 0.6 MG SUBLINGUAL TABLET ^{MM}	3	
NITYR 10 MG TABLET ^{MM,SP,DL}	5	QL(60 cada 30 días)
NITYR 2 MG TABLET ^{MM,SP,DL}	5	QL(300 cada 30 días)
NITYR 5 MG TABLET ^{MM,SP,DL}	5	QL(120 cada 30 días)
NIVESTYM 300 MCG/0.5 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE ^{SP,DL}	5	PA,QL(7 cada 30 días)
NIVESTYM 300 MCG/ML INJECTION SOLUTION ^{SP,DL}	5	PA,QL(14 cada 30 días)
NIVESTYM 480 MCG/0.8 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE ^{SP,DL}	5	PA,QL(11.2 cada 30 días)
NIVESTYM 480 MCG/1.6 ML INJECTION SOLUTION ^{SP,DL}	5	PA,QL(22.4 cada 30 días)
nizatidine 15 mg/ml solution ^{MM}	3	
nizatidine 150 mg capsule ^{MM}	3	
nizatidine 300 mg capsule ^{MM}	3	
nora-be 0.35 mg tablet ^{MM,ACA}	1	
noret-estr-fe 0.4-0.035(21)-75 ^{MM}	2	
noreth-ee-fe 1-0.02(21)-75 tab ^{MM,ACA}	1	
noreth-ee-fe 1-0.02(24)-75 cap ^{MM,ACA}	3	
noreth-ee-fe 1-0.02(24)-75 chw ^{MM}	2	
noreth-ee-fe 1-0.02(24)-75 tab ^{MM,ACA}	1	
noreth-ee-fe 1.5-0.03mg(21)-75 ^{MM,ACA}	1	
norethin-ee 1.5-0.03 mg(21) tb ^{MM,ACA}	1	
norethin-estra-fe 0.8-0.025 mg ^{MM}	2	
norethin-eth estrad 1 mg-5 mcg ^{MM}	2	
norethind-eth estrad 0.5-2.5 ^{MM}	2	
norethind-eth estrad 1-0.02 mg ^{MM,ACA}	1	
norethindrone 0.35 mg tablet ^{MM,ACA}	1	
norethindrone 5 mg tablet ^{MM}	2	
norg-ee 0.18-0.215-0.25/0.025 ^{MM,ACA}	1	
norg-ee 0.18-0.215-0.25/0.035 ^{MM,ACA}	1	
norg-ethin estra 0.25-0.035 mg ^{MM,ACA}	1	
norlyda 0.35 mg tablet ^{MM,ACA}	1	
nortrel 0.5/35 (28) 0.5 mg-35 mcg tablet ^{MM,ACA}	1	
nortrel 1/35 (21) 1 mg-35 mcg tablet ^{MM,ACA}	1	
nortrel 1/35 (28) 1 mg-35 mcg tablet ^{MM,ACA}	1	
nortrel 7/7/7 (28) 0.5 mg/0.75 mg/1 mg-35 mcg tablet ^{MM,ACA}	1	
nortriptyline 10 mg/5 ml soln ^{MM}	3	

ST - Terapia por fases • QL - Límite de cantidad • PA - Autorización previa

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DEL USO
nortriptyline hcl 10 mg cap ^{MM}	1	
nortriptyline hcl 25 mg cap ^{MM}	1	
nortriptyline hcl 50 mg cap ^{MM}	1	
nortriptyline hcl 75 mg cap ^{MM}	1	
NORVIR 100 MG ORAL POWDER PACKET ^{MM,SP}	5	QL(360 cada 30 días)
NORVIR 80 MG/ML ORAL SOLUTION ^{MM}	4	QL(480 cada 30 días)
NOVA MAX GLUCOSE CONTROL SOLUTION ^{MM}	3	
NOVA SAFETY LANCETS 23 GAUGE ^{MM}	3	
NOVA SAFETY LANCETS 28 GAUGE ^{MM}	3	
NOVA SUREFLEX LANCETS ^{MM}	3	
NOVOFINE 32 32 GAUGE X 1/4" NEEDLE ^{MM}	3	
NOVOFINE AUTOCOVER 30 GAUGE X 1/3" NEEDLE ^{MM}	3	
NOVOFINE PLUS 32 GAUGE X 1/6" NEEDLE ^{MM}	3	
NOVOLIN 70-30 FLEXPEN U-100 INSULIN 100 UNIT/ML (70-30) SUBCUTANEOUS ^{MM}	3	
NOVOLIN 70/30 U-100 INSULIN 100 UNIT/ML SUBCUTANEOUS SUSPENSION ^{MM}	3	
NOVOLIN N FLEXPEN 100 UNIT/ML (3 ML) SUBCUTANEOUS INSULIN PEN ^{MM}	3	
NOVOLIN N NPH U-100 INSULIN ISOPHANE 100 UNIT/ML SUBCUTANEOUS SUSP ^{MM}	3	
NOVOLIN R FLEXPEN 100 UNIT/ML (3 ML) SUBCUTANEOUS INSULIN PEN ^{MM}	3	
NOVOLIN R REGULAR U-100 INSULIN 100 UNIT/ML INJECTION SOLUTION ^{MM}	3	
NOVOLOG FLEXPEN U-100 INSULIN ASPART 100 UNIT/ML (3 ML) SUBCUTANEOUS ^{MM}	3	
NOVOLOG MIX 70-30 FLEXPEN U-100 INSULIN 100 UNIT/ML SUBCUTANEOUS PEN ^{MM}	3	
NOVOLOG MIX 70-30 U-100 INSULIN 100 UNIT/ML SUBCUTANEOUS SOLUTION ^{MM}	3	
NOVOLOG PENFILL U-100 INSULIN ASPART 100 UNIT/ML SUBCUTANEOUS CARTRIDG ^{MM}	3	
NOVOLOG U-100 INSULIN ASPART 100 UNIT/ML SUBCUTANEOUS SOLUTION ^{MM}	3	
NOVOTWIST 32 GAUGE X 1/5" NEEDLE ^{MM}	3	
NOXAFIL 200 MG/5 ML (40 MG/ML) ORAL SUSPENSION ^{SP,DL}	5	PA,QL(840 cada 28 días)
np thyroid 120 mg tablet ^{MM}	3	
np thyroid 15 mg tablet ^{MM}	3	
np thyroid 30 mg tablet ^{MM}	3	
np thyroid 60 mg tablet ^{MM}	3	
np thyroid 90 mg tablet ^{MM}	3	
NUBEQA 300 MG TABLET ^{MM,SP,DL}	5	PA,QL(120 cada 30 días)
NUCALA 100 MG/ML SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR ^{MM,SP,DL}	5	PA,QL(3 cada 28 días)
NUCALA 100 MG/ML SUBCUTANEOUS SYRINGE ^{MM,SP,DL}	5	PA,QL(3 cada 28 días)
NULOJIX 250 MG INTRAVENOUS SOLUTION ^{MM,SP,LD,DL}	5	PA,QL(20 cada 30 días)
NUPLAZID 10 MG TABLET ^{MM,SP,DL}	5	PA,QL(30 cada 30 días)
NUPLAZID 34 MG CAPSULE ^{MM,SP,DL}	5	PA,QL(30 cada 30 días)
NUZYRA 150 MG TABLET ^{LD,DL}	4	QL(30 cada 14 días)
NUZYRA 150 MG TABLET-7 DAY ^{DL}	4	QL(30 cada 14 días)
NUZYRA 150 MG-7 DAY WITH LOAD ^{DL}	4	QL(30 cada 14 días)
nylia 7/7/7 (28) 0.5/0.75/1 mg-35 mcg tablet ^{MM,ACA}	1	
nymyo 0.25 mg-35 mcg tablet ^{MM,ACA}	1	
nystatin 100,000 unit/gm cream	2	
nystatin 100,000 unit/gm oint	2	
nystatin 100,000 unit/ml susp	2	
nystatin 500,000 unit oral tab	3	
nystatin-triamcinolone cream	3	
nystatin-triamcinolone ointm	3	
O-CAL PRENATAL 15 MG IRON-1,000 MCG TABLET ^{MM}	3	
OB COMPLETE ONE 40 MG-10 MG-1 MG-300 MG CAPSULE ^{MM}	3	
OB COMPLETE PETITE 35 MG IRON-5 MG IRON-1 MG CAPSULE ^{MM}	3	
OB COMPLETE PREMIER 30 MG-20 MG-1 MG TABLET ^{MM}	4	

ST - Terapia por fases • QL - Límite de cantidad • PA - Autorización previa

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DEL USO
OB COMPLETE WITH DHA 30 MG IRON-10 MG IRON-1 MG CAPSULE ^{MM}	3	
ocella 3 mg-0.03 mg tablet ^{MM,ACA}	1	
octreotide 1,000 mcg/ml vial ^{MM}	4	PA
octreotide acet 0.05 mg/ml vial ^{MM}	4	PA
octreotide acet 100 mcg/ml syr ^{MM}	4	PA
octreotide acet 100 mcg/ml vial ^{MM}	4	PA
octreotide acet 200 mcg/ml vial ^{MM}	4	PA
octreotide acet 50 mcg/ml syr ^{MM}	4	PA
octreotide acet 500 mcg/ml syr ^{MM}	4	PA
octreotide acet 500 mcg/ml vial ^{MM}	4	PA
ODACTRA 12 SQ-HDM SUBLINGUAL TABLET ^{MM}	3	ST,QL(30 cada 30 días)
ODEFSEY 200 MG-25 MG-25 MG TABLET ^{MM,SP}	5	QL(30 cada 30 días)
OFEV 100 MG CAPSULE ^{MM,SP,DL}	5	PA,QL(60 cada 30 días)
OFEV 150 MG CAPSULE ^{MM,SP,DL}	5	PA,QL(60 cada 30 días)
ofloxacin 0.3% ear drops	3	
ofloxacin 0.3% eye drops	3	
ofloxacin 300 mg tablet	2	
ofloxacin 400 mg tablet	2	
ogestrel tablet ^{MM,ACA}	1	
olanzapine 10 mg tablet ^{MM}	1	QL(30 cada 30 días)
olanzapine 10 mg vial	4	QL(60 cada 30 días)
olanzapine 15 mg tablet ^{MM}	1	QL(60 cada 30 días)
olanzapine 2.5 mg tablet ^{MM}	1	QL(30 cada 30 días)
olanzapine 20 mg tablet ^{MM}	1	QL(60 cada 30 días)
olanzapine 5 mg tablet ^{MM}	1	QL(30 cada 30 días)
olanzapine 7.5 mg tablet ^{MM}	1	QL(30 cada 30 días)
olmesartan medoxomil 20 mg tab ^{MM}	1	QL(30 cada 30 días)
olmesartan medoxomil 40 mg tab ^{MM}	1	QL(30 cada 30 días)
olmesartan medoxomil 5 mg tab ^{MM}	1	QL(30 cada 30 días)
olmesartan-hctz 20-12.5 mg tab ^{MM}	1	QL(30 cada 30 días)
olmesartan-hctz 40-12.5 mg tab ^{MM}	1	QL(30 cada 30 días)
olmesartan-hctz 40-25 mg tab ^{MM}	1	QL(30 cada 30 días)
olopatadine 665 mcg nasal spry	4	ST,QL(30.5 cada 30 días)
olopatadine hcl 0.1% eye drops	2	
olopatadine hcl 0.2% eye drop	2	
omega-3 ethyl esters 1 gm cap ^{MM}	4	PA,QL(120 cada 30 días)
omeprazole dr 10 mg capsule ^{MM}	1	QL(60 cada 30 días)
omeprazole dr 20 mg capsule ^{MM}	1	QL(60 cada 30 días)
omeprazole dr 40 mg capsule ^{MM}	1	QL(60 cada 30 días)
OMNIPOD DASH 5 PACK INSULIN POD SUBCUTANEOUS CARTRIDGE ^{MM}	3	
OMNIPOD DASH PERSONAL DIABETES MANAGER KIT ^{MM}	3	
OMNIPOD INSULIN MANAGEMENT	3	
OMNIPOD INSULIN REFILL SUBCUTANEOUS CARTRIDGE ^{MM}	3	
ON CALL EXPRESS CONTROL SOLUTION ^{MM}	3	
ON CALL LANCET 30 GAUGE ^{MM}	3	
ON CALL LANCING DEVICE	3	
ON CALL PLUS CONTROL SOLUTION ^{MM}	3	
ON CALL PLUS LANCET 30 GAUGE ^{MM}	3	
ON CALL PLUS LANCING DEVICE	3	
ON CALL VIVID CONTROL SOLUTION ^{MM}	3	
ON-THE-GO LANCETS 30 GAUGE ^{MM}	3	
ondansetron 4 mg/5 ml solution	3	QL(450 cada 30 días)
ondansetron hcl 24 mg tablet	2	QL(30 cada 30 días)
ondansetron hcl 4 mg tablet	2	QL(90 cada 30 días)
ondansetron hcl 8 mg tablet	2	QL(90 cada 30 días)

ST - Terapia por fases • QL - Límite de cantidad • PA - Autorización previa

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DEL USO
ondansetron odt 4 mg tablet	2	QL(90 cada 30 días)
ondansetron odt 8 mg tablet	2	QL(90 cada 30 días)
ONETOUCH DELICA LANCETS 30 GAUGE ^{MM}	3	
ONETOUCH DELICA LANCETS 33 GAUGE ^{MM}	3	
ONETOUCH DELICA LANCING DEVICE KIT ^{MM}	3	
ONETOUCH DELICA PLUS LANCET 30 GAUGE ^{MM}	3	
ONETOUCH DELICA PLUS LANCET 33 GAUGE ^{MM}	3	
ONETOUCH DELICA PLUS LANCING DEVICE KIT ^{MM}	3	
ONETOUCH SURESOFT LANCING DEVICES 18 GAUGE ^{MM}	3	
ONETOUCH SURESOFT LANCING DEVICES 21 GAUGE ^{MM}	3	
ONETOUCH SURESOFT LANCING DEVICES 28 GAUGE ^{MM}	3	
ONETOUCH ULTRA CONTROL SOLUTION ^{MM}	3	
ONETOUCH ULTRASOFT LANCETS ^{MM}	3	
ONETOUCH VERIO HIGH CONTROL SOLUTION ^{MM}	3	
ONETOUCH VERIO MID CONTROL SOLUTION ^{MM}	3	
opium tincture 10 mg/ml	4	QL(180 cada 30 días)
OPSUMIT 10 MG TABLET ^{MM,SP,DL}	5	PA,QL(30 cada 30 días)
OPTICHAMBER ADULT MASK-LARGE	3	
OPTICHAMBER DIAMOND VHC SPACER	3	
OPTICHAMBER DIAMOND VHC WITH LARGE MASK	3	
OPTICHAMBER DIAMOND VHC WITH MEDIUM MASK	3	
OPTICHAMBER DIAMOND VHC WITH SMALL MASK	3	
option-2 1.5 mg tablet ^{ACA}	1	
oralone 0.1 % dental paste	3	
ORAVIG 50 MG BUCCAL TABLET ^{SP,DL}	5	QL(14 cada 30 días)
ORENITRAM 0.125 MG TABLET,EXTENDED RELEASE ^{MM,SP,LD,DL}	5	PA,QL(1000 cada 30 días)
ORENITRAM 0.25 MG TABLET,EXTENDED RELEASE ^{MM,SP,LD,DL}	5	PA,QL(500 cada 30 días)
ORENITRAM 1 MG TABLET,EXTENDED RELEASE ^{MM,SP,LD,DL}	5	PA,QL(720 cada 30 días)
ORENITRAM 2.5 MG TABLET,EXTENDED RELEASE ^{MM,SP,LD,DL}	5	PA,QL(300 cada 30 días)
ORENITRAM 5 MG TABLET, EXTENDED RELEASE ^{MM,SP,LD,DL}	5	PA,QL(150 cada 30 días)
ORIAHNN 300-1-0.5 MG(AM)/300 MG(PM) CAPSULES ^{MM,SP}	3	ST,QL(56 cada 28 días)
ORLISSA 150 MG TABLET ^{MM,SP}	3	ST,QL(28 cada 28 días)
ORLISSA 200 MG TABLET ^{SP}	3	ST,QL(56 cada 28 días)
ORKAMBI 100 MG-125 MG ORAL GRANULES IN PACKET ^{MM,SP,LD,DL}	5	PA,QL(56 cada 28 días)
ORKAMBI 100 MG-125 MG TABLET ^{MM,SP,LD,DL}	5	PA,QL(112 cada 28 días)
ORKAMBI 150 MG-188 MG ORAL GRANULES IN PACKET ^{MM,SP,LD,DL}	5	PA,QL(56 cada 28 días)
ORKAMBI 200 MG-125 MG TABLET ^{MM,SP,LD,DL}	5	PA,QL(112 cada 28 días)
orphenadrine er 100 mg tablet	2	
orsythia 0.1 mg-20 mcg tablet ^{MM,ACA}	1	
oscimin 0.125 mg odt ^{MM}	2	
oscimin 0.125 mg tablet ^{MM}	2	
oscimin sl 0.125 mg sublingual tablet ^{MM}	2	
oscimin sr 0.375 mg tablet,extended release ^{MM}	3	
oseltamivir 6 mg/ml suspension	4	QL(1440 cada 365 días)
oseltamivir phos 30 mg capsule	3	QL(224 cada 365 días)
oseltamivir phos 45 mg capsule	3	QL(112 cada 365 días)
oseltamivir phos 75 mg capsule	3	QL(112 cada 365 días)
OTEZLA 30 MG TABLET ^{MM,SP,DL}	5	PA,QL(60 cada 30 días)
OTEZLA STARTER 10 MG (4)-20 MG (4)-30 MG(19) TABLETS IN A DOSE PACK ^{SP,DL}	5	PA,QL(27 cada 30 días)
OTEZLA STARTER 10 MG (4)-20 MG (4)-30 MG(47) TABLETS IN A DOSE PACK ^{SP,DL}	5	PA,QL(55 cada 28 días)
oxandrolone 10 mg tablet ^{MM}	4	PA,QL(60 cada 30 días)
oxandrolone 2.5 mg tablet ^{MM}	4	PA,QL(120 cada 30 días)
oxaprozin 600 mg tablet	3	
OXAYDO 5 MG TABLET,ORAL ONLY (NOT FEEDING TUBES) ^{SP,DL}	5	PA,QL(360 cada 30 días)
OXAYDO 7.5 MG TABLET,ORAL ONLY (NOT FOR FEEDING TUBES) ^{SP,DL}	5	PA,QL(360 cada 30 días)

ST - Terapia por fases • QL - Limite de cantidad • PA - Autorización previa

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DEL USO
oxcarbazepine 150 mg tablet ^{MM}	2	
oxcarbazepine 300 mg tablet ^{MM}	2	
oxcarbazepine 300 mg/5 ml susp ^{MM}	4	
oxcarbazepine 600 mg tablet ^{MM}	2	
oxybutynin 5 mg tablet ^{MM}	1	
oxybutynin 5 mg/5 ml syrup ^{MM}	1	
oxybutynin cl er 10 mg tablet ^{MM}	2	QL(60 cada 30 días)
oxybutynin cl er 15 mg tablet ^{MM}	2	QL(60 cada 30 días)
oxybutynin cl er 5 mg tablet ^{MM}	2	QL(60 cada 30 días)
oxycodone hcl 10 mg tablet ^{DL}	2	QL(360 cada 30 días)
oxycodone hcl 100 mg/5 ml conc ^{SP,DL}	5	QL(270 cada 30 días)
oxycodone hcl 15 mg tablet ^{DL}	2	QL(360 cada 30 días)
oxycodone hcl 20 mg tablet ^{DL}	2	QL(360 cada 30 días)
oxycodone hcl 30 mg tablet ^{DL}	2	QL(360 cada 30 días)
oxycodone hcl 5 mg capsule ^{DL}	3	QL(360 cada 30 días)
oxycodone hcl 5 mg tablet ^{DL}	2	QL(360 cada 30 días)
oxycodone hcl 5 mg/5 ml soln ^{DL}	3	QL(5400 cada 30 días)
oxycodone-acetaminophen 10-325 ^{DL}	2	QL(360 cada 30 días)
oxycodone-acetaminophen 5-325 ^{DL}	2	QL(360 cada 30 días)
oxycodone-acetaminophn 2.5-325 ^{DL}	2	QL(360 cada 30 días)
oxycodone-acetaminophn 7.5-325 ^{DL}	2	QL(360 cada 30 días)
oxycodone-ibuprofen 5-400 tab ^{DL}	3	QL(240 cada 30 días)
oxymorphone hcl 10 mg tablet ^{DL}	4	QL(360 cada 30 días)
oxymorphone hcl 5 mg tablet ^{DL}	4	QL(360 cada 30 días)
oxymorphone hcl er 10 mg tab ^{DL}	4	ST,QL(60 cada 30 días)
oxymorphone hcl er 15 mg tab ^{DL}	4	ST,QL(60 cada 30 días)
oxymorphone hcl er 20 mg tab ^{DL}	4	ST,QL(60 cada 30 días)
oxymorphone hcl er 30 mg tab ^{DL}	4	ST,QL(60 cada 30 días)
oxymorphone hcl er 40 mg tab ^{DL}	4	ST,QL(60 cada 30 días)
oxymorphone hcl er 5 mg tablet ^{DL}	4	ST,QL(60 cada 30 días)
oxymorphone hcl er 7.5 mg tab ^{DL}	4	ST,QL(60 cada 30 días)
OZEMPIC 0.25 MG OR 0.5 MG (2 MG/1.5 ML) SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR ^{MM}	3	QL(1.5 cada 28 días)
OZEMPIC 1 MG/DOSE (2 MG/1.5 ML) SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR ^{MM}	3	QL(3 cada 28 días)
OZEMPIC 1 MG/DOSE (4 MG/3 ML) SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR ^{MM}	3	QL(3 cada 28 días)
PACERONE 100 MG TABLET ^{MM}	3	
pacerone 200 mg tablet ^{MM}	1	
PACERONE 400 MG TABLET ^{MM}	3	
PALFORZIA (LEVEL 1) 3 MG (1 MG X 3) SPRINKLE CAPSULE ^{MM,SP,DL}	5	PA,QL(90 cada 30 días)
PALFORZIA (LEVEL 2) 6 MG (1 MG X 6) SPRINKLE CAPSULE ^{MM,SP,DL}	5	PA,QL(180 cada 30 días)
PALFORZIA (LEVEL 3) 12 MG (1 MG X 2, 10 MG X 1) SPRINKLE CAPSULE ^{MM,SP,DL}	5	PA,QL(90 cada 30 días)
PALFORZIA (LEVEL 4) 20 MG SPRINKLE CAPSULE ^{MM,SP,DL}	5	PA,QL(30 cada 30 días)
PALFORZIA (LEVEL 5) 40 MG (20 MG X 2) SPRINKLE CAPSULE ^{MM,SP,DL}	5	PA,QL(60 cada 30 días)
PALFORZIA (LEVEL 6) 80 MG (20 MG X 4) SPRINKLE CAPSULE ^{MM,SP,DL}	5	PA,QL(120 cada 30 días)
PALFORZIA (LEVEL 7) 120 MG (20 MG X 1, 100 MG X 1) SPRINKLE CAPSULE ^{MM,SP,DL}	5	PA,QL(60 cada 30 días)
PALFORZIA (LEVEL 8) 160 MG (20 MG X 3, 100 MG X 1) SPRINKLE CAPSULE ^{MM,SP,DL}	5	PA,QL(120 cada 30 días)
PALFORZIA (LEVEL 9) 200 MG (100 MG X 2) SPRINKLE CAPSULE ^{MM,SP,DL}	5	PA,QL(60 cada 30 días)
PALFORZIA (LEVEL 10) 240 MG(20 MG X 2, 100 MG X 2) SPRINKLE CAPSULE ^{MM,SP,DL}	5	PA,QL(120 cada 30 días)
PALFORZIA (LEVEL 11 MAINTENANCE) 300 MG ORAL POWDER PACKET ^{MM,SP,DL}	5	PA,QL(30 cada 30 días)
PALFORZIA (LEVEL 11 UP-DOSE) 300 MG ORAL POWDER PACKET ^{MM,SP,DL}	5	PA,QL(30 cada 30 días)
PALFORZIA INITIAL DOSE 0.5 MG/1 MG/1.5 MG/3 MG/6 MG SPRINKLE CAPSULE ^{SP,DL}	5	PA,QL(13 cada 5 días)
paliperidone er 1.5 mg tablet ^{MM}	4	QL(30 cada 30 días)
paliperidone er 3 mg tablet ^{MM}	4	QL(30 cada 30 días)
paliperidone er 6 mg tablet ^{MM}	4	QL(60 cada 30 días)
paliperidone er 9 mg tablet ^{MM}	4	QL(30 cada 30 días)

ST - Terapia por fases • QL - Límite de cantidad • PA - Autorización previa

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DEL USO
palonosetron 0.25 mg/2 ml vial	4	PA,QL(20 cada 28 días)
palonosetron 0.25 mg/5 ml vial	4	PA,QL(20 cada 28 días)
palonosetron hcl 0.25 mg/5 ml	4	PA,QL(20 cada 28 días)
pamidronate 30 mg/10 ml vial	4	QL(30 cada 21 días)
pamidronate 60 mg/10 ml vial	4	QL(10 cada 21 días)
pamidronate 90 mg/10 ml vial	4	QL(10 cada 21 días)
PANRETIN 0.1 % TOPICAL GEL ^{SP,DL}	5	
pantoprazole sod dr 20 mg tab ^{MM}	1	QL(60 cada 30 días)
pantoprazole sod dr 40 mg tab ^{MM}	1	QL(60 cada 30 días)
PARAGARD T 380A 380 SQUARE MM INTRAUTERINE DEVICE ^{MM,SP,ACA,LD,DL}	5	
paregoric liquid	4	
paricalcitol 1 mcg capsule ^{MM}	3	QL(30 cada 30 días)
paricalcitol 2 mcg capsule ^{MM}	3	QL(30 cada 30 días)
paricalcitol 4 mcg capsule ^{MM}	3	QL(12 cada 30 días)
paroex oral rinse 0.12 % mouthwash	2	
paromomycin 250 mg capsule	3	
paroxetine hcl 10 mg tablet ^{MM}	1	QL(30 cada 30 días)
paroxetine hcl 20 mg tablet ^{MM}	1	QL(30 cada 30 días)
paroxetine hcl 30 mg tablet ^{MM}	1	QL(60 cada 30 días)
paroxetine hcl 40 mg tablet ^{MM}	1	QL(60 cada 30 días)
paroxetine mesylate 7.5 mg cap ^{MM}	3	ST,QL(30 cada 30 días)
PASER 4 GRAM GRANULES DELAYED-RELEASE PACKET	4	
PEDIASURE HARVEST 0.04 GRAM-1 KCAL/ML LIQUID FOR TUBE FEED	3	
peg 3350 electrolyte soln ^{ACA}	2	
peg 3350-electrolyte solution ^{ACA}	2	
peg-3350 and electrolytes soln ^{ACA}	2	
peg-prep 5 mg-210 gram oral kit ^{ACA}	3	
PEGANONE 250 MG TABLET ^{MM}	4	
PEGASYS 180 MCG/0.5 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE ^{SP,DL}	5	PA,QL(2 cada 28 días)
PEGASYS 180 MCG/ML SUBCUTANEOUS SOLUTION ^{SP,DL}	5	PA,QL(4 cada 28 días)
PEGASYS PROCLICK 180 MCG/0.5 ^{SP,DL}	5	PA,QL(2 cada 28 días)
PEGINTRON 50 MCG/0.5 ML SUBCUTANEOUS KIT ^{SP,DL}	5	PA,QL(4 cada 28 días)
PEMAZYRE 13.5 MG TABLET ^{MM,SP,DL}	5	PA,QL(14 cada 21 días)
PEMAZYRE 4.5 MG TABLET ^{MM,SP,DL}	5	PA,QL(14 cada 21 días)
PEMAZYRE 9 MG TABLET ^{MM,SP,DL}	5	PA,QL(14 cada 21 días)
PEN NEEDLE 12MM 29G ^{MM}	3	
PEN NEEDLE 29 GAUGE X 1/2" ^{MM}	3	
PEN NEEDLE 30 GAUGE X 5/16" ^{MM}	3	
PEN NEEDLE 30G X 8MM ^{MM}	3	
PEN NEEDLE 31 GAUGE X 1/4" ^{MM}	3	
PEN NEEDLE 31 GAUGE X 3/16" ^{MM}	3	
PEN NEEDLE 31 GAUGE X 5/16" ^{MM}	3	
PEN NEEDLE 32 GAUGE X 5/32" ^{MM}	3	
PEN NEEDLE 32G X 3/16" ^{MM}	3	
PEN NEEDLE 32G X 5/32" ^{MM}	3	
PEN NEEDLE 8MM 31G ^{MM}	3	
PEN NEEDLES 6MM 31G ^{MM}	3	
penicillamine 250 mg tablet ^{MM,SP,DL}	5	
penicillin vk 125 mg/5 ml soln	2	
penicillin vk 250 mg tablet	2	
penicillin vk 250 mg/5 ml soln	2	
penicillin vk 500 mg tablet	2	
PENTACEL (PF) 15 LF UNIT-20 MCG-5 LF /0.5 ML INTRAMUSCULAR KIT ^{ACA}	4	
PENTACEL (PF) 15 LF-48 MCG-62 DU-10 MCG/0.5 ML INTRAMUSCULAR KIT	4	

ST - Terapia por fases • QL - Límite de cantidad • PA - Autorización previa

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DEL USO
PENTACEL ACTHIB COMPONENT (PF) 10 MCG/0.5 ML INTRAMUSCULAR SOLUTION ^{ACA}	4	
PENTACEL DTAP-IPV COMPONENT (PF) 15 LF-48 MCG-5 LF UNIT/0.5 ML IM SUSP ^{ACA}	4	
PENTACEL DTAP-IPV COMPONENT (PF) 15 LF-48 MCG-62 DU/0.5 ML IM SUSP	4	
pentamidine 300 mg inhal powder ^{MM}	4	
PENTIPS 29 GAUGE X 1/2" NEEDLE ^{MM}	3	
PENTIPS 31 GAUGE X 1/4" NEEDLE ^{MM}	3	
PENTIPS 31 GAUGE X 3/16" NEEDLE ^{MM}	3	
PENTIPS 31 GAUGE X 5/16" NEEDLE ^{MM}	3	
PENTIPS 32 GAUGE X 5/32" NEEDLE ^{MM}	3	
pentoxifylline er 400 mg tab ^{MM}	1	
PERFORMIST 20 MCG/2 ML SOLUTION FOR NEBULIZATION ^{MM,SP}	5	PA,QL(120 cada 30 días)
perindopril erbumine 2 mg tab ^{MM}	2	
perindopril erbumine 4 mg tab ^{MM}	2	
perindopril erbumine 8 mg tab ^{MM}	2	
periogard 0.12 % mouthwash	2	
permethrin 5% cream	3	
perphen-amitrip 2 mg-10 mg tab ^{MM}	3	
perphen-amitrip 2 mg-25 mg tab ^{MM}	3	
perphen-amitrip 4 mg-10 mg tab ^{MM}	3	
perphen-amitrip 4 mg-25 mg tab ^{MM}	3	
perphen-amitrip 4 mg-50 mg tab ^{MM}	3	
perphenazine 16 mg tablet ^{MM}	3	
perphenazine 2 mg tablet ^{MM}	3	
perphenazine 4 mg tablet ^{MM}	3	
perphenazine 8 mg tablet ^{MM}	3	
PERSERIS 120 MG ABDOMINAL SUBCUTANEOUS EXT. RELEASE SUSPENSION SYRINGE ^{MM,SP,DL}	5	QL(1 cada 28 días)
PERSERIS 90 MG ABDOMINAL SUBCUTANEOUS EXT. RELEASE SUSPENSION SYRINGE ^{MM,SP,DL}	5	QL(1 cada 28 días)
PFIZER-BIONTECH COVID-19 VACCINE (PF) 30 MCG/0.3 ML IM SUSPENSION(EUA) ^{ACA}	4	QL(0.6 cada 365 días)
PHARMACIST CHOICE 30G LANCETS ^{MM}	3	
PHASEAL PROTECTOR 13 MM DEVICE	1	
PHASEAL PROTECTOR 20 MM DEVICE	1	
PHASEAL PROTECTOR 28 MM DEVICE	1	
phenadoz 12.5 mg suppository	3	
phenadoz 25 mg rectal suppository	3	
phenazopyridine 100 mg tab	3	
phenazopyridine 200 mg tab	3	
phenelzine sulfate 15 mg tab ^{MM}	3	
phenobarbital 100 mg tablet ^{MM}	2	QL(90 cada 30 días)
phenobarbital 15 mg tablet ^{MM}	2	QL(120 cada 30 días)
phenobarbital 16.2 mg tablet ^{MM}	2	QL(90 cada 30 días)
phenobarbital 20 mg/5 ml elix ^{MM}	3	QL(1500 cada 30 días)
phenobarbital 30 mg tablet ^{MM}	2	QL(300 cada 30 días)
phenobarbital 32.4 mg tablet ^{MM}	2	QL(90 cada 30 días)
phenobarbital 60 mg tablet ^{MM}	2	QL(120 cada 30 días)
phenobarbital 64.8 mg tablet ^{MM}	2	QL(90 cada 30 días)
phenobarbital 97.2 mg tablet ^{MM}	2	QL(90 cada 30 días)
phenoxybenzamine hcl 10 mg cap ^{SP,DL}	5	
phenylephrine 10% eye drops	3	
phenylephrine 2.5% eye drop	3	
phenytoin 100 mg/4 ml susp ^{MM}	2	
phenytoin 125 mg/5 ml susp ^{MM}	2	

ST - Terapia por fases • QL - Límite de cantidad • PA - Autorización previa

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DEL USO
phenytoin 50 mg tablet chew ^{MM}	2	
phenytoin sod ext 100 mg cap ^{MM}	2	
phenytoin sod ext 200 mg cap ^{MM}	2	
phenytoin sod ext 300 mg cap ^{MM}	2	
PHEXXI 1.8 %-1 %-0.4 % VAGINAL GEL	4	QL(60 cada 30 días)
philith 0.4 mg-35 mcg tablet ^{MM,ACA}	1	
phospha 250 neutral 250 mg tablet	2	
PHOSPHOLINE IODIDE 0.125% ^{MM}	3	
phytonadione 1 mg/0.5 ml syr	2	
phytonadione 10 mg/ml ampul	2	
PICATO 0.015 % TOPICAL GEL	4	QL(3 cada 30 días)
PICATO 0.05 % TOPICAL GEL	4	QL(2 cada 30 días)
PIFELTRO 100 MG TABLET ^{MM,SP}	5	QL(60 cada 30 días)
pilocarpine 1% eye drops ^{MM}	2	
pilocarpine 2% eye drops ^{MM}	2	
pilocarpine 4% eye drops ^{MM}	2	
pilocarpine hcl 5 mg tablet ^{MM}	3	
pilocarpine hcl 7.5 mg tablet ^{MM}	3	
pimecrolimus 1% cream	4	
pimozide 1 mg tablet ^{MM}	3	
pimozide 2 mg tablet ^{MM}	3	
pimtrea (28) 0.15 mg-0.02 mg (21)/0.01 mg (5) tablet ^{MM,ACA}	1	
pindolol 10 mg tablet ^{MM}	2	
pindolol 5 mg tablet ^{MM}	2	
pioglitazone hcl 15 mg tablet ^{MM}	1	QL(30 cada 30 días)
pioglitazone hcl 30 mg tablet ^{MM}	1	QL(30 cada 30 días)
pioglitazone hcl 45 mg tablet ^{MM}	1	QL(30 cada 30 días)
PIP LANCET 28 GAUGE ^{MM}	3	
PIP LANCET 30 GAUGE ^{MM}	3	
PIP PEN NEEDLE 31 GAUGE X 3/16" ^{MM}	3	
PIP PEN NEEDLE 32 GAUGE X 5/32" ^{MM}	3	
PIQRAY 200 MG/DAY (200 MG X 1) TABLET ^{MM,SP,DL}	5	PA,QL(28 cada 28 días)
PIQRAY 250 MG/DAY (200 MG X 1-50 MG X 1) TABLET ^{MM,SP,DL}	5	PA,QL(56 cada 28 días)
PIQRAY 300 MG/DAY (150 MG X 2) TABLET ^{MM,SP,DL}	5	PA,QL(56 cada 28 días)
pirmella 0.5/0.75/1 mg-35 mcg tablet ^{MM,ACA}	1	
pirmella 1 mg-35 mcg tablet ^{MM,ACA}	1	
piroxicam 10 mg capsule	2	
piroxicam 20 mg capsule	2	
PLEGRIDY 125 MCG/0.5 ML INTRAMUSCULAR SYRINGE ^{MM,SP,DL}	5	PA,QL(1 cada 28 días)
PLEGRIDY 125 MCG/0.5 ML SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR ^{MM,SP,DL}	5	PA,QL(1 cada 28 días)
PLEGRIDY 125 MCG/0.5 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE ^{MM,SP,DL}	5	PA,QL(1 cada 28 días)
PLEGRIDY 63 MCG/0.5 ML-94 MCG/0.5 ML SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR ^{SP,DL}	5	PA,QL(1 cada 28 días)
PLEGRIDY 63 MCG/0.5 ML-94 MCG/0.5 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE ^{SP,DL}	5	PA,QL(1 cada 28 días)
PNEUMOVAX-23 25 MCG/0.5 ML INJECTION SOLUTION ^{ACA}	4	
PNEUMOVAX-23 25 MCG/0.5 ML INJECTION SYRINGE ^{ACA}	4	
pnv-select 27 mg-1 mg tablet ^{MM}	3	
POCKET CHAMBER SPACER	3	
podofilox 0.5% topical soln	3	
polocaine-mpf 10 mg/ml (1 %) injection solution	4	
poly-iron 150 forte 150 mg-25 mcg-1 mg capsule	1	
polycin 500 unit-10,000 unit/gram eye ointment	2	
polymyxin b sulfate vial	4	
polymyxin b-tmp eye drops	1	
POMALYST 1 MG CAPSULE ^{MM,SP,DL}	5	PA,QL(21 cada 28 días)
POMALYST 2 MG CAPSULE ^{MM,SP,DL}	5	PA,QL(21 cada 28 días)

ST - Terapia por fases • QL - Límite de cantidad • PA - Autorización previa

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DEL USO
POMALYST 3 MG CAPSULE ^{MM,SP,DL}	5	PA,QL(21 cada 28 días)
POMALYST 4 MG CAPSULE ^{MM,SP,DL}	5	PA,QL(21 cada 28 días)
portia 28 0.15 mg-0.03 mg tablet ^{MM,ACA}	1	
posaconazole 200 mg/5 ml susp ^{SP,DL}	5	PA,QL(840 cada 28 días)
posaconazole dr 100 mg tablet ^{SP,DL}	5	PA,QL(93 cada 30 días)
potassium citrate er 10 meq tb ^{MM}	3	
potassium citrate er 15 meq tb ^{MM}	3	
potassium citrate er 5 meq tab ^{MM}	3	
potassium cl 10% (20 meq/15ml) ^{MM}	4	
potassium cl 20% (40 meq/15ml) ^{MM}	4	
potassium cl er 10 meq capsule ^{MM}	2	
potassium cl er 10 meq tablet ^{MM}	2	
potassium cl er 10 meq tablet ^{MM}	1	
potassium cl er 20 meq tablet ^{MM}	1	
potassium cl er 20 meq tablet ^{MM}	2	
potassium cl er 8 meq capsule ^{MM}	2	
potassium cl er 8 meq tablet ^{MM}	2	
pr natal 400 29 mg-1 mg-400 mg oral pack ^{MM}	2	
pr natal 400 ec 29 mg-1 mg-400 mg tablet-capsule,delayed release ^{MM}	2	
pr natal 430 29 mg iron-1 mg-430 mg oral pack ^{MM}	2	
pr natal 430 ec 29 mg-1 mg-430 mg tablet-capsule,delayed release ^{MM}	2	
PRADAXA 110 MG CAPSULE ^{MM}	4	QL(60 cada 30 días)
PRADAXA 150 MG CAPSULE ^{MM}	4	QL(60 cada 30 días)
PRADAXA 75 MG CAPSULE ^{MM}	4	QL(60 cada 30 días)
pramipexole 0.125 mg tablet ^{MM}	1	
pramipexole 0.25 mg tablet ^{MM}	1	
pramipexole 0.5 mg tablet ^{MM}	1	
pramipexole 0.75 mg tablet ^{MM}	1	
pramipexole 1 mg tablet ^{MM}	1	
pramipexole 1.5 mg tablet ^{MM}	1	
prasugrel 10 mg tablet ^{MM}	3	QL(30 cada 30 días)
prasugrel 5 mg tablet ^{MM}	3	QL(30 cada 30 días)
pravastatin sodium 10 mg tab ^{MM}	2	
pravastatin sodium 20 mg tab ^{MM}	2	
pravastatin sodium 40 mg tab ^{MM}	2	
pravastatin sodium 80 mg tab ^{MM}	2	
praziquantel 600 mg tablet	4	
prazosin 1 mg capsule ^{MM}	2	
prazosin 2 mg capsule ^{MM}	2	
prazosin 5 mg capsule ^{MM}	2	
PRECISION GLUCOSE CONTROL SOLN COMBO PACK ^{MM}	3	
PRECISION GLUCOSE/KETONE CONTR COMBO PACK ^{MM}	3	
prednicarbate 0.1% cream	3	
prednicarbate 0.1% ointment	3	
prednisolone 15 mg/5 ml soln	2	
prednisolone 15 mg/5 ml soln	2	
prednisolone 5 mg/5 ml soln	2	
prednisolone ac 1% eye drop	2	
prednisolone sod 1% eye drop	2	
prednisolone sod ph 25 mg/5 ml	2	
prednisone 1 mg tablet	1	
prednisone 10 mg tab dose pack	2	
prednisone 10 mg tablet	1	
prednisone 2.5 mg tablet	1	
prednisone 20 mg tablet	1	

ST - Terapia por fases • QL - Límite de cantidad • PA - Autorización previa

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DEL USO
prednisone 5 mg tab dose pack	2	
prednisone 5 mg tablet	1	
prednisone 5 mg/5 ml solution	3	
prednisone 50 mg tablet	1	
PREFERRED PLUS SYRINGE 0.5 ML ^{MM}	3	
PREFERRED PLUS SYRINGE 1 ML ^{MM}	3	
PREFEST 1 MG (15)/1 MG-0.09 MG (15) TABLET ^{MM}	3	
pregabalin 100 mg capsule ^{MM}	3	QL(90 cada 30 días)
pregabalin 150 mg capsule ^{MM}	3	QL(90 cada 30 días)
pregabalin 20 mg/ml solution ^{MM}	4	QL(900 cada 30 días)
pregabalin 200 mg capsule ^{MM}	3	QL(90 cada 30 días)
pregabalin 225 mg capsule ^{MM}	3	QL(60 cada 30 días)
pregabalin 25 mg capsule ^{MM}	3	QL(90 cada 30 días)
pregabalin 300 mg capsule ^{MM}	3	QL(60 cada 30 días)
pregabalin 50 mg capsule ^{MM}	3	QL(90 cada 30 días)
pregabalin 75 mg capsule ^{MM}	3	QL(90 cada 30 días)
PREMARIN 0.3 MG TABLET ^{MM}	4	
PREMARIN 0.45 MG TABLET ^{MM}	4	
PREMARIN 0.625 MG TABLET ^{MM}	4	
PREMARIN 0.9 MG TABLET ^{MM}	4	
PREMARIN 1.25 MG TABLET ^{MM}	4	
PREMPRO 0.3 MG-1.5 MG TABLET ^{MM}	4	
PREMPRO 0.45 MG-1.5 MG TABLET ^{MM}	4	
PREMPRO 0.625 MG-2.5 MG TABLET ^{MM}	4	
PREMPRO 0.625 MG-5 MG TABLET ^{MM}	4	
prena1 pearl 30 mg-1.4 mg-200 mg capsule,immediate - delay release ^{MM}	3	
prena1 true 30 mg iron-1.4 mg-300 mg oral pack ^{MM}	3	
PRENATA 29 MG IRON-1 MG CHEWABLE TABLET ^{MM}	3	
prenatal 19 29 mg iron-1 mg chewable tablet ^{MM}	2	
prenatal low iron 27 mg iron-1 mg tablet ^{MM}	2	
prenatal plus (calcium carbonate) 27 mg iron-1 mg tablet ^{MM}	2	
prenatal plus 29 mg iron-1 mg tablet ^{MM}	2	
prenatal plus dha 27 mg iron-1 mg-312 mg-250 mg oral pack ^{MM}	2	
prenatal vitamins plus low iron 27 mg iron-1 mg tablet ^{MM}	1	
PRENATE DHA (FERROUS ASPARTO GLYCINATE) 18 MG IRON-1 MG-300 MG CAPSULE ^{MM}	4	
PRENATE ELITE (IRON ASPARTO GLYCINATE) 20 MG IRON-1 MG TABLET ^{MM}	4	
PRENATE ELITE 26 MG IRON-1 MG TABLET ^{MM}	3	
PRENATE ENHANCE 28 MG IRON-1 MG-400 MG CAPSULE ^{MM}	4	
PRENATE MINI (FERROUS ASPARTO GLYCINATE) 18 MG-1 MG-350 MG CAPSULE ^{MM}	4	
PRENATE PIXIE 10 MG IRON-1 MG-200 MG CAPSULE ^{MM}	4	
PRENATE RESTORE 27 MG IRON-1 MG-400 MG CAPSULE ^{MM}	4	
PRENATE STAR 20 MG IRON-1 MG TABLET ^{MM}	3	
preplus 27 mg iron-1 mg tablet ^{MM}	2	
PREPOPIK POWDER PACKET	4	ST
PRESSURE ACTIVATED LANCETS 21 GAUGE ^{MM}	3	
PRESSURE ACTIVATED LANCETS 28 GAUGE ^{MM}	3	
pretab 29 mg-1 mg tablet ^{MM}	3	
prevalite 4 gram oral powder ^{MM}	3	
prevalite 4 gram powder for susp in a packet ^{MM}	3	
PREVENT DROPSAFE PEN NEEDLE 31 GAUGE X 1/4" ^{MM}	3	
PREVENT DROPSAFE PEN NEEDLE 31 GAUGE X 5/16" ^{MM}	3	
previfem 0.25 mg-35 mcg tablet ^{MM,ACA}	1	
PREVNAR 13 (PF) 0.5 ML INTRAMUSCULAR SYRINGE ^{ACA}	4	

ST - Terapia por fases • QL - Límite de cantidad • PA - Autorización previa

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DEL USO
PREZCOBIX 800 MG-150 MG TABLET ^{MM,SP}	5	QL(30 cada 30 días)
PREZISTA 100 MG/ML ORAL SUSPENSION ^{MM}	3	QL(360 cada 30 días)
PREZISTA 150 MG TABLET ^{MM}	3	QL(240 cada 30 días)
PREZISTA 600 MG TABLET ^{MM}	3	QL(60 cada 30 días)
PREZISTA 75 MG TABLET ^{MM}	3	QL(480 cada 30 días)
PREZISTA 800 MG TABLET ^{MM}	3	QL(30 cada 30 días)
PRIFTIN 150 MG TABLET	3	
primaquine 26.3 mg tablet	3	
PRIMEAIRE SPACER	3	
primidone 250 mg tablet ^{MM}	1	
primidone 50 mg tablet ^{MM}	1	
PRO COMFORT ALCOHOL PADS	3	
PRO COMFORT INSULIN SYRINGE 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2" ^{MM}	3	
PRO COMFORT INSULIN SYRINGE 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16" ^{MM}	3	
PRO COMFORT INSULIN SYRINGE 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16" ^{MM}	3	
PRO COMFORT INSULIN SYRINGE 1 ML 30 GAUGE X 1/2" ^{MM}	3	
PRO COMFORT INSULIN SYRINGE 1 ML 30 GAUGE X 5/16" ^{MM}	3	
PRO COMFORT INSULIN SYRINGE 1 ML 31 GAUGE X 5/16" ^{MM}	3	
PRO COMFORT LANCET 30 GAUGE ^{MM}	3	
PRO COMFORT LANCET 31 GAUGE ^{MM}	3	
PRO COMFORT PEN NEEDLE 31 GAUGE X 5/16" ^{MM}	3	
PRO COMFORT PEN NEEDLE 32 GAUGE X 1/4" ^{MM}	3	
PRO COMFORT PEN NEEDLE 32 GAUGE X 3/16" ^{MM}	3	
PRO COMFORT PEN NEEDLE 32 GAUGE X 5/32" ^{MM}	3	
PRO COMFORT SPACER-ADULT MASK	3	
PRO COMFORT SPACER-CHILD MASK	3	
probenecid 500 mg tablet ^{MM}	2	
probenecid-colchicine tablet ^{MM}	2	
PROCALAMINE 3% INTRAVENOUS SOLUTION	3	
PROCARE SPACER WITH ADULT MASK	3	
PROCARE SPACER WITH CHILD MASK	3	
PROCHAMBER	3	
prochlorperazine 10 mg tab	2	
prochlorperazine 25 mg supp	3	
prochlorperazine 5 mg tablet	2	
procto-med hc 2.5 % topical cream perineal applicator	2	
procto-pak 1 % topical cream perineal applicator	2	
proctosol hc 2.5 % topical cream perineal applicator	2	
proctozone-hc 2.5 % topical cream perineal applicator	2	
PRODIGY CONTROL SOLUTION, LOW ^{MM}	3	
PRODIGY CONTROL SOLUTION, HIGH ^{MM}	3	
PRODIGY INSULIN SYRINGE 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16" ^{MM}	3	
PRODIGY INSULIN SYRINGE 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16" ^{MM}	3	
PRODIGY INSULIN SYRINGE 1 ML 28 GAUGE X 1/2" ^{MM}	3	
PRODIGY LANCETS 26 GAUGE ^{MM}	3	
PRODIGY LANCETS 28 GAUGE ^{MM}	3	
PRODIGY LANCING DEVICE	3	
PRODIGY TWIST TOP LANCET 28 GAUGE ^{MM}	3	
PROFERRIN-FORTE 12 MG-1 MG TABLET	3	
progesterone 100 mg capsule ^{MM}	2	
progesterone 200 mg capsule ^{MM}	2	
progesterone 500 mg/10 ml vial	4	
PROGRAF 0.2 MG ORAL GRANULES IN PACKET ^{MM}	4	
PROGRAF 0.5 MG CAPSULE ^{MM}	4	
PROGRAF 1 MG CAPSULE ^{MM}	4	
PROGRAF 1 MG ORAL GRANULES IN PACKET ^{MM}	4	

ST - Terapia por fases • QL - Límite de cantidad • PA - Autorización previa

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DEL USO
PROGRAF 5 MG CAPSULE ^{MM}	4	QL(180 cada 30 días)
PROMACTA 12.5 MG ORAL POWDER PACKET ^{MM,SP,DL}	5	PA,QL(360 cada 30 días)
PROMACTA 12.5 MG TABLET ^{MM,SP,DL}	5	PA,QL(60 cada 30 días)
PROMACTA 25 MG ORAL POWDER PACKET ^{MM,SP,DL}	5	PA,QL(180 cada 30 días)
PROMACTA 25 MG TABLET ^{MM,SP,DL}	5	PA,QL(30 cada 30 días)
PROMACTA 50 MG TABLET ^{MM,SP,DL}	5	PA,QL(90 cada 30 días)
PROMACTA 75 MG TABLET ^{MM,SP,DL}	5	PA,QL(60 cada 30 días)
promethazine 12.5 mg suppos	3	
promethazine 12.5 mg tablet	2	
promethazine 25 mg suppository	3	
promethazine 25 mg tablet	2	
promethazine 50 mg suppository	3	
promethazine 50 mg tablet	2	
promethazine 6.25 mg/5 ml syr	2	
promethazine vc 6.25 mg-5 mg/5 ml oral syrup	3	
promethazine vc-codeine 6.25 mg-5 mg-10 mg/5 ml oral syrup	3	
promethazine-codeine syrup	3	
promethazine-dm 6.25-15 mg/5ml	3	
promethazine-pe-codeine syrup	3	
promethazine-phenylephrine syr	3	
promethegan 12.5 mg rectal suppository	3	
promethegan 25 mg rectal suppository	3	
promethegan 50 mg rectal suppository	3	
propafenone hcl 150 mg tablet ^{MM}	2	
propafenone hcl 225 mg tab ^{MM}	2	
propafenone hcl 300 mg tab ^{MM}	2	
propafenone hcl er 225 mg cap ^{MM}	4	
propafenone hcl er 325 mg cap ^{MM}	4	
propafenone hcl er 425 mg cap ^{MM}	4	
proprantheline 15 mg tablet	3	
proparacaine 0.5% eye drops	2	
propofol 500 mg/50 ml vial	4	
propranolol 10 mg tablet ^{MM}	2	
propranolol 20 mg tablet ^{MM}	2	
propranolol 20 mg/5 ml soln ^{MM}	2	
propranolol 40 mg tablet ^{MM}	2	
propranolol 40 mg/5 ml soln ^{MM}	2	
propranolol 60 mg tablet ^{MM}	2	
propranolol 80 mg tablet ^{MM}	2	
propranolol er 120 mg capsule ^{MM}	3	
propranolol er 160 mg capsule ^{MM}	3	
propranolol er 60 mg capsule ^{MM}	3	
propranolol er 80 mg capsule ^{MM}	3	
propranolol-hctz 40-25 mg tab ^{MM}	2	
propranolol-hctz 80-25 mg tab ^{MM}	2	
propylthiouracil 50 mg tablet ^{MM}	3	
PROQUAD (PF) 10EXP3-4.3-3-3.99TCID50/0.5ML SUBCUTANEOUS SUSPENSION ^{ACA}	4	
protriptyline hcl 10 mg tablet ^{MM}	3	
protriptyline hcl 5 mg tablet ^{MM}	3	
PROVIDA DHA CAPSULE ^{MM}	4	
PROVIDA OB 40 MG IRON-1.25 MG CAPSULE ^{MM}	3	
PULMOZYME 1 MG/ML SOLUTION FOR INHALATION ^{MM,SP,DL}	5	QL(150 cada 30 días)
PURE COMFORT ALCOHOL PADS	3	
PURE COMFORT LANCETS 30 GAUGE ^{MM}	3	
PURE COMFORT PEN NEEDLE 32 GAUGE X 1/4" ^{MM}	3	
PURE COMFORT PEN NEEDLE 32 GAUGE X 3/16" ^{MM}	3	

ST - Terapia por fases • QL - Límite de cantidad • PA - Autorización previa

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DEL USO
PURE COMFORT PEN NEEDLE 32 GAUGE X 5/16 ^{MM}	3	
PURE COMFORT PEN NEEDLE 32 GAUGE X 5/32 ^{MM}	3	
PURE COMFORT SAFETY LANCETS 30 GAUGE ^{MM}	3	
PUREFE PLUS 106 MG IRON-1 MG CAPSULE	4	
purevit dualfe plus 162 mg-115.2 mg (106 mg)-1 mg capsule	1	
PUSH BUTTON SAFETY LANCETS 28 GAUGE ^{MM}	3	
PYLERA 140 MG-125 MG-125 MG CAPSULE	4	QL(144 cada 30 días)
pyrazinamide 500 mg tablet	4	
pyridostigmine br 30 mg tablet ^{MM}	3	
pyridostigmine br 60 mg tablet ^{MM}	3	
QINLOCK 50 MG TABLET ^{MM,SP,DL}	5	PA,QL(90 cada 30 días)
QUADRACEL (PF) 15 LF-48 MCG-5 LF UNIT/0.5 ML INTRAMUSCULAR SUSPENSION ^{ACA}	4	
quetiapine er 150 mg tablet ^{MM}	2	QL(90 cada 30 días)
quetiapine er 200 mg tablet ^{MM}	2	QL(30 cada 30 días)
quetiapine er 300 mg tablet ^{MM}	2	QL(60 cada 30 días)
quetiapine er 400 mg tablet ^{MM}	2	QL(60 cada 30 días)
quetiapine er 50 mg tablet ^{MM}	2	QL(120 cada 30 días)
quetiapine fumarate 100 mg tab ^{MM}	1	QL(90 cada 30 días)
quetiapine fumarate 200 mg tab ^{MM}	1	QL(120 cada 30 días)
quetiapine fumarate 25 mg tab ^{MM}	1	QL(120 cada 30 días)
quetiapine fumarate 300 mg tab ^{MM}	1	QL(90 cada 30 días)
quetiapine fumarate 400 mg tab ^{MM}	1	QL(90 cada 30 días)
quetiapine fumarate 50 mg tab ^{MM}	1	QL(120 cada 30 días)
QUILLICHEW ER 20 MG CHEWABLE TABLET, EXTENDED RELEASE ^{MM}	3	QL(30 cada 30 días)
QUILLICHEW ER 30 MG CHEWABLE TABLET, EXTENDED RELEASE ^{MM}	3	QL(60 cada 30 días)
QUILLICHEW ER 40 MG CHEWABLE, EXTENDED RELEASE TABLET ^{MM}	3	QL(30 cada 30 días)
QUILLIVANT XR 5 MG/ML (25 MG/5 ML) ORAL SUSPENSION,EXTEND RELEASE 24HR ^{MM}	3	QL(360 cada 30 días)
quinapril 10 mg tablet ^{MM}	1	
quinapril 20 mg tablet ^{MM}	1	
quinapril 40 mg tablet ^{MM}	1	
quinapril 5 mg tablet ^{MM}	1	
quinapril-hctz 10-12.5 mg tab ^{MM}	2	
quinapril-hctz 20-12.5 mg tab ^{MM}	2	
quinapril-hctz 20-25 mg tab ^{MM}	2	
quinidine sulfate 200 mg tab ^{MM}	2	
quinidine sulfate 300 mg tab ^{MM}	2	
quinine sulfate 324 mg capsule	3	PA,QL(42 cada 7 días)
r-natal ob 20 mg iron-1 mg-320 mg capsule ^{MM}	3	
rabeprazole sod dr 20 mg tab ^{MM}	2	QL(60 cada 30 días)
RAGWITEK 12 AMB A 1 UNIT SUBLINGUAL TABLET ^{MM}	3	ST,QL(30 cada 30 días)
raloxifene hcl 60 mg tablet ^{MM,ACA}	3	QL(30 cada 30 días)
ramelteon 8 mg tablet	4	ST,QL(30 cada 30 días)
ramipril 1.25 mg capsule ^{MM}	1	
ramipril 10 mg capsule ^{MM}	1	
ramipril 2.5 mg capsule ^{MM}	1	
ramipril 5 mg capsule ^{MM}	1	
ranolazine er 1,000 mg tablet ^{MM}	2	QL(120 cada 30 días)
ranolazine er 500 mg tablet ^{MM}	2	QL(120 cada 30 días)
RAPAMUNE 0.5 MG TABLET ^{MM}	4	
RAPAMUNE 1 MG TABLET ^{MM}	4	QL(300 cada 30 días)
RAPAMUNE 1 MG/ML ORAL SOLUTION ^{MM}	4	
RAPAMUNE 2 MG TABLET ^{MM}	4	QL(150 cada 30 días)
rasagiline mesylate 0.5 mg tab ^{MM}	3	

ST - Terapia por fases • QL - Límite de cantidad • PA - Autorización previa

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DEL USO
rasagiline mesylate 1 mg tab ^{MM}	3	
RASUVO (PF) 10 MG/0.2 ML SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR ^{MM}	3	ST,QL(0.8 cada 28 días)
RASUVO (PF) 12.5 MG/0.25 ML SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR ^{MM}	3	ST,QL(1 cada 28 días)
RASUVO (PF) 15 MG/0.3 ML SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR ^{MM}	3	ST,QL(1.2 cada 28 días)
RASUVO (PF) 17.5 MG/0.35 ML SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR ^{MM}	3	ST,QL(1.4 cada 28 días)
RASUVO (PF) 20 MG/0.4 ML SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR ^{MM}	3	ST,QL(1.6 cada 28 días)
RASUVO (PF) 22.5 MG/0.45 ML SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR ^{MM}	3	ST,QL(1.8 cada 28 días)
RASUVO (PF) 25 MG/0.5 ML SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR ^{MM}	3	ST,QL(2 cada 28 días)
RASUVO (PF) 30 MG/0.6 ML SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR ^{MM}	3	ST,QL(2.4 cada 28 días)
RASUVO (PF) 7.5 MG/0.15 ML SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR ^{MM}	3	ST,QL(0.6 cada 28 días)
READYLANCE SAFETY LANCETS 21 GAUGE ^{MM}	3	
READYLANCE SAFETY LANCETS 23 GAUGE ^{MM}	3	
READYLANCE SAFETY LANCETS 26 GAUGE ^{MM}	3	
READYLANCE SAFETY LANCETS 28 GAUGE ^{MM}	3	
READYLANCE SAFETY LANCETS 30 GAUGE ^{MM}	3	
reclipsen (28) 0.15 mg-0.03 mg tablet ^{MM,ACA}	1	
RECOMBIVAX HB (PF) 10 MCG/ML INTRAMUSCULAR SUSPENSION ^{ACA}	4	
RECOMBIVAX HB (PF) 10 MCG/ML INTRAMUSCULAR SYRINGE ^{ACA}	4	
RECOMBIVAX HB (PF) 40 MCG/ML INTRAMUSCULAR SUSPENSION ^{ACA}	4	
RECOMBIVAX HB (PF) 5 MCG/0.5 ML INTRAMUSCULAR SUSPENSION ^{ACA}	4	
RECOMBIVAX HB (PF) 5 MCG/0.5 ML INTRAMUSCULAR SYRINGE ^{ACA}	4	
RECTIV 0.4 % (W/W) OINTMENT	4	QL(30 cada 30 días)
REFUAH PLUS GLUCOSE CONTROL SOLUTION ^{MM}	3	
RELENZA DISKHALER 5 MG/ACTUATION POWDER FOR INHALATION	3	QL(60 cada 180 días)
RELIAMED LANCET 23 GAUGE ^{MM}	3	
RELIAMED LANCET 28 GAUGE ^{MM}	3	
RELIAMED LANCET 30 GAUGE ^{MM}	3	
RELIAMED MINI LANCING DEVICE	3	
RELIAMED SAFETY SEAL LANCETS 28 GAUGE ^{MM}	3	
RELIAMED SAFETY SEAL LANCETS 30 GAUGE ^{MM}	3	
RELIAMED TWIST AND CAP LANCET 28 GAUGE ^{MM}	3	
RELION INS SYR 0.3 ML 31GX6MM ^{MM}	3	
RELION INS SYR 0.5 ML 31GX6MM ^{MM}	3	
RELION INS SYR 1 ML 31GX15/64 ^{MM}	3	
RELION LANCING DEVICE ^{MM}	3	
RELION NEEDLES 31 GAUGE X 1/4 ^{MM}	3	
RELION PEN NEEDLE 31G 6MM	3	
RELION PEN NEEDLES 32 GAUGE X 5/32 ^{MM}	3	
RELION THIN LANCETS 26 GAUGE ^{MM}	3	
RELION ULTRA THIN PLUS LANCETS ^{MM}	3	
RELISTOR 12 MG/0.6 ML SUBCUTANEOUS SOLUTION ^{SP,DL}	5	PA,QL(21.6 cada 30 días)
RELISTOR 12 MG/0.6 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE ^{SP,DL}	5	PA,QL(36 cada 28 días)
RELISTOR 8 MG/0.4 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE ^{SP,DL}	5	PA,QL(4.8 cada 30 días)
REMICADE 100 MG INTRAVENOUS SOLUTION ^{MM,SP,DL}	5	PA
repaqlinide 0.5 mg tablet ^{MM}	2	
repaqlinide 1 mg tablet ^{MM}	2	
repaqlinide 2 mg tablet ^{MM}	2	
REPETHA PUSHTRONEX 420 MG/3.5 ML SUBCUTANEOUS WEARABLE INJECTOR ^{MM}	3	PA,QL(3.5 cada 28 días)
REPETHA SURECLICK 140 MG/ML SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR ^{MM}	3	PA,QL(3 cada 28 días)
REPETHA SYRINGE 140 MG/ML SUBCUTANEOUS SYRINGE ^{MM}	3	PA,QL(3 cada 28 días)
RESCRIPTOR 200 MG TABLET ^{MM}	4	QL(180 cada 30 días)
RESECTISOL 5% SOLUTION	4	
RESTASIS 0.05 % EYE DROPS IN A DROPPERETTE ^{MM}	3	QL(60 cada 30 días)
RESTASIS MULTIDOSE 0.05 % EYE DROPS ^{MM}	3	QL(5.5 cada 25 días)

ST - Terapia por fases • QL - Límite de cantidad • PA - Autorización previa

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DEL USO
RETACRIT 10,000 UNIT/ML INJECTION SOLUTION ^{MM,SP,DL}	5	PA,QL(14 cada 30 días)
RETACRIT 2,000 UNIT/ML INJECTION SOLUTION ^{MM,SP,DL}	5	PA,QL(14 cada 30 días)
RETACRIT 20,000 UNIT/2 ML INJECTION SOLUTION ^{MM,SP,DL}	5	PA,QL(14 cada 30 días)
RETACRIT 20,000 UNIT/ML INJECTION SOLUTION ^{MM,SP,DL}	5	PA,QL(14 cada 30 días)
RETACRIT 3,000 UNIT/ML INJECTION SOLUTION ^{MM,SP,DL}	5	PA,QL(14 cada 30 días)
RETACRIT 4,000 UNIT/ML INJECTION SOLUTION ^{MM,SP,DL}	5	PA,QL(14 cada 30 días)
RETACRIT 40,000 UNIT/ML INJECTION SOLUTION ^{MM,SP,DL}	5	PA,QL(14 cada 30 días)
RETEVMO 40 MG CAPSULE ^{MM,SP,DL}	5	PA,QL(180 cada 30 días)
RETEVMO 80 MG CAPSULE ^{MM,SP,DL}	5	PA,QL(120 cada 30 días)
REVLIMID 10 MG CAPSULE ^{MM,SP,DL}	5	PA,QL(28 cada 28 días)
REVLIMID 15 MG CAPSULE ^{MM,SP,DL}	5	PA,QL(28 cada 28 días)
REVLIMID 2.5 MG CAPSULE ^{MM,SP,DL}	5	PA,QL(28 cada 28 días)
REVLIMID 20 MG CAPSULE ^{MM,SP,DL}	5	PA,QL(28 cada 28 días)
REVLIMID 25 MG CAPSULE ^{MM,SP,DL}	5	PA,QL(28 cada 28 días)
REVLIMID 5 MG CAPSULE ^{MM,SP,DL}	5	PA,QL(28 cada 28 días)
REYATAZ 50 MG ORAL POWDER PACKET ^{MM,SP}	5	
ribavirin 200 mg capsule	3	QL(168 cada 28 días)
ribavirin 200 mg tablet	3	QL(168 cada 28 días)
ribavirin 6 gm inhalation vial	3	QL(8 cada 30 días)
RIDAURA 3 MG CAPSULE ^{MM}	4	
rifabutin 150 mg capsule	4	
RIFAMATE CAPSULE	4	
rifampin 150 mg capsule	2	
rifampin 300 mg capsule	2	
RIFATER TABLET	4	
RIGHTEST CONTROL SOLUTION HIGH ^{MM}	3	
RIGHTEST CONTROL SOLUTION NORMAL ^{MM}	3	
RIGHTEST GC250S CONTROL SOLUTION NORMAL ^{MM}	3	
RIGHTEST GC700 LEVEL 2 CONTROL SOLUTION ^{MM}	3	
RIGHTEST GD500 LANCING DEVICE	3	
RIGHTEST GL300 LANCETS 30 GAUGE ^{MM}	3	
RIGHTEST GT333 LEVEL 2 CONTROL SOLUTION ^{MM}	3	
riluzole 50 mg tablet ^{MM}	3	
rimantadine hcl 100 mg tablet	3	
ringers irrigation solution	3	
RINVOQ 15 MG TABLET,EXTENDED RELEASE ^{MM,SP,DL}	5	PA,QL(30 cada 30 días)
risedronate sod dr 35 mg tab ^{MM}	3	QL(4 cada 28 días)
risedronate sodium 150 mg tab ^{MM}	3	QL(1 cada 30 días)
RISPERDAL CONSTA 12.5 MG/2 ML INTRAMUSCULAR SUSP,EXTENDED RELEASE ^{MM,SP,DL}	5	QL(2 cada 28 días)
RISPERDAL CONSTA 25 MG/2 ML INTRAMUSCULAR SUSP,EXTENDED RELEASE ^{MM,SP,DL}	5	QL(2 cada 28 días)
RISPERDAL CONSTA 37.5 MG/2 ML INTRAMUSCULAR SUSP,EXTENDED RELEASE ^{MM,SP,DL}	5	QL(2 cada 28 días)
RISPERDAL CONSTA 50 MG/2 ML INTRAMUSCULAR SUSP,EXTENDED RELEASE ^{MM,SP,DL}	5	QL(2 cada 28 días)
risperidone 0.25 mg tablet ^{MM}	1	QL(60 cada 30 días)
risperidone 0.5 mg tablet ^{MM}	1	QL(120 cada 30 días)
risperidone 1 mg tablet ^{MM}	1	QL(60 cada 30 días)
risperidone 1 mg/ml solution ^{MM}	2	
risperidone 2 mg tablet ^{MM}	1	QL(60 cada 30 días)
risperidone 3 mg tablet ^{MM}	1	QL(60 cada 30 días)
risperidone 4 mg tablet ^{MM}	1	QL(60 cada 30 días)
RITEFLO AEROCHAMBER	3	
ritonavir 100 mg tablet ^{MM}	3	QL(360 cada 30 días)

ST - Terapia por fases • QL - Límite de cantidad • PA - Autorización previa

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DEL USO
rivastigmine 1.5 mg capsule ^{MM}	3	QL(90 cada 30 días)
rivastigmine 13.3 mg/24hr ptch ^{MM}	3	QL(30 cada 30 días)
rivastigmine 3 mg capsule ^{MM}	3	QL(90 cada 30 días)
rivastigmine 4.5 mg capsule ^{MM}	3	QL(60 cada 30 días)
rivastigmine 4.6 mg/24hr patch ^{MM}	3	QL(30 cada 30 días)
rivastigmine 6 mg capsule ^{MM}	3	QL(60 cada 30 días)
rivastigmine 9.5 mg/24hr patch ^{MM}	3	QL(30 cada 30 días)
rivelsa 0.15 mg-20 mcg/0.15 mg-25 mcg tablets,3 month dose pack ^{MM}	1	QL(91 cada 90 días)
rizatriptan 10 mg odt	2	QL(12 cada 30 días)
rizatriptan 10 mg tablet	2	QL(12 cada 30 días)
rizatriptan 5 mg odt	2	QL(12 cada 30 días)
rizatriptan 5 mg tablet	2	QL(12 cada 30 días)
ropinirole hcl 0.25 mg tablet ^{MM}	1	QL(180 cada 30 días)
ropinirole hcl 0.5 mg tablet ^{MM}	1	QL(90 cada 30 días)
ropinirole hcl 1 mg tablet ^{MM}	1	QL(90 cada 30 días)
ropinirole hcl 2 mg tablet ^{MM}	1	QL(90 cada 30 días)
ropinirole hcl 3 mg tablet ^{MM}	1	QL(180 cada 30 días)
ropinirole hcl 4 mg tablet ^{MM}	1	QL(180 cada 30 días)
ropinirole hcl 5 mg tablet ^{MM}	1	QL(120 cada 30 días)
rosadan 0.75 % topical cream	3	
rosuvastatin calcium 10 mg tab ^{MM}	1	
rosuvastatin calcium 20 mg tab ^{MM}	1	
rosuvastatin calcium 40 mg tab ^{MM}	1	
rosuvastatin calcium 5 mg tab ^{MM}	1	
rowepra 1,000 mg tablet ^{MM}	1	
rowepra 500 mg tablet ^{MM}	1	
rowepra 750 mg tablet ^{MM}	1	
rowepra xr 500 mg tablet,extended release ^{MM}	2	
rowepra xr 750 mg tablet,extended release ^{MM}	2	
ROZLYTREK 100 MG CAPSULE ^{MM,SP,DL}	5	PA,QL(30 cada 30 días)
ROZLYTREK 200 MG CAPSULE ^{MM,SP,DL}	5	PA,QL(90 cada 30 días)
RUBRACA 200 MG TABLET ^{MM,SP,LD,DL}	5	PA,QL(120 cada 30 días)
RUBRACA 250 MG TABLET ^{MM,SP,LD,DL}	5	PA,QL(120 cada 30 días)
RUBRACA 300 MG TABLET ^{MM,SP,LD,DL}	5	PA,QL(120 cada 30 días)
RUCONEST 2,100 UNIT INTRAVENOUS SOLUTION ^{SP,DL}	5	PA,QL(8 cada 28 días)
rufinamide 200 mg tablet ^{SP,DL}	5	PA,QL(480 cada 30 días)
rufinamide 40 mg/ml suspension ^{MM,SP,DL}	5	PA,QL(2760 cada 30 días)
rufinamide 400 mg tablet ^{SP,DL}	5	PA,QL(240 cada 30 días)
RUKOBIA 600 MG TABLET,EXTENDED RELEASE ^{MM,SP,DL}	5	QL(60 cada 30 días)
RUZURGI 10 MG TABLET ^{MM,SP,LD,DL}	5	PA,QL(300 cada 30 días)
RYBELSUS 14 MG TABLET ^{MM}	3	QL(30 cada 30 días)
RYBELSUS 3 MG TABLET ^{MM}	3	QL(30 cada 30 días)
RYBELSUS 7 MG TABLET ^{MM}	3	QL(30 cada 30 días)
RYDAPT 25 MG CAPSULE ^{MM,SP,DL}	5	PA,QL(224 cada 28 días)
RYTARY 23.75 MG-95 MG CAPSULE,EXTENDED RELEASE ^{MM}	4	ST,QL(360 cada 30 días)
RYTARY 36.25 MG-145 MG CAPSULE,EXTENDED RELEASE ^{MM}	4	ST,QL(270 cada 30 días)
RYTARY 48.75 MG-195 MG CAPSULE,EXTENDED RELEASE ^{MM}	4	ST,QL(360 cada 30 días)
RYTARY 61.25 MG-245 MG CAPSULE,EXTENDED RELEASE ^{MM}	4	ST,QL(300 cada 30 días)
SAFESNAP INSULIN SYRINGE 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16" ^{MM}	3	
SAFESNAP INSULIN SYRINGE 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2" ^{MM}	3	
SAFESNAP INSULIN SYRINGE 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16" ^{MM}	3	
SAFESNAP INSULIN SYRINGE 1 ML 28 GAUGE X 1/2" ^{MM}	3	
SAFESNAP INSULIN SYRINGE 1 ML 29 GAUGE X 1/2" ^{MM}	3	
SAFETY LANCETS 21 GAUGE ^{MM}	3	

ST - Terapia por fases • QL - Límite de cantidad • PA - Autorización previa

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DEL USO
SAFETY LANCETS 26 GAUGE ^{MM}	3	
SAFETY LANCETS 28 GAUGE ^{MM}	3	
SAFETY PEN NEEDLE 31 GAUGE X 3/16" ^{MM}	3	
SAFETY SEAL LANCETS 28 GAUGE ^{MM}	3	
SAFETY SEAL LANCETS 30 GAUGE ^{MM}	3	
SAFETY-LET LANCETS 30 GAUGE ^{MM}	3	
SANCUSO 3.1 MG/24 HOUR TRANSDERMAL PATCH	4	QL(4 cada 30 días)
SANDIMMUNE 100 MG CAPSULE ^{MM}	4	QL(720 cada 30 días)
SANDIMMUNE 100 MG/ML ORAL SOLUTION ^{MM}	4	
SANDIMMUNE 25 MG CAPSULE ^{MM}	4	
SANTYL 250 UNIT/GRAM TOPICAL OINTMENT	4	PA
SAPHRIS 10 MG SUBLINGUAL TABLET ^{MM,SP,DL}	5	PA,QL(60 cada 30 días)
SAPHRIS 2.5 MG SUBLINGUAL TABLET ^{MM,SP,DL}	5	PA,QL(60 cada 30 días)
SAPHRIS 5 MG SUBLINGUAL TABLET ^{MM,SP,DL}	5	PA,QL(60 cada 30 días)
sapropterin 100 mg powder pkt ^{MM,SP,DL}	5	PA
sapropterin 100 mg tablet ^{MM,SP,DL}	5	PA
sapropterin 500 mg powder pkt ^{MM,SP,DL}	5	PA
SAVELLA 100 MG TABLET ^{MM}	4	PA,QL(60 cada 30 días)
SAVELLA 12.5 MG (5)-25 MG(8)-50MG(42) TABLETS IN A DOSE PACK	4	PA,QL(60 cada 30 días)
SAVELLA 12.5 MG TABLET ^{MM}	4	PA,QL(60 cada 30 días)
SAVELLA 25 MG TABLET ^{MM}	4	PA,QL(60 cada 30 días)
SAVELLA 50 MG TABLET ^{MM}	4	PA,QL(60 cada 30 días)
scopolamine 1 mg/3 day patch	3	QL(10 cada 30 días)
se-natal 19 chewable 29 mg iron-1 mg tablet ^{MM}	2	
se-tan plus 162 mg-115.2 mg (106 mg)-1 mg capsule	3	
SECURESAFE PEN NEEDLE 30 GAUGE X 5/16" ^{MM}	3	
SELECT-OB (FOLIC ACID) 29 MG IRON-1 MG CHEWABLE TABLET ^{MM}	3	
SELECT-OB + DHA 29 MG IRON-1 MG-250 MG ORAL PACK ^{MM}	4	
SELECT-OB 29 MG IRON-1 MG CHEWABLE TABLET ^{MM}	4	
selegiline hcl 5 mg capsule ^{MM}	3	
selegiline hcl 5 mg tablet ^{MM}	3	
selenium sulfide 2.5% lotion	2	
SELZENTRY 150 MG TABLET ^{MM,SP}	5	QL(240 cada 30 días)
SELZENTRY 20 MG/ML ORAL SOLUTION ^{MM,SP}	5	QL(1800 cada 30 días)
SELZENTRY 25 MG TABLET ^{MM,SP}	5	QL(240 cada 30 días)
SELZENTRY 300 MG TABLET ^{MM,SP}	5	QL(120 cada 30 días)
SELZENTRY 75 MG TABLET ^{MM,SP}	5	QL(120 cada 30 días)
SEREVENT DISKUS 50 MCG/DOSE POWDER FOR INHALATION ^{MM}	3	QL(60 cada 30 días)
sertraline 20 mg/ml oral conc ^{MM}	2	QL(60 cada 30 días)
sertraline hcl 100 mg tablet ^{MM}	1	QL(60 cada 30 días)
sertraline hcl 25 mg tablet ^{MM}	1	QL(90 cada 30 días)
sertraline hcl 50 mg tablet ^{MM}	1	QL(90 cada 30 días)
setlakin 0.15 mg-30 mcg (91) tablets,3 month dose pack ^{MM,ACA}	1	QL(91 cada 90 días)
sevelamer 0.8 gm powder packet ^{MM}	4	QL(540 cada 30 días)
sevelamer 2.4 gm powder packet ^{MM}	4	QL(180 cada 30 días)
sevelamer carbonate 800 mg tab ^{MM}	4	QL(540 cada 30 días)
sharobel 0.35 mg tablet ^{MM,ACA}	1	
SHINGRIX (PF) 50 MCG/0.5 ML INTRAMUSCULAR SUSPENSION, KIT ^{ACA}	4	QL(2 cada 365 días)
SIDEKICK BLOOD GLUCOSE SYSTEM ^{MM}	2	
sildenafil 10 mg/ml oral susp ^{MM,SP,DL}	5	PA,QL(180 cada 30 días)
sildenafil 20 mg tablet ^{MM}	2	PA,QL(90 cada 30 días)
SILICONE MASK - INFANT	3	
silodosin 4 mg capsule ^{MM}	4	ST,QL(30 cada 30 días)
silodosin 8 mg capsule ^{MM}	4	ST,QL(30 cada 30 días)
silver sulfadiazine 1% cream	2	

ST - Terapia por fases • QL - Límite de cantidad • PA - Autorización previa

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DEL USO
SIMBRINZA 1 %-0.2 % EYE DROPS,SUSPENSION ^{MM}	4	ST,QL(16 cada 30 días)
simliya (28) 0.15 mg-0.02 mg (21)/0.01 mg (5) tablet ^{MM,ACA}	1	
simpesse 0.15 mg-30 mcg (84)/10 mcg(7) tablets,3 month dose pack ^{MM,ACA}	1	QL(91 cada 90 días)
SIMULECT 10 MG INTRAVENOUS SOLUTION ^{SP,DL}	5	
SIMULECT 20 MG INTRAVENOUS SOLUTION ^{SP,DL}	5	
simvastatin 10 mg tablet ^{MM,ACA}	1	
simvastatin 20 mg tablet ^{MM,ACA}	1	
simvastatin 40 mg tablet ^{MM,ACA}	1	
simvastatin 5 mg tablet ^{MM,ACA}	1	
simvastatin 80 mg tablet ^{MM,ACA}	1	
SINGLE-LET MISC ^{MM}	3	
sirolimus 0.5 mg tablet ^{MM}	4	
sirolimus 1 mg tablet ^{MM}	4	QL(300 cada 30 días)
sirolimus 1 mg/ml solution ^{MM}	4	
sirolimus 2 mg tablet ^{MM}	4	QL(150 cada 30 días)
SIRTURO 100 MG TABLET	4	PA,QL(68 cada 28 días)
SIRTURO 20 MG TABLET	4	PA,QL(340 cada 28 días)
SIVEXTRO 200 MG TABLET	4	QL(6 cada 28 días)
SKLICE 0.5 % LOTION	4	
SKYLA 14 MCG/24 HRS (3 YRS) 13.5 MG INTRAUTERINE DEVICE ^{MM,SP,ACA,DL}	5	
SKYRIZI 150 MG/1.66 ML(75 MG/0.83 ML X 2) SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT ^{MM,SP}	5	PA,QL(6 cada 365 días)
SKYRIZI 150 MG/ML SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR ^{SP}	5	PA,QL(6 cada 365 días)
SKYRIZI 150 MG/ML SUBCUTANEOUS SYRINGE ^{SP}	5	PA,QL(6 cada 365 días)
SKYRIZI 75 MG/0.83 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE ^{MM,SP}	5	PA,QL(9.96 cada 365 días)
SLYND 4 MG (28) TABLET ^{MM}	4	
sm glucose 4 gram tab chew	1	
SM LANCETS 21G ^{MM}	3	
SMART SENSE LANCETS 21 GAUGE ^{MM}	3	
SMART SENSE LANCETS 26 GAUGE ^{MM}	3	
SMART SENSE LANCETS 33 GAUGE ^{MM}	3	
SMARTDIABETES VANTAGE	3	
SMARTEST CONTROL SOLUTION ^{MM}	3	
SMARTEST LANCET ^{MM}	3	
sod polystyren sulf 15 g/60 ml	2	
sodium chloride 0.9% inhal vl	2	
sodium chloride 0.9% irrig.	2	
sodium chloride 10% vial	2	
sodium chloride 3% vial	2	
sodium chloride 7% vial	2	
sodium phenylbutyrate powder ^{MM,SP,DL}	5	
sodium polystyrene sulf powder	3	
SOFT TOUCH LANCETS ^{MM}	3	
solifenacin 10 mg tablet ^{MM}	2	QL(30 cada 30 días)
solifenacin 5 mg tablet ^{MM}	2	QL(30 cada 30 días)
SOLIQUA 100/33 100 UNIT-33 MCG/ML SUBCUTANEOUS INSULIN PEN ^{MM}	3	QL(15 cada 24 días)
SOLUS V2 CONTROL SOLUTION, LOW ^{MM}	3	
SOLUS V2 CONTROL SOLUTION,HIGH ^{MM}	3	
SOLUS V2 LANCETS 28 GAUGE ^{MM}	3	
SOLUS V2 LANCETS 30 GAUGE ^{MM}	3	
SOLUS V2 LANCING DEVICE KIT ^{MM}	3	
SOMATULINE DEPOT 120 MG/0.5 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE ^{MM,SP,DL}	5	PA,QL(0.5 cada 28 días)
SOMATULINE DEPOT 60 MG/0.2 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE ^{MM,SP,DL}	5	PA,QL(0.2 cada 28 días)
SOMATULINE DEPOT 90 MG/0.3 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE ^{MM,SP,DL}	5	PA,QL(0.3 cada 28 días)
SOMAVERT 10 MG SUBCUTANEOUS SOLUTION ^{MM,SP,DL}	5	PA,QL(60 cada 30 días)
SOMAVERT 15 MG SUBCUTANEOUS SOLUTION ^{MM,SP,DL}	5	PA,QL(60 cada 30 días)

ST - Terapia por fases • QL - Límite de cantidad • PA - Autorización previa

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DEL USO
SOMAVERT 20 MG SUBCUTANEOUS SOLUTION ^{MM,SP,DL}	5	PA,QL(60 cada 30 días)
SOMAVERT 25 MG SUBCUTANEOUS SOLUTION ^{MM,SP,DL}	5	PA,QL(30 cada 30 días)
SOMAVERT 30 MG SUBCUTANEOUS SOLUTION ^{MM,SP,DL}	5	PA,QL(30 cada 30 días)
sorine 120 mg tablet ^{MM}	1	
sorine 160 mg tablet ^{MM}	1	
sorine 240 mg tablet ^{MM}	1	
sorine 80 mg tablet ^{MM}	1	
sotalol 120 mg tablet ^{MM}	1	
sotalol 160 mg tablet ^{MM}	1	
sotalol 240 mg tablet ^{MM}	1	
sotalol 80 mg tablet ^{MM}	1	
sotalol af 120 mg tablet ^{MM}	1	
sotalol af 160 mg tablet ^{MM}	1	
sotalol af 80 mg tablet ^{MM}	1	
SPACE CHAMBER	3	
SPACE CHAMBER PLUS	3	
SPACE CHAMBER WITH LARGE MASK	3	
SPACE CHAMBER WITH MEDIUM MASK	3	
SPACE CHAMBER WITH SMALL MASK	3	
spinosad 0.9% topical susp	4	QL(240 cada 30 días)
SPIRIVA RESPIMAT 1.25 MCG/ACTUATION SOLUTION FOR INHALATION ^{MM}	3	QL(4 cada 28 días)
SPIRIVA RESPIMAT 2.5 MCG/ACTUATION SOLUTION FOR INHALATION ^{MM}	3	QL(4 cada 28 días)
SPIRIVA WITH HANDIHALER 18 MCG AND INHALATION CAPSULES ^{MM}	3	QL(30 cada 30 días)
spironolactone 100 mg tablet ^{MM}	1	
spironolactone 25 mg tablet ^{MM}	1	
spironolactone 50 mg tablet ^{MM}	1	
spironolactone-hctz 25-25 tab ^{MM}	2	
SPRAVATO 28 MG NASAL SPRAY ^{MM,SP,DL}	5	PA
SPRAVATO 56 MG (28 MG X 2) NASAL SPRAY ^{MM,SP,DL}	5	PA,QL(16 cada 28 días)
SPRAVATO 84 MG (28 MG X 3) NASAL SPRAY ^{MM,SP,DL}	5	PA,QL(24 cada 28 días)
sprintec (28) 0.25 mg-35 mcg tablet ^{MM,ACA}	1	
SPRIX 15.75 MG/SPRAY NASAL SPRAY ^{SP,LD,DL}	5	PA,QL(5 cada 30 días)
SPRYCEL 100 MG TABLET ^{MM,SP,DL}	5	PA,QL(60 cada 30 días)
SPRYCEL 140 MG TABLET ^{MM,SP,DL}	5	PA,QL(30 cada 30 días)
SPRYCEL 20 MG TABLET ^{MM,SP,DL}	5	PA,QL(90 cada 30 días)
SPRYCEL 50 MG TABLET ^{MM,SP,DL}	5	PA,QL(60 cada 30 días)
SPRYCEL 70 MG TABLET ^{MM,SP,DL}	5	PA,QL(60 cada 30 días)
SPRYCEL 80 MG TABLET ^{MM,SP,DL}	5	PA,QL(60 cada 30 días)
sronyx 0.1 mg-20 mcg tablet ^{MM,ACA}	1	
sski 1 gram/ml oral solution	3	
stavudine 15 mg capsule ^{MM}	3	QL(120 cada 30 días)
stavudine 20 mg capsule ^{MM}	3	QL(120 cada 30 días)
stavudine 30 mg capsule ^{MM}	3	QL(60 cada 30 días)
stavudine 40 mg capsule ^{MM}	3	QL(60 cada 30 días)
STELARA 45 MG/0.5 ML SUBCUTANEOUS SOLUTION ^{MM,SP}	5	PA,QL(1.5 cada 84 días)
STELARA 45 MG/0.5 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE ^{MM,SP}	5	PA,QL(1.5 cada 84 días)
STELARA 90 MG/ML SUBCUTANEOUS SYRINGE ^{MM,SP}	5	PA,QL(3 cada 84 días)
STERILANCE TL 30 GAUGE ^{MM}	3	
STERILANCE TL 32 GAUGE ^{MM}	3	
STIOLTO RESPIMAT 2.5 MCG-2.5 MCG/ACTUATION SOLUTION FOR INHALATION ^{MM}	3	QL(4 cada 28 días)
STIVARGA 40 MG TABLET ^{SP,DL}	5	PA,QL(84 cada 28 días)
STRENSIQ 18 MG/0.45 ML SUBCUTANEOUS SOLUTION ^{MM,SP,LD,DL}	5	PA,QL(10.8 cada 28 días)
STRENSIQ 28 MG/0.7 ML SUBCUTANEOUS SOLUTION ^{MM,SP,LD,DL}	5	PA,QL(16.8 cada 28 días)
STRENSIQ 40 MG/ML SUBCUTANEOUS SOLUTION ^{MM,SP,LD,DL}	5	PA,QL(24 cada 28 días)

ST - Terapia por fases • QL - Límite de cantidad • PA - Autorización previa

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DEL USO
STRENSIQ 80 MG/0.8 ML SUBCUTANEOUS SOLUTION ^{MM,SP,LD,DL}	5	PA,QL(38.4 cada 28 días)
streptomycin sulf 1 gm vial ^{SP,DL}	5	
STRIBILD 150 MG-150 MG-200 MG-300 MG TABLET ^{MM}	3	QL(30 cada 30 días)
STRIVERDI RESPIMAT 2.5 MCG/ACTUATION SOLUTION FOR INHALATION ^{MM}	3	QL(4 cada 30 días)
strong iodine 5 % oral solution	2	
subvenite 100 mg tablet ^{MM}	1	
subvenite 150 mg tablet ^{MM}	1	
subvenite 200 mg tablet ^{MM}	1	
subvenite 25 mg tablet ^{MM}	1	
subvenite starter (blue) kit 25 mg (35) tablets in a dose pack	1	
subvenite starter (green) kit 25 mg (84)-100 mg (14) tablet, dose pack	1	
subvenite starter (orange) kit 25 mg (42)-100 mg (7) tablet, dose pack	1	
SUCRAID 8,500 UNIT/ML ORAL SOLUTION ^{MM,SP,LD,DL}	5	
sucralfate 1 gm tablet ^{MM}	2	
sulconazole nitrate 1% soln	4	ST
sulf-pred 10-0.23% eye drops	2	
sulfacetamide 10% eye drops	2	
sulfacetamide 10% eye ointment	3	
sulfacetamide sod 10% top susp	3	
sulfadiazine 500 mg tablet	4	
sulfamethoxazole-tmp ds tablet	2	
sulfamethoxazole-tmp ss tablet	2	
sulfamethoxazole-tmp susp	2	
SULFAMYLON 85 MG/G TOPICAL CREAM	3	
sulfasalazine 500 mg tablet ^{MM}	2	QL(240 cada 30 días)
sulfasalazine dr 500 mg tab ^{MM}	2	QL(240 cada 30 días)
sulindac 150 mg tablet	1	
sulindac 200 mg tablet	1	
sumatriptan 20 mg nasal spray	4	QL(12 cada 30 días)
sumatriptan 4 mg/0.5 ml cart	4	QL(6 cada 30 días)
sumatriptan 4 mg/0.5 ml inject	4	QL(6 cada 30 días)
sumatriptan 5 mg nasal spray	4	QL(12 cada 30 días)
sumatriptan 6 mg/0.5 ml cart	4	QL(6 cada 30 días)
sumatriptan 6 mg/0.5 ml inject	4	QL(6 cada 30 días)
sumatriptan 6 mg/0.5 ml syrng	4	QL(3 cada 30 días)
sumatriptan 6 mg/0.5 ml vial	4	QL(6 cada 30 días)
sumatriptan succ 100 mg tablet	1	QL(9 cada 30 días)
sumatriptan succ 25 mg tablet	1	QL(9 cada 30 días)
sumatriptan succ 50 mg tablet	1	QL(9 cada 30 días)
SUPER THIN LANCETS ^{MM}	3	
SUPER THIN LANCETS 28 GAUGE ^{MM}	3	
SUPER THIN LANCETS 30 GAUGE ^{MM}	3	
SUPRAX 100 MG CHEWABLE TABLET	4	
SUPRAX 200 MG CHEWABLE TABLET	4	
SUPREP BOWEL PREP KIT 17.5 GRAM-3.13 GRAM-1.6 GRAM ORAL SOLUTION ^{ACA}	3	
SURE COMFORT ALCOHOL PREP PADS	3	
SURE COMFORT INSULIN SYRINGE 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2" ^{MM}	3	
SURE COMFORT INSULIN SYRINGE 0.3 ML 30 GAUGE X 1/2" ^{MM}	3	
SURE COMFORT INSULIN SYRINGE 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16" ^{MM}	3	
SURE COMFORT INSULIN SYRINGE 0.3 ML 31 GAUGE X 1/4" ^{MM}	3	
SURE COMFORT INSULIN SYRINGE 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16" ^{MM}	3	
SURE COMFORT INSULIN SYRINGE 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2" ^{MM}	3	
SURE COMFORT INSULIN SYRINGE 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16" ^{MM}	3	
SURE COMFORT INSULIN SYRINGE 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16" ^{MM}	3	
SURE COMFORT INSULIN SYRINGE 1 ML 28 GAUGE X 1/2" ^{MM}	3	
SURE COMFORT INSULIN SYRINGE 1 ML 29 GAUGE X 1/2" ^{MM}	3	
SURE COMFORT INSULIN SYRINGE 1 ML 30 GAUGE X 1/2" ^{MM}	3	

ST - Terapia por fases • QL - Límite de cantidad • PA - Autorización previa

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DEL USO
SURE COMFORT INSULIN SYRINGE 1 ML 30 GAUGE X 5/16"MM	3	
SURE COMFORT INSULIN SYRINGE 1 ML 31 GAUGE X 1/4"MM	3	
SURE COMFORT INSULIN SYRINGE 1 ML 31 GAUGE X 5/16"MM	3	
SURE COMFORT INSULIN SYRINGE 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2"MM	3	
SURE COMFORT INSULIN SYRINGE 1/2 ML 31 GAUGE X 1/4"MM	3	
SURE COMFORT INSULIN SYRINGE U-100 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"MM	3	
SURE COMFORT LANCETS 18 GAUGE ^{MM}	3	
SURE COMFORT LANCETS 21 GAUGE ^{MM}	3	
SURE COMFORT LANCETS 23 GAUGE ^{MM}	3	
SURE COMFORT LANCETS 28 GAUGE ^{MM}	3	
SURE COMFORT LANCETS 30 GAUGE ^{MM}	3	
SURE COMFORT LANCING PEN	3	
SURE COMFORT PEN NEEDLE 29 GAUGE X 1/2"MM	3	
SURE COMFORT PEN NEEDLE 30 GAUGE X 5/16"MM	3	
SURE COMFORT PEN NEEDLE 31 GAUGE X 3/16"MM	3	
SURE COMFORT PEN NEEDLE 31 GAUGE X 5/16"MM	3	
SURE COMFORT PEN NEEDLE 32 GAUGE X 1/4"MM	3	
SURE COMFORT PEN NEEDLE 32 GAUGE X 5/32"MM	3	
SURE COMFORT SAFETY PEN NEEDLE 31 GAUGE X 1/4"	3	
SURE COMFORT SAFETY PEN NEEDLE 32 GAUGE X 5/32"	3	
SURE-FINE PEN NEEDLES 29 GAUGE X 1/2"MM	3	
SURE-FINE PEN NEEDLES 31 GAUGE X 3/16"MM	3	
SURE-FINE PEN NEEDLES 31 GAUGE X 5/16"MM	3	
SURE-JECT INSULIN SYRINGE 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2"MM	3	
SURE-JECT INSULIN SYRINGE 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16"MM	3	
SURE-JECT INSULIN SYRINGE 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"MM	3	
SURE-JECT INSULIN SYRINGE 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"MM	3	
SURE-JECT INSULIN SYRINGE 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"MM	3	
SURE-JECT INSULIN SYRINGE 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"MM	3	
SURE-JECT INSULIN SYRINGE 1 ML 28 GAUGE X 1/2"MM	3	
SURE-JECT INSULIN SYRINGE 1 ML 29 GAUGE X 1/2"MM	3	
SURE-JECT INSULIN SYRINGE 1 ML 30 GAUGE X 5/16"MM	3	
SURE-JECT INSULIN SYRINGE 1 ML 31 GAUGE X 5/16"MM	3	
SURE-JECT INSULIN SYRINGE 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2"MM	3	
SURE-LANCE ^{MM}	3	
SURE-LANCE 26 GAUGE ^{MM}	3	
SURE-LANCE 28 GAUGE ^{MM}	3	
SURE-LANCE ULTRA THIN 30 GAUGE ^{MM}	3	
SURE-PEN LANCING DEVICE	3	
SURE-PREP ALCOHOL PREP PADS	3	
SURE-TOUCH LANCET ^{MM}	3	
SUREFLEX LANCING DEVICE	3	
SUREFLEX LANCING DEVICE WITH LANCETS KIT ^{MM}	3	
SURGUARD2 SAFETY 1 ML 25 GAUGE X 5/8" SYRINGE	3	
SURGUARD2 SAFETY 1 ML 26 GAUGE X 3/8" SYRINGE	3	
SURGUARD2 SAFETY 1 ML 27 GAUGE X 1/2" SYRINGE	3	
SURGUARD2 SAFETY 10 ML 20 GAUGE X 1 1/2" SYRINGE	3	
SURGUARD2 SAFETY 10 ML 20 GAUGE X 1" SYRINGE	3	
SURGUARD2 SAFETY 18 GAUGE X 1 1/2" NEEDLE	3	
SURGUARD2 SAFETY 18 GAUGE X 1" NEEDLE	3	
SURGUARD2 SAFETY 19 GAUGE X 1 1/2" NEEDLE	3	
SURGUARD2 SAFETY 19 GAUGE X 1" NEEDLE	3	
SURGUARD2 SAFETY 20 GAUGE X 1 1/2" NEEDLE	3	
SURGUARD2 SAFETY 20 GAUGE X 1" NEEDLE	3	
SURGUARD2 SAFETY 21 GAUGE X 1 1/2" NEEDLE	3	
SURGUARD2 SAFETY 21 GAUGE X 1" NEEDLE	3	

ST - Terapia por fases • QL - Limite de cantidad • PA - Autorización previa

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DEL USO
SURGUARD2 SAFETY 22 GAUGE X 1 1/2" NEEDLE	3	
SURGUARD2 SAFETY 22 GAUGE X 1" NEEDLE	3	
SURGUARD2 SAFETY 23 GAUGE X 1 1/2" NEEDLE	3	
SURGUARD2 SAFETY 23 GAUGE X 1" NEEDLE	3	
SURGUARD2 SAFETY 25 GAUGE X 1 1/2" NEEDLE	3	
SURGUARD2 SAFETY 25 GAUGE X 1" NEEDLE	3	
SURGUARD2 SAFETY 25 X 5/8" NEEDLE	3	
SURGUARD2 SAFETY 26 GAUGE X 1/2" NEEDLE	3	
SURGUARD2 SAFETY 27 GAUGE X 1/2" NEEDLE	3	
SURGUARD2 SAFETY 3 ML 20 GAUGE X 1 1/2" SYRINGE	3	
SURGUARD2 SAFETY 3 ML 20 GAUGE X 1" SYRINGE	3	
SURGUARD2 SAFETY 3 ML 21 GAUGE X 1" SYRINGE	3	
SURGUARD2 SAFETY 3 ML 22 GAUGE X 1 1/2" SYRINGE	3	
SURGUARD2 SAFETY 3 ML 22 GAUGE X 1" SYRINGE	3	
SURGUARD2 SAFETY 3 ML 23 GAUGE X 1" SYRINGE	3	
SURGUARD2 SAFETY 3 ML 25 GAUGE X 5/8" SYRINGE	3	
SURGUARD2 SAFETY 30 GAUGE X 1 1/2" NEEDLE	3	
SURGUARD2 SAFETY 5 ML 20 GAUGE X 1 1/2" SYRINGE	3	
SURGUARD2 SAFETY 5 ML 20 GAUGE X 1" SYRINGE	3	
SURGUARD2 SAFETY 5 ML 21 GAUGE X 1 1/2" SYRINGE	3	
SURGUARD2 SAFETY SYRINGE 10 ML 21 GAUGE X 1 1/2"	3	
SURGUARD2 SAFETY SYRINGE 3 ML 21 GAUGE X 1 1/2"	3	
SURGUARD2 SAFETY SYRINGE 3 ML 25 GAUGE X 1"	3	
SUTENT 12.5 MG CAPSULE ^{SP,DL}	5	PA,QL(28 cada 28 días)
SUTENT 25 MG CAPSULE ^{SP,DL}	5	PA,QL(28 cada 28 días)
SUTENT 37.5 MG CAPSULE ^{SP,DL}	5	PA,QL(28 cada 28 días)
SUTENT 50 MG CAPSULE ^{SP,DL}	5	PA,QL(28 cada 28 días)
syeda 3 mg-0.03 mg tablet ^{MM,ACA}	1	
SYLATRON 200 MCG KIT ^{MM,SP,DL}	5	PA,QL(4 cada 28 días)
SYLATRON 300 MCG KIT ^{MM,SP,DL}	5	PA,QL(4 cada 28 días)
SYLATRON 600 MCG KIT ^{MM,SP,DL}	5	PA,QL(4 cada 28 días)
SYLVANT 100 MG INTRAVENOUS SOLUTION ^{MM,SP,DL}	5	PA,QL(13 cada 30 días)
SYLVANT 400 MG INTRAVENOUS SOLUTION ^{MM,SP,DL}	5	PA,QL(4 cada 30 días)
SYMBICORT 160 MCG-4.5 MCG/ACTUATION HFA AEROSOL INHALER ^{MM}	3	QL(10.2 cada 30 días)
SYMBICORT 80 MCG-4.5 MCG/ACTUATION HFA AEROSOL INHALER ^{MM}	3	QL(10.2 cada 30 días)
SYMDEKO 100 MG-150 MG (DAY)/150 MG (NIGHT) TABLETS ^{MM,SP,DL}	5	PA,QL(56 cada 28 días)
SYMDEKO 50 MG-75 MG (DAY)/75 MG (NIGHT) TABLETS ^{MM,SP,DL}	5	PA,QL(56 cada 28 días)
SYMFI 600 MG-300 MG-300 MG TABLET ^{MM,SP,DL}	5	QL(30 cada 30 días)
SYMFI LO 400 MG-300 MG-300 MG TABLET ^{MM,SP,DL}	5	QL(30 cada 30 días)
SYMJEPI 0.15 MG/0.3 ML INJECTION SYRINGE (FOR 33 LB TO 66 LB PATIENTS)	3	QL(4 cada 30 días)
SYMJEPI 0.3 MG/0.3 ML INJECTION SYRINGE	3	QL(4 cada 30 días)
SYMLINPEN 120 2,700 MCG/2.7 ML SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR ^{MM,SP,DL}	5	QL(10.8 cada 30 días)
SYMLINPEN 60 1,500 MCG/1.5 ML SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR ^{MM,SP,DL}	5	QL(10.5 cada 28 días)
SYMPAZAN 10 MG ORAL FILM ^{MM,SP,DL}	5	PA,QL(60 cada 30 días)
SYMPAZAN 20 MG ORAL FILM ^{MM,SP,DL}	5	PA,QL(60 cada 30 días)
SYMPAZAN 5 MG ORAL FILM ^{MM,SP,DL}	5	PA,QL(60 cada 30 días)
SYMTUZA 800 MG-150 MG-200 MG-10 MG TABLET ^{MM,SP}	5	QL(30 cada 30 días)
SYNAGIS 100 MG/ML INTRAMUSCULAR SOLUTION ^{SP,DL}	5	PA,QL(2 cada 30 días)
SYNAGIS 50 MG/0.5 ML INTRAMUSCULAR SOLUTION ^{SP,DL}	5	PA,QL(1 cada 30 días)
SYNAREL 2 MG/ML NASAL SPRAY ^{SP,DL}	5	PA,QL(32 cada 25 días)
SYNJARDY 12.5 MG-1,000 MG TABLET ^{MM}	3	QL(60 cada 30 días)
SYNJARDY 12.5 MG-500 MG TABLET ^{MM}	3	QL(60 cada 30 días)
SYNJARDY 5 MG-1,000 MG TABLET ^{MM}	3	QL(60 cada 30 días)
SYNJARDY 5 MG-500 MG TABLET ^{MM}	3	QL(60 cada 30 días)
SYNJARDY XR 10 MG-1,000 MG TABLET, EXTENDED RELEASE ^{MM}	3	QL(30 cada 30 días)
SYNJARDY XR 12.5 MG-1,000 MG TABLET, EXTENDED RELEASE ^{MM}	3	QL(60 cada 30 días)

ST - Terapia por fases • QL - Límite de cantidad • PA - Autorización previa

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DEL USO
SYNJARDY XR 25 MG-1,000 MG TABLET, EXTENDED RELEASE ^{MM}	3	QL(30 cada 30 días)
SYNJARDY XR 5 MG-1,000 MG TABLET, EXTENDED RELEASE ^{MM}	3	QL(60 cada 30 días)
SYNTHROID 100 MCG TABLET ^{MM}	3	
SYNTHROID 112 MCG TABLET ^{MM}	3	
SYNTHROID 125 MCG TABLET ^{MM}	3	
SYNTHROID 137 MCG TABLET ^{MM}	3	
SYNTHROID 150 MCG TABLET ^{MM}	3	
SYNTHROID 175 MCG TABLET ^{MM}	3	
SYNTHROID 200 MCG TABLET ^{MM}	3	
SYNTHROID 25 MCG TABLET ^{MM}	3	
SYNTHROID 300 MCG TABLET ^{MM}	3	
SYNTHROID 50 MCG TABLET ^{MM}	3	
SYNTHROID 75 MCG TABLET ^{MM}	3	
SYNTHROID 88 MCG TABLET ^{MM}	3	
TABLOID 40 MG TABLET	4	QL(360 cada 30 días)
TABRECTA 150 MG TABLET ^{MM,SP,DL}	5	PA,QL(112 cada 28 días)
TABRECTA 200 MG TABLET ^{MM,SP,DL}	5	PA,QL(112 cada 28 días)
tacrolimus 0.03% ointment	4	
tacrolimus 0.1% ointment	4	
tacrolimus 0.5 mg capsule (ir) ^{MM}	3	
tacrolimus 1 mg capsule (ir) ^{MM}	3	
tacrolimus 5 mg capsule (ir) ^{MM}	3	QL(180 cada 30 días)
tadalafil 2.5 mg tablet ^{MM}	2	PA,QL(30 cada 30 días)
tadalafil 20 mg tablet ^{MM,DL}	3	PA,QL(60 cada 30 días)
tadalafil 5 mg tablet ^{MM}	2	PA,QL(30 cada 30 días)
tamoxifen 10 mg tablet ^{MM,ACA}	1	
tamoxifen 20 mg tablet ^{MM,ACA}	1	
tamsulosin hcl 0.4 mg capsule ^{MM}	1	QL(60 cada 30 días)
TARGRETIN 1 % TOPICAL GEL ^{SP,DL}	5	PA
tarina 24 fe 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4) tablet ^{MM,ACA}	1	
tarina fe 1-20 eq (28) 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7) tablet ^{MM,ACA}	1	
tarina fe 1/20 (28) 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7) tablet ^{MM,ACA}	1	
taron forte 150 mg-60 mg-25 mcg-1 mg capsule	2	
TAYTULLA 1 MG-20 MCG (24)/75 MG (4) CAPSULE ^{MM,ACA}	3	
tazarotene 0.1% cream	4	PA
TAZORAC 0.05 % TOPICAL CREAM	4	PA
taztia xt 120 mg capsule,extended release ^{MM}	2	QL(60 cada 30 días)
taztia xt 180 mg capsule,extended release ^{MM}	2	QL(60 cada 30 días)
taztia xt 240 mg capsule,extended release ^{MM}	2	QL(60 cada 30 días)
taztia xt 300 mg capsule,extended release ^{MM}	2	QL(30 cada 30 días)
taztia xt 360 mg capsule,extended release ^{MM}	2	QL(30 cada 30 días)
TD GOLD LEVEL 1 CONTROL SOLUTION ^{MM}	3	
TD GOLD LEVEL 2 CONTROL SOLUTION ^{MM}	3	
TD GOLD LEVEL 3 CONTROL SOLUTION ^{MM}	3	
TDVAX 2 LF UNIT-2 LF UNIT/0.5 ML INTRAMUSCULAR SUSPENSION ^{ACA}	4	
TECFIDERA 120 MG (14)-240 MG (46) CAPSULE,DELAYED RELEASE ^{SP,DL}	5	PA,QL(60 cada 30 días)
TECFIDERA 120 MG CAPSULE,DELAYED RELEASE ^{MM,SP,DL}	5	PA,QL(14 cada 30 días)
TECFIDERA 240 MG CAPSULE,DELAYED RELEASE ^{MM,SP,DL}	5	PA,QL(60 cada 30 días)
TECHLITE INSULIN SYRINGE (HALF UNIT) 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2" ^{MM}	3	
TECHLITE INSULIN SYRINGE (HALF UNIT) 0.3 ML 30 GAUGE X 1/2" ^{MM}	3	
TECHLITE INSULIN SYRINGE (HALF UNIT) 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16" ^{MM}	3	
TECHLITE INSULIN SYRINGE (HALF UNIT) 0.3 ML 31 GAUGE X 15/64" ^{MM}	3	
TECHLITE INSULIN SYRINGE (HALF UNIT) 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16" ^{MM}	3	
TECHLITE INSULIN SYRINGE (HALF UNIT) 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2" ^{MM}	3	

ST - Terapia por fases • QL - Límite de cantidad • PA - Autorización previa

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DEL USO
TECHLITE INSULIN SYRINGE (HALF UNIT) 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2"MM	3	
TECHLITE INSULIN SYRINGE (HALF UNIT) 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"MM	3	
TECHLITE INSULIN SYRINGE (HALF UNIT) 0.5 ML 31 GAUGE X 15/64"MM	3	
TECHLITE INSULIN SYRINGE (HALF UNIT) 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"MM	3	
TECHLITE INSULIN SYRINGE 1 ML 29 GAUGE X 1/2"MM	3	
TECHLITE INSULIN SYRINGE 1 ML 30 GAUGE X 1/2"MM	3	
TECHLITE INSULIN SYRINGE 1 ML 30 GAUGE X 5/16"MM	3	
TECHLITE INSULIN SYRINGE 1 ML 31 GAUGE X 15/64"MM	3	
TECHLITE INSULIN SYRINGE 1 ML 31 GAUGE X 5/16"MM	3	
TECHLITE LANCETS 25 GAUGE ^{MM}	3	
TECHLITE LANCETS 28 GAUGE ^{MM}	3	
TECHLITE LANCETS 30 GAUGE ^{MM}	3	
TECHLITE PEN NEEDLE 29 GAUGE X 1/2"MM	3	
TECHLITE PEN NEEDLE 29 GAUGE X 3/8"MM	3	
TECHLITE PEN NEEDLE 31 GAUGE X 1/4"MM	3	
TECHLITE PEN NEEDLE 31 GAUGE X 3/16"MM	3	
TECHLITE PEN NEEDLE 31 GAUGE X 5/16"MM	3	
TECHLITE PEN NEEDLE 32 GAUGE X 1/4"MM	3	
TECHLITE PEN NEEDLE 32 GAUGE X 5/16"MM	3	
TECHLITE PEN NEEDLE 32 GAUGE X 5/32"MM	3	
TELCARE CONTROL SOLUTION ^{MM}	3	
TELCARE LANCETS 30 GAUGE ^{MM}	3	
telmisartan 20 mg tablet ^{MM}	2	QL(30 cada 30 días)
telmisartan 40 mg tablet ^{MM}	2	QL(30 cada 30 días)
telmisartan 80 mg tablet ^{MM}	2	QL(60 cada 30 días)
telmisartan-amlodipine 40-10 ^{MM}	3	ST,QL(30 cada 30 días)
telmisartan-amlodipine 40-5 mg ^{MM}	3	ST,QL(30 cada 30 días)
telmisartan-amlodipine 80-10 ^{MM}	3	ST,QL(30 cada 30 días)
telmisartan-amlodipine 80-5 mg ^{MM}	3	ST,QL(30 cada 30 días)
telmisartan-hctz 40-12.5 mg tb ^{MM}	3	ST,QL(30 cada 30 días)
telmisartan-hctz 80-12.5 mg tb ^{MM}	3	ST,QL(60 cada 30 días)
telmisartan-hctz 80-25 mg tab ^{MM}	3	ST,QL(30 cada 30 días)
temazepam 15 mg capsule ^{DL}	2	QL(30 cada 30 días)
temazepam 30 mg capsule ^{DL}	2	QL(30 cada 30 días)
TEMIXYS 300 MG-300 MG TABLET ^{MM,SP}	5	QL(30 cada 30 días)
temozolomide 100 mg capsule ^{SP,DL}	5	PA,QL(60 cada 30 días)
temozolomide 140 mg capsule ^{SP,DL}	5	PA,QL(60 cada 30 días)
temozolomide 180 mg capsule ^{SP,DL}	5	PA,QL(60 cada 30 días)
temozolomide 20 mg capsule ^{SP,DL}	5	PA,QL(270 cada 30 días)
temozolomide 250 mg capsule ^{SP,DL}	5	PA,QL(10 cada 30 días)
temozolomide 5 mg capsule ^{SP,DL}	5	PA,QL(90 cada 30 días)
tencon 50 mg-325 mg tablet	2	QL(180 cada 30 días)
TENIVAC (PF) 5 LF UNIT-2 LF UNIT/0.5 ML INTRAMUSCULAR SUSPENSION ^{ACA}	4	
TENIVAC (PF) 5 LF UNIT-2 LF UNIT/0.5 ML INTRAMUSCULAR SYRINGE ^{ACA}	4	
tenofovir disop fum 300 mg tb ^{MM}	2	QL(30 cada 30 días)
terazosin 1 mg capsule ^{MM}	1	
terazosin 10 mg capsule ^{MM}	1	
terazosin 2 mg capsule ^{MM}	1	
terazosin 5 mg capsule ^{MM}	1	
terbinafine hcl 250 mg tablet	1	QL(90 cada 365 días)
terbutaline sulfate 2.5 mg tab ^{MM}	4	
terbutaline sulfate 5 mg tab ^{MM}	4	
terconazole 0.4% cream	2	
terconazole 0.8% cream	2	

ST - Terapia por fases • QL - Límite de cantidad • PA - Autorización previa

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DEL USO
terconazole 80 mg suppository	3	
TERUMO INS SYRINGE U100-1 ML ^{MM}	3	
TERUMO INSULIN SYRINGE 0.3 ML 30 X 3/8" ^{MM}	3	
TERUMO INSULIN SYRINGE 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2" ^{MM}	3	
TERUMO INSULIN SYRINGE 1 ML 27 GAUGE X 1/2" ^{MM}	3	
TERUMO INSULIN SYRINGE 1 ML 28 GAUGE X 1/2" ^{MM}	3	
TERUMO INSULIN SYRINGE 1 ML 29 GAUGE X 1/2" ^{MM}	3	
TERUMO INSULIN SYRINGE 1/2 ML 27 GAUGE X 1/2" ^{MM}	3	
TERUMO INSULIN SYRINGE 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2" ^{MM}	3	
TERUMO INSULIN SYRINGE 1/2 ML 30 X 3/8" ^{MM}	3	
testosteron cyp 1,000 mg/10 ml ^{MM}	2	QL(24 cada 90 días)
testosteron enan 1,000 mg/5 ml	2	QL(24 cada 90 días)
testosterone 1.62% (2.5 g) pkt ^{MM}	4	PA,QL(150 cada 30 días)
testosterone 1.62% gel pump ^{MM}	4	PA,QL(150 cada 30 días)
testosterone 1.62%(1.25 g) pkt ^{MM}	4	PA,QL(37.5 cada 30 días)
testosterone cyp 200 mg/ml ^{MM}	2	QL(24 cada 90 días)
tetrabenazine 12.5 mg tablet ^{MM,SP,DL}	5	PA,QL(240 cada 30 días)
tetrabenazine 25 mg tablet ^{MM,SP,DL}	5	PA,QL(120 cada 30 días)
tetracycline 250 mg capsule	4	
tetracycline 500 mg capsule	4	
THALOMID 100 MG CAPSULE ^{MM,SP,DL}	5	PA,QL(30 cada 30 días)
THALOMID 150 MG CAPSULE ^{MM,SP,DL}	5	PA,QL(60 cada 30 días)
THALOMID 200 MG CAPSULE ^{MM,SP,DL}	5	PA,QL(30 cada 30 días)
THALOMID 50 MG CAPSULE ^{MM,SP,DL}	5	PA,QL(30 cada 30 días)
theophylline 80 mg/15 ml soln ^{MM}	3	
theophylline 80 mg/15 ml soln ^{MM}	3	
theophylline er 100 mg tablet ^{MM}	3	
theophylline er 200 mg tablet ^{MM}	3	
theophylline er 300 mg tab ^{MM}	3	
theophylline er 400 mg tablet ^{MM}	3	
theophylline er 450 mg tab ^{MM}	3	
theophylline er 600 mg tablet ^{MM}	3	
thiamine 200 mg/2 ml vial	2	
THIN LANCETS 26 GAUGE ^{MM}	3	
THINPRO INSULIN SYRINGE 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2" ^{MM}	3	
THINPRO INSULIN SYRINGE 0.3 ML 30 X 3/8" ^{MM}	3	
THINPRO INSULIN SYRINGE 0.3 ML 31 X 3/8" ^{MM}	3	
THINPRO INSULIN SYRINGE 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2" ^{MM}	3	
THINPRO INSULIN SYRINGE 0.5 ML 31 X 3/8" ^{MM}	3	
THINPRO INSULIN SYRINGE 1 ML 28 GAUGE X 1/2" ^{MM}	3	
THINPRO INSULIN SYRINGE 1 ML 29 GAUGE X 1/2" ^{MM}	3	
THINPRO INSULIN SYRINGE 1 ML 30 GAUGE X 3/8" ^{MM}	3	
THINPRO INSULIN SYRINGE 1 ML 31 X 3/8" ^{MM}	3	
THINPRO INSULIN SYRINGE 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2" ^{MM}	3	
THINPRO INSULIN SYRINGE 1/2 ML 30 X 3/8" ^{MM}	3	
THIOLA 100 MG TABLET ^{MM,SP,DL}	5	PA
thioridazine 10 mg tablet ^{MM}	2	
thioridazine 100 mg tablet ^{MM}	2	
thioridazine 25 mg tablet ^{MM}	2	
thioridazine 50 mg tablet ^{MM}	2	
thiothixene 1 mg capsule ^{MM}	3	
thiothixene 10 mg capsule ^{MM}	3	
thiothixene 2 mg capsule ^{MM}	3	
thiothixene 5 mg capsule ^{MM}	3	

ST - Terapia por fases • QL - Límite de cantidad • PA - Autorización previa

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DEL USO
THRESHOLD IMT TRAINER DEVICE	3	
THRESHOLD PEP DEVICE	3	
THYMOGLOBULIN 25 MG INTRAVENOUS SOLUTION ^{SP,DL}	5	PA,QL(84 cada 30 días)
THYQUIDITY 20 MCG/ML ORAL SOLUTION ^{MM}	4	
thyroid 120 mg tablet ^{MM}	3	
thyroid 15 mg tablet ^{MM}	3	
thyroid 30 mg tablet ^{MM}	3	
thyroid 60 mg tablet ^{MM}	3	
thyroid 90 mg tablet ^{MM}	3	
THYROLAR-1 12.5 MCG-50 MCG TABLET ^{MM}	4	
THYROLAR-1/2 6.25 MCG-25 MCG TABLET ^{MM}	4	
THYROLAR-1/4 3.1 MCG-12.5 MCG TABLET ^{MM}	4	
THYROLAR-2 25 MCG-100 MCG TABLET ^{MM}	4	
THYROLAR-3 37.5 MCG-150 MCG TABLET ^{MM}	4	
tiadylt er 120 mg capsule,extended release ^{MM}	2	QL(60 cada 30 días)
tiadylt er 180 mg capsule,extended release ^{MM}	2	QL(60 cada 30 días)
tiadylt er 240 mg capsule,extended release ^{MM}	2	QL(60 cada 30 días)
tiadylt er 300 mg capsule,extended release ^{MM}	2	QL(30 cada 30 días)
tiadylt er 360 mg capsule,extended release ^{MM}	2	QL(30 cada 30 días)
tiadylt er 420 mg capsule,extended release ^{MM}	2	QL(30 cada 30 días)
tiagabine hcl 12 mg tablet ^{MM}	4	QL(140 cada 30 días)
tiagabine hcl 16 mg tablet ^{MM}	4	QL(105 cada 30 días)
tiagabine hcl 2 mg tablet ^{MM}	4	QL(840 cada 30 días)
tiagabine hcl 4 mg tablet ^{MM}	4	QL(120 cada 30 días)
TIBSOVO 250 MG TABLET ^{MM,SP,LD,DL}	5	PA,QL(60 cada 30 días)
tilia fe 1-20 (5)/1-30(7)/1mg-35mcg(9) tablet ^{MM}	1	
timolol 0.25% gfs gel-solution ^{MM}	3	
timolol 0.5% gfs gel-solution ^{MM}	3	QL(5 cada 50 días)
timolol maleate 0.25% eye drop ^{MM}	1	QL(25 cada 90 días)
timolol maleate 0.5% eye drops ^{MM}	1	QL(25 cada 90 días)
timolol maleate 10 mg tablet ^{MM}	3	
timolol maleate 20 mg tablet ^{MM}	3	
timolol maleate 5 mg tablet ^{MM}	3	
tinidazole 250 mg tablet	2	
tinidazole 500 mg tablet	2	
tiopronin 100 mg tablet ^{SP,DL}	5	PA
TIVICAY 10 MG TABLET ^{MM}	3	QL(60 cada 30 días)
TIVICAY 25 MG TABLET ^{MM}	3	QL(60 cada 30 días)
TIVICAY 50 MG TABLET ^{MM}	3	QL(60 cada 30 días)
TIVICAY PD 5 MG TABLET FOR ORAL SUSPENSION ^{MM,DL}	3	QL(180 cada 30 días)
tizanidine hcl 2 mg tablet ^{MM}	2	
tizanidine hcl 4 mg tablet ^{MM}	2	
TOBI PODHALER 28 MG CAPSULE WITH INHALATION DEVICE ^{MM,SP,DL}	5	PA,QL(224 cada 28 días)
TOBI PODHALER 28 MG INHALE CAP ^{MM,SP,DL}	5	PA,QL(224 cada 28 días)
tobramycin 0.3% eye drop	2	
tobramycin 300 mg/4 ml ampule ^{MM,SP,DL}	5	PA,QL(224 cada 28 días)
tobramycin 300 mg/5 ml ampule ^{MM,SP,DL}	5	PA,QL(280 cada 28 días)
tobramycin-dexameth ophth susp	3	
tolbutamide 500 mg tablet ^{MM}	2	
tolcapone 100 mg tablet ^{MM}	4	PA,QL(90 cada 30 días)
tolmetin sodium 200 mg tab	4	
tolmetin sodium 400 mg cap	4	
tolmetin sodium 600 mg tab	4	
tolterodine tart er 2 mg cap ^{MM}	3	QL(30 cada 30 días)
tolterodine tart er 4 mg cap ^{MM}	3	QL(30 cada 30 días)

ST - Terapia por fases • QL - Límite de cantidad • PA - Autorización previa

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DEL USO
tolterodine tartrate 1 mg tab ^{MM}	3	QL(60 cada 30 días)
tolterodine tartrate 2 mg tab ^{MM}	3	QL(60 cada 30 días)
TOPCARE CLICKFINE 31 GAUGE X 1/4" NEEDLE ^{MM}	3	
TOPCARE CLICKFINE 31 GAUGE X 5/16" NEEDLE ^{MM}	3	
TOPCARE ULTRA COMFORT 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2" SYRINGE ^{MM}	3	
TOPCARE ULTRA COMFORT 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16" SYRINGE ^{MM}	3	
TOPCARE ULTRA COMFORT 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16" SYRINGE ^{MM}	3	
TOPCARE ULTRA COMFORT 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2" SYRINGE ^{MM}	3	
TOPCARE ULTRA COMFORT 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16" SYRINGE ^{MM}	3	
TOPCARE ULTRA COMFORT 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16" SYRINGE ^{MM}	3	
TOPCARE ULTRA COMFORT 1 ML 29 GAUGE X 1/2" SYRINGE ^{MM}	3	
TOPCARE ULTRA COMFORT 1 ML 30 GAUGE X 5/16" SYRINGE ^{MM}	3	
TOPCARE ULTRA COMFORT 1 ML 31 GAUGE X 5/16" SYRINGE ^{MM}	3	
TOPCARE UNIVERSAL 1 LANCET ^{MM}	3	
TOPCARE UNIVERSAL 1 LANCET 33 GAUGE ^{MM}	3	
topiramate 100 mg tablet ^{MM}	1	QL(120 cada 30 días)
topiramate 15 mg sprinkle cap ^{MM}	2	QL(120 cada 30 días)
topiramate 200 mg tablet ^{MM}	1	QL(120 cada 30 días)
topiramate 25 mg sprinkle cap ^{MM}	2	QL(180 cada 30 días)
topiramate 25 mg tablet ^{MM}	1	QL(90 cada 30 días)
topiramate 50 mg tablet ^{MM}	1	QL(120 cada 30 días)
toremifene citrate 60 mg tab ^{MM,SP,DL}	5	QL(30 cada 30 días)
torsemide 10 mg tablet ^{MM}	1	
torsemide 100 mg tablet ^{MM}	1	
torsemide 20 mg tablet ^{MM}	1	
torsemide 5 mg tablet ^{MM}	1	
TOUJEO MAX U-300 SOLOSTAR 300 UNIT/ML (3 ML) SUBCUTANEOUS INSULIN PEN ^{MM}	3	
TOUJEO SOLOSTAR U-300 INSULIN 300 UNIT/ML (1.5 ML) SUBCUTANEOUS PEN ^{MM}	3	
TRADJENTA 5 MG TABLET ^{MM}	3	QL(30 cada 30 días)
tramadol er 100 mg tablet ^{DL}	3	QL(30 cada 30 días)
tramadol er 200 mg tablet ^{DL}	3	QL(30 cada 30 días)
tramadol er 300 mg tablet ^{DL}	3	QL(30 cada 30 días)
tramadol hcl 100 mg tablet ^{DL}	3	QL(120 cada 30 días)
tramadol hcl 50 mg tablet ^{DL}	2	QL(240 cada 30 días)
tramadol hcl er 100 mg tablet ^{DL}	3	QL(30 cada 30 días)
tramadol hcl er 200 mg tablet ^{DL}	3	QL(30 cada 30 días)
tramadol hcl er 300 mg tablet ^{DL}	3	QL(30 cada 30 días)
tramadol-acetaminophn 37.5-325 ^{DL}	2	QL(240 cada 30 días)
trandolapril 1 mg tablet ^{MM}	1	
trandolapril 2 mg tablet ^{MM}	1	
trandolapril 4 mg tablet ^{MM}	1	
tranexamic acid 650 mg tablet ^{MM}	3	QL(30 cada 5 días)
tranylcypromine sulf 10 mg tab ^{MM}	3	QL(270 cada 30 días)
travoprost 0.004% eye drop ^{MM}	4	QL(2.5 cada 25 días)
trazodone 100 mg tablet ^{MM}	1	
trazodone 150 mg tablet ^{MM}	1	
trazodone 300 mg tablet ^{MM}	1	
trazodone 50 mg tablet ^{MM}	1	
TRECTOR 250 MG TABLET	4	
TRELEGY ELLIPTA 100 MCG-62.5 MCG-25 MCG POWDER FOR INHALATION ^{MM}	3	QL(60 cada 30 días)
TRELEGY ELLIPTA 200 MCG-62.5 MCG-25 MCG POWDER FOR INHALATION ^{MM}	3	QL(60 cada 30 días)
TRELSTAR 11.25 MG INTRAMUSCULAR SUSPENSION ^{SP}	5	PA,QL(1 cada 84 días)
TRELSTAR 22.5 MG INTRAMUSCULAR SUSPENSION ^{MM,SP}	5	PA,QL(1 cada 168 días)

ST - Terapia por fases • QL - Límite de cantidad • PA - Autorización previa

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DEL USO
TRELSTAR 3.75 MG INTRAMUSCULAR SUSPENSION ^{MM,SP,DL}	5	PA,QL(1 cada 28 días)
TREMFYA 100 MG/ML SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR ^{MM,SP,DL}	5	PA,QL(2 cada 56 días)
TREMFYA 100 MG/ML SUBCUTANEOUS SYRINGE ^{MM,SP}	5	PA,QL(2 cada 56 días)
treprostinil 100 mg/20 ml vial ^{SP,DL}	5	PA
treprostinil 20 mg/20 ml vial ^{SP,DL}	5	PA
treprostinil 200 mg/20 ml vial ^{SP,DL}	5	PA
treprostinil 50 mg/20 ml vial ^{SP,DL}	5	PA
tretinoin 0.01% gel	3	PA
tretinoin 0.025% cream	3	PA
tretinoin 0.025% gel	3	PA
tretinoin 0.05% cream	3	PA
tretinoin 0.05% gel	3	PA
tretinoin 0.1% cream	3	PA
tretinoin 10 mg capsule ^{SP,DL}	5	PA,QL(360 cada 30 días)
tri femynor (28) 0.18 mg(7)/0.215 mg(7)/0.25 mg(7)-35 mcg tablet ^{MM,ACA}	1	
tri-estarylla (28) 0.18 mg(7)/0.215 mg(7)/0.25 mg(7)-35 mcg tablet ^{MM,ACA}	1	
tri-legest fe 1-20 (5)/1-30(7)/1mg-35mcg(9) tablet ^{MM}	4	
tri-linyah (28) 0.18 mg(7)/0.215 mg(7)/0.25 mg(7)-35 mcg tablet ^{MM,ACA}	1	
tri-lo-estarylla 0.18 mg/0.215 mg/0.25 mg-25 mcg tablet ^{MM,ACA}	1	
tri-lo-marzia 0.18 mg/0.215 mg/0.25 mg-25 mcg tablet ^{MM,ACA}	1	
tri-lo-mili 0.18/0.215/0.25 mg-25 mcg tablet ^{MM,ACA}	1	
tri-lo-sprintec 0.18 mg/0.215 mg/0.25 mg-25 mcg tablet ^{MM,ACA}	1	
tri-mili (28) 0.18 mg(7)/0.215 mg(7)/0.25 mg(7)-35 mcg tablet ^{MM,ACA}	1	
tri-nymyo 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg(28) tablet ^{MM,ACA}	1	
tri-previfem (28) 0.18 mg(7)/0.215 mg(7)/0.25 mg(7)-35 mcg tablet ^{MM,ACA}	1	
tri-sprintec (28) 0.18 mg(7)/0.215 mg(7)/0.25 mg(7)-35 mcg tablet ^{MM,ACA}	1	
tri-vylibra (28) 0.18 mg(7)/0.215 mg(7)/0.25 mg(7)-35 mcg tablet ^{MM,ACA}	1	
tri-vylibra lo 0.18/0.215/0.25 mg-25 mcg tablet ^{MM,ACA}	1	
triamcinolone 0.025% cream	1	
triamcinolone 0.025% lotion	2	
triamcinolone 0.025% oint	1	
triamcinolone 0.1% cream	1	
triamcinolone 0.1% lotion	2	
triamcinolone 0.1% ointment	1	
triamcinolone 0.1% paste	3	
triamcinolone 0.5% cream	1	
triamcinolone 0.5% ointment	1	
triamterene 100 mg capsule ^{MM}	4	
triamterene 50 mg capsule ^{MM}	4	
triamterene-hctz 37.5-25 mg cp ^{MM}	1	
triamterene-hctz 37.5-25 mg tb ^{MM}	1	
triamterene-hctz 50-25 mg cap ^{MM}	1	
triamterene-hctz 75-50 mg tab ^{MM}	1	
TRICARE 27 MG IRON-1 MG TABLET ^{MM}	3	
TRICARE PRENATAL DHA ONE SFTGL ^{MM}	3	
tricon 110 mg-0.5 mg capsule	1	
triderm 0.1 % topical cream	1	
triderm 0.5 % topical cream	1	
trientine hcl 250 mg capsule ^{SP,DL}	5	PA
trifluoperazine 1 mg tablet ^{MM}	3	
trifluoperazine 10 mg tablet ^{MM}	3	
trifluoperazine 2 mg tablet ^{MM}	3	
trifluoperazine 5 mg tablet ^{MM}	3	
trifluridine 1% eye drops	3	
trigels-f forte 460 mg-60 mg-0.01 mg-1 mg capsule	1	
trihexyphenidyl 2 mg tablet ^{MM}	2	

ST - Terapia por fases • QL - Límite de cantidad • PA - Autorización previa

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DEL USO
trihexyphenidyl 2 mg/5 ml elx ^{MM}	2	
trihexyphenidyl 5 mg tablet ^{MM}	2	
TRIJARDY XR 10 MG-5 MG-1,000 MG TABLET, EXTENDED RELEASE ^{MM}	3	QL(30 cada 30 días)
TRIJARDY XR 12.5 MG-2.5 MG-1,000 MG TABLET, EXTENDED RELEASE ^{MM}	3	QL(60 cada 30 días)
TRIJARDY XR 25 MG-5 MG-1,000 MG TABLET, EXTENDED RELEASE ^{MM}	3	QL(30 cada 30 días)
TRIJARDY XR 5 MG-2.5 MG-1,000 MG TABLET, EXTENDED RELEASE ^{MM}	3	QL(60 cada 30 días)
TRIKAFTA 100-50-75 MG (D)/150 MG (N) TABLETS ^{MM,SP,LD,DL}	5	PA,QL(84 cada 28 días)
triklo 1 gm capsule ^{MM}	4	PA,QL(120 cada 30 días)
trilyte with flavor packets 420 gram oral solution ^{ACA}	2	
trimethobenzamide 300 mg cap	2	
trimethoprim 100 mg tablet	2	
trimipramine maleate 100 mg cp ^{MM}	4	
trimipramine maleate 25 mg cap ^{MM}	4	
trimipramine maleate 50 mg cap ^{MM}	4	
trinatal rx 1 60 mg iron-1 mg tablet ^{MM}	2	
TRINTELLIX 10 MG TABLET ^{MM}	4	ST,QL(30 cada 30 días)
TRINTELLIX 20 MG TABLET ^{MM}	4	ST,QL(30 cada 30 días)
TRINTELLIX 5 MG TABLET ^{MM}	4	ST,QL(30 cada 30 días)
TRISTART DHA 31 MG IRON-1 MG-200 MG CAPSULE ^{MM}	4	
TRIUMEQ 600 MG-50 MG-300 MG TABLET ^{MM}	3	QL(30 cada 30 días)
triveen-duo dha 29 mg-1 mg-400 mg oral pack ^{MM}	2	
trivora (28) 50-30 (6)/75-40(5)/125-30(10) tablet ^{MM,ACA}	1	
TROPHAMINE 10 % INTRAVENOUS SOLUTION	3	
TROPHAMINE 6% IV SOLUTION	3	
tropicamide 0.5% eye drops	2	
tropicamide 1% eye drops	2	
tropium chloride 20 mg tablet ^{MM}	3	QL(60 cada 30 días)
tropium chloride er 60 mg cap ^{MM}	3	QL(30 cada 30 días)
TRUE COMFORT ALCOHOL PADS	3	
TRUE COMFORT INSULIN SYRINGE 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16" ^{MM}	3	
TRUE COMFORT INSULIN SYRINGE 1 ML 31 GAUGE X 5/16" ^{MM}	3	
TRUE COMFORT LANCET 30 GAUGE ^{MM}	3	
TRUE COMFORT PEN NEEDLE 31 GAUGE X 1/4" ^{MM}	3	
TRUE COMFORT PEN NEEDLE 31 GAUGE X 3/16" ^{MM}	3	
TRUE COMFORT PEN NEEDLE 31 GAUGE X 5/16" ^{MM}	3	
TRUE COMFORT PEN NEEDLE 32 GAUGE X 3/16" ^{MM}	3	
TRUE COMFORT PEN NEEDLE 32 GAUGE X 5/32" ^{MM}	3	
TRUE METRIX AIR GLUCOSE METER ^{MM}	2	
TRUE METRIX AIR GLUCOSE METER KIT ^{MM}	2	
TRUE METRIX GLUCOSE METER ^{MM}	2	
TRUE METRIX GLUCOSE TEST STRIP ^{MM}	2	QL(150 cada 30 días)
TRUE METRIX GO GLUCOSE METER ^{MM}	2	
TRUE METRIX LEVEL 1 SOLUTION ^{MM}	3	
TRUE METRIX LEVEL 2 SOLUTION ^{MM}	3	
TRUE METRIX LEVEL 3 SOLUTION ^{MM}	3	
TRUE METRIX PRO TEST STRIP ^{MM}	2	QL(150 cada 30 días)
TRUE2GO BLOOD GLUCOSE SYSTEM KIT ^{MM}	2	
TRUECONTROL LEVEL 0 SOLUTION ^{MM}	3	
TRUECONTROL LEVEL 1 SOLUTION ^{MM}	3	
TRUEDRAW LANCING DEVICE	3	
TRUEPLUS 26G LANCETS ^{MM}	3	
TRUEPLUS INSULIN 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2" SYRINGE ^{MM}	3	
TRUEPLUS INSULIN 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16" SYRINGE ^{MM}	3	
TRUEPLUS INSULIN 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16" SYRINGE ^{MM}	3	
TRUEPLUS INSULIN 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2" SYRINGE ^{MM}	3	

ST - Terapia por fases • QL - Límite de cantidad • PA - Autorización previa

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DEL USO
TRUEPLUS INSULIN 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16" SYRINGE ^{MM}	3	
TRUEPLUS INSULIN 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16" SYRINGE ^{MM}	3	
TRUEPLUS INSULIN 1 ML 28 GAUGE X 1/2" SYRINGE ^{MM}	3	
TRUEPLUS INSULIN 1 ML 29 GAUGE X 1/2" SYRINGE ^{MM}	3	
TRUEPLUS INSULIN 1 ML 30 GAUGE X 5/16" SYRINGE ^{MM}	3	
TRUEPLUS INSULIN 1 ML 31 GAUGE X 5/16" SYRINGE ^{MM}	3	
TRUEPLUS INSULIN 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2" SYRINGE ^{MM}	3	
TRUEPLUS LANCETS 28 GAUGE ^{MM}	3	
TRUEPLUS LANCETS 30 GAUGE ^{MM}	3	
TRUEPLUS LANCETS 33 GAUGE ^{MM}	3	
TRUEPLUS PEN NEEDLE 29 GAUGE X 1/2" ^{MM}	3	
TRUEPLUS PEN NEEDLE 31 GAUGE X 1/4" ^{MM}	3	
TRUEPLUS PEN NEEDLE 31 GAUGE X 3/16" ^{MM}	3	
TRUEPLUS PEN NEEDLE 31 GAUGE X 5/16" ^{MM}	3	
TRUEPLUS PEN NEEDLE 32 GAUGE X 5/32" ^{MM}	3	
TRUERESULT BLOOD GLUCOSE SYSTEM KIT ^{MM}	2	
TRUETEST TEST STRIPS ^{MM}	2	QL(150 cada 30 días)
TRUETRACK BLOOD GLUCOSE SYSTEM KIT ^{MM}	2	
TRUETRACK SMART SYSTEM KIT ^{MM}	2	
TRUETRACK TEST STRIPS ^{MM}	2	QL(150 cada 30 días)
TRULICITY 0.75 MG/0.5 ML SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR ^{MM}	3	QL(2 cada 28 días)
TRULICITY 1.5 MG/0.5 ML SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR ^{MM}	3	QL(2 cada 28 días)
TRULICITY 3 MG/0.5 ML SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR ^{MM}	3	QL(2 cada 28 días)
TRULICITY 4.5 MG/0.5 ML SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR ^{MM}	3	QL(2 cada 28 días)
trust natal dha	2	
TRUZONE PEAK FLOW METER	3	
TUKYSA 150 MG TABLET ^{MM,SP,LD,DL}	5	PA,QL(120 cada 30 días)
TUKYSA 50 MG TABLET ^{MM,SP,LD,DL}	5	PA,QL(300 cada 30 días)
tulana 0.35 mg tablet ^{MM,ACA}	1	
TURALIO 200 MG CAPSULE ^{MM,SP,LD,DL}	5	PA,QL(120 cada 30 días)
TWINRIX (PF) 720 ELISA UNIT-20 MCG/ML INTRAMUSCULAR SYRINGE ^{ACA}	4	
TWIST LANCETS 30 GAUGE ^{MM}	3	
TWIST LANCETS 32 GAUGE ^{MM}	3	
TYBOST 150 MG TABLET ^{MM}	4	QL(30 cada 30 días)
tydemy 3 mg-0.03 mg-0.451 mg (21)(7) tablet ^{MM}	3	
TYKERB 250 MG TABLET ^{MM,SP,DL}	5	PA,QL(180 cada 30 días)
TYMLOS 80 MCG/DOSE (3,120 MCG/1.56 ML) SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR ^{MM,SP,DL}	5	PA,QL(1.56 cada 30 días)
TYVASO 1.74 MG/2.9 ML (0.6 MG/ML) SOLUTION FOR NEBULIZATION ^{MM,SP,LD,DL}	5	PA,QL(28 cada 28 días)
TYVASO INSTITUTIONAL STARTER KIT 1.74 MG/2.9 ML SOLN FOR NEBULIZATION ^{SP,DL}	5	PA,QL(28 cada 28 días)
TYVASO REFILL KIT 1.74 MG/2.9 ML (0.6 MG/ML) SOLUTION FOR NEBULIZATION ^{MM,SP,LD,DL}	5	PA,QL(28 cada 28 días)
TYVASO STARTER KIT 1.74 MG/2.9 ML SOLUTION FOR NEBULIZATION ^{SP,LD,DL}	5	PA,QL(28 cada 28 días)
ULESFIA 5 % LOTION	4	
ULTI-LANCE KIT ^{MM}	3	
ULTI-LANCE MISC	3	
ULTICARE 0.3 ML 30 GAUGE X 1/2" SYRINGE ^{MM}	3	
ULTICARE 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16" SYRINGE ^{MM}	3	
ULTICARE 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2" SYRINGE ^{MM}	3	
ULTICARE 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16" SYRINGE ^{MM}	3	
ULTICARE 1 ML 25 GAUGE X 5/8" SYRINGE	3	
ULTICARE 1 ML 30 GAUGE X 1/2" SYRINGE ^{MM}	3	
ULTICARE 1 ML 31 GAUGE X 5/16" SYRINGE ^{MM}	3	
ULTICARE INS SYR 1 ML 29GX1/2" ^{MM}	3	

ST - Terapia por fases • QL - Limite de cantidad • PA - Autorización previa

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DEL USO
ULTICARE INSULIN SYRINGE (HALF UNIT) 0.3 ML 31 GAUGE X 1/4"MM	3	
ULTICARE INSULIN SYRINGE 0.3 ML 31 GAUGE X 1/4"MM	3	
ULTICARE INSULIN SYRINGE 1 ML 31 GAUGE X 1/4"MM	3	
ULTICARE INSULIN SYRINGE 1/2 ML 31 GAUGE X 1/4"MM	3	
ULTICARE PEN NEEDLE 29 GAUGE X 1/2"MM	3	
ULTICARE PEN NEEDLE 31 GAUGE X 1/4"MM	3	
ULTICARE PEN NEEDLE 31 GAUGE X 3/16"MM	3	
ULTICARE PEN NEEDLE 31 GAUGE X 5/16"MM	3	
ULTICARE PEN NEEDLE 32 GAUGE X 1/4"MM	3	
ULTICARE PEN NEEDLE 32 GAUGE X 5/32"MM	3	
ULTICARE SAFETY PEN NEEDLE 30 GAUGE X 3/16"MM	3	
ULTICARE SAFETY PEN NEEDLE 30 GAUGE X 5/16"MM	3	
ULTICARE SYR 0.3 ML 30GX5/16"MM	3	
ULTICARE SYR 0.5 ML 29GX1/2"MM	3	
ULTICARE SYR 0.5 ML 30GX5/16"MM	3	
ULTICARE SYR 0.5 ML 31GX5/16"MM	3	
ULTICARE SYR 1 ML 30GX5/16"MM	3	
ULTICARE SYR 1.5 ML 22GX1 1/2"	3	
ULTICARE SYRIN 0.3 ML 29GX1/2"MM	3	
ULTICARE SYRIN 0.5 ML 28GX1/2"MM	3	
ULTIGUARD SAFEPACK-INSULIN SYRINGE 1/2 ML 31 X 5/16"MM	3	
ULTIGUARD SAFEPACK-PEN NEEDLE 31 GAUGE X 1/4"MM	3	
ULTIGUARD SAFEPACK-PEN NEEDLE 31 GAUGE X 3/16"MM	3	
ULTIGUARD SAFEPACK-PEN NEEDLE 31 GAUGE X 5/16"MM	3	
ULTIGUARD SAFEPACK-PEN NEEDLE 32 GAUGE X 1/4"MM	3	
ULTIGUARD SAFEPACK-PEN NEEDLE 32 GAUGE X 5/32"MM	3	
ULTILET ALCOHOL SWAB	3	
ULTILET BASIC LANCETS 30 GAUGE ^{MM}	3	
ULTILET CLASSIC LANCETS ^{MM}	3	
ULTILET CLASSIC LANCETS 28 GAUGE ^{MM}	3	
ULTILET CLASSIC LANCETS 30 GAUGE ^{MM}	3	
ULTILET CLASSIC LANCETS 33 GAUGE ^{MM}	3	
ULTILET INSULIN SYRINGE 0.3 ML 29 GAUGE ^{MM}	3	
ULTILET INSULIN SYRINGE 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2"MM	3	
ULTILET INSULIN SYRINGE 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16"MM	3	
ULTILET INSULIN SYRINGE 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"MM	3	
ULTILET INSULIN SYRINGE 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"MM	3	
ULTILET INSULIN SYRINGE 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"MM	3	
ULTILET INSULIN SYRINGE 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"MM	3	
ULTILET INSULIN SYRINGE 1 ML 29 GAUGE ^{MM}	3	
ULTILET INSULIN SYRINGE 1 ML 29 GAUGE X 1/2"MM	3	
ULTILET INSULIN SYRINGE 1 ML 30 GAUGE X 5/16"MM	3	
ULTILET INSULIN SYRINGE 1 ML 31 GAUGE X 5/16"MM	3	
ULTILET INSULIN SYRINGE 1/2 ML 29 ^{MM}	3	
ULTILET LANCETS 28 GAUGE ^{MM}	3	
ULTILET LANCETS 30 GAUGE ^{MM}	3	
ULTILET LANCETS 33 GAUGE ^{MM}	3	
ULTILET PEN NEEDLE 29 GAUGE ^{MM}	3	
ULTILET PEN NEEDLE 32 GAUGE X 5/32"MM	3	
ULTILET SAFETY LANCETS 23 GAUGE ^{MM}	3	
ULTRA COMFORT INSULIN SYRINGE (HALF UNIT) 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2"MM	3	
ULTRA COMFORT INSULIN SYRINGE (HALF UNIT) 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16"MM	3	
ULTRA COMFORT INSULIN SYRINGE (HALF UNIT) 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"MM	3	
ULTRA COMFORT INSULIN SYRINGE 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2"MM	3	

ST - Terapia por fases • QL - Límite de cantidad • PA - Autorización previa

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DEL USO
ULTRA COMFORT INSULIN SYRINGE 0.3 ML 30 ^{MM}	3	
ULTRA COMFORT INSULIN SYRINGE 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16 ^{MM}	3	
ULTRA COMFORT INSULIN SYRINGE 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16 ^{MM}	3	
ULTRA COMFORT INSULIN SYRINGE 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2 ^{MM}	3	
ULTRA COMFORT INSULIN SYRINGE 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16 ^{MM}	3	
ULTRA COMFORT INSULIN SYRINGE 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16 ^{MM}	3	
ULTRA COMFORT INSULIN SYRINGE 1 ML 28 GAUGE ^{MM}	3	
ULTRA COMFORT INSULIN SYRINGE 1 ML 28 GAUGE X 1/2 ^{MM}	3	
ULTRA COMFORT INSULIN SYRINGE 1 ML 29 GAUGE ^{MM}	3	
ULTRA COMFORT INSULIN SYRINGE 1 ML 29 GAUGE X 1/2 ^{MM}	3	
ULTRA COMFORT INSULIN SYRINGE 1 ML 30 GAUGE X 5/16 ^{MM}	3	
ULTRA COMFORT INSULIN SYRINGE 1 ML 30 GAUGE X 7/16 ^{MM}	3	
ULTRA COMFORT INSULIN SYRINGE 1 ML 31 GAUGE X 5/16 ^{MM}	3	
ULTRA COMFORT INSULIN SYRINGE 1/2 ML 28 GAUGE ^{MM}	3	
ULTRA COMFORT INSULIN SYRINGE 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2 ^{MM}	3	
ULTRA COMFORT INSULIN SYRINGE 1/2 ML 29 ^{MM}	3	
ULTRA COMFORT INSULIN SYRINGE 1/2 ML 30 GAUGE ^{MM}	3	
ULTRA FINE LANCETS 30 GAUGE ^{MM}	3	
ULTRA FLO INSULIN SYRINGE (HALF UNIT) 0.3 ML 30 GAUGE X 1/2"	3	
ULTRA FLO INSULIN SYRINGE (HALF UNIT) 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16"	3	
ULTRA FLO INSULIN SYRINGE (HALF UNIT) 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"	3	
ULTRA FLO INSULIN SYRINGE 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2 ^{MM}	3	
ULTRA FLO INSULIN SYRINGE 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16"	3	
ULTRA FLO INSULIN SYRINGE 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"	3	
ULTRA FLO INSULIN SYRINGE 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"	3	
ULTRA FLO PEN NEEDLE 29 GAUGE X 1/2 ^{MM}	3	
ULTRA FLO PEN NEEDLE 31 GAUGE X 3/16 ^{MM}	3	
ULTRA FLO PEN NEEDLE 31 GAUGE X 5/16"	3	
ULTRA FLO PEN NEEDLE 32 GAUGE X 5/32"	3	
ULTRA FLO PEN NEEDLE 33 GAUGE X 5/32"	3	
ULTRA PRENATAL PLUS DHA 27 MG-800 MCG-250 MG-200 MG CAPSULE ^{MM,ACA}	3	
ULTRA THIN II LANCETS 30 GAUGE ^{MM}	3	
ULTRA THIN LANCETS ^{MM}	3	
ULTRA THIN LANCETS 28 GAUGE ^{MM}	3	
ULTRA THIN LANCETS 30 GAUGE ^{MM}	3	
ULTRA THIN LANCETS 31 GAUGE ^{MM}	3	
ULTRA THIN LANCETS 33 GAUGE ^{MM}	3	
ULTRA THIN PEN NEEDLE 32 GAUGE X 5/32 ^{MM}	3	
ULTRA THIN PLUS LANCETS 33 GAUGE ^{MM}	3	
ULTRA TLC LANCETS ^{MM}	3	
ULTRA-CARE LANCETS 30 GAUGE ^{MM}	3	
ULTRA-THIN II (SHORT) INSULIN SYRINGE 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16 ^{MM}	3	
ULTRA-THIN II (SHORT) INSULIN SYRINGE 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16 ^{MM}	3	
ULTRA-THIN II (SHORT) INSULIN SYRINGE 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16 ^{MM}	3	
ULTRA-THIN II (SHORT) INSULIN SYRINGE 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16 ^{MM}	3	
ULTRA-THIN II (SHORT) INSULIN SYRINGE 1 ML 30 GAUGE X 5/16 ^{MM}	3	
ULTRA-THIN II (SHORT) INSULIN SYRINGE 1 ML 31 GAUGE X 5/16 ^{MM}	3	
ULTRA-THIN II (SHORT) PEN NDL 31 GAUGE X 5/16" NEEDLE ^{MM}	3	
ULTRA-THIN II INSULIN PEN NEEDLES 29 GAUGE X 1/2 ^{MM}	3	
ULTRA-THIN II INSULIN SYRINGE 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2 ^{MM}	3	
ULTRA-THIN II INSULIN SYRINGE 1 ML 29 GAUGE X 1/2 ^{MM}	3	
ULTRA-THIN II LANCETS 28 GAUGE ^{MM}	3	
ULTRACARE INSULIN SYRINGE 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16 ^{MM}	3	
ULTRACARE INSULIN SYRINGE 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16 ^{MM}	3	
ULTRACARE INSULIN SYRINGE 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2 ^{MM}	3	

ST - Terapia por fases • QL - Límite de cantidad • PA - Autorización previa

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DEL USO
ULTRACARE INSULIN SYRINGE 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16 ^{MM}	3	
ULTRACARE INSULIN SYRINGE 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16 ^{MM}	3	
ULTRACARE INSULIN SYRINGE 1 ML 30 GAUGE X 1/2 ^{MM}	3	
ULTRACARE INSULIN SYRINGE 1 ML 30 GAUGE X 5/16 ^{MM}	3	
ULTRACARE INSULIN SYRINGE 1 ML 31 GAUGE X 5/16 ^{MM}	3	
ULTRACARE PEN NEEDLE 31 GAUGE X 1/4 ^{MM}	3	
ULTRACARE PEN NEEDLE 31 GAUGE X 3/16 ^{MM}	3	
ULTRACARE PEN NEEDLE 31 GAUGE X 5/16 ^{MM}	3	
ULTRACARE PEN NEEDLE 32 GAUGE X 1/4 ^{MM}	3	
ULTRACARE PEN NEEDLE 32 GAUGE X 3/16 ^{MM}	3	
ULTRACARE PEN NEEDLE 32 GAUGE X 5/32 ^{MM}	3	
ULTRACARE PEN NEEDLE 33 GAUGE X 5/32 ^{MM}	3	
ULTRALANCE LANCETS 26 GAUGE ^{MM}	3	
ULTRALANCE LANCETS 28 GAUGE ^{MM}	3	
ULTRATRAK HIGH-LOW CONTROL SOLUTION ^{MM}	3	
ULTRATRAK NORMAL CONTROL SOLUTION ^{MM}	3	
UNIFINE PEN NEEDLE 32 GAUGE X 5/32"	3	
UNIFINE PENTIPS 29 GAUGE NEEDLE ^{MM}	3	
UNIFINE PENTIPS 29 GAUGE X 1/2" NEEDLE ^{MM}	3	
UNIFINE PENTIPS 31 GAUGE X 1/4" NEEDLE ^{MM}	3	
UNIFINE PENTIPS 31 GAUGE X 3/16" NEEDLE ^{MM}	3	
UNIFINE PENTIPS 31 GAUGE X 5/16" NEEDLE ^{MM}	3	
UNIFINE PENTIPS 32 GAUGE X 1/4" NEEDLE ^{MM}	3	
UNIFINE PENTIPS 32 GAUGE X 5/32" NEEDLE ^{MM}	3	
UNIFINE PENTIPS 33 GAUGE X 5/32" NEEDLE ^{MM}	3	
UNIFINE PENTIPS MAXFLOW 30 GAUGE X 3/16" NEEDLE ^{MM}	3	
UNIFINE PENTIPS PLUS 29 GAUGE X 1/2" NEEDLE ^{MM}	3	
UNIFINE PENTIPS PLUS 31 GAUGE X 1/4" NEEDLE ^{MM}	3	
UNIFINE PENTIPS PLUS 31 GAUGE X 3/16" NEEDLE ^{MM}	3	
UNIFINE PENTIPS PLUS 31 GAUGE X 5/16" NEEDLE ^{MM}	3	
UNIFINE PENTIPS PLUS 32 GAUGE X 5/32" NEEDLE ^{MM}	3	
UNIFINE PENTIPS PLUS 33 GAUGE X 5/32" NEEDLE ^{MM}	3	
UNIFINE PENTIPS PLUS MAXFLOW 30 GAUGE X 3/16" NEEDLE ^{MM}	3	
UNIFINE SAFECONTROL 30 GAUGE X 3/16" NEEDLE ^{MM}	3	
UNIFINE SAFECONTROL 30 GAUGE X 5/16" NEEDLE ^{MM}	3	
UNILET COMFORTOUCH LANCET ^{MM}	3	
UNILET COMFORTOUCH LANCET 26 GAUGE ^{MM}	3	
UNILET EXCELITE II LANCET ^{MM}	3	
UNILET EXCELITE LANCET ^{MM}	3	
UNILET GP LANCET ^{MM}	3	
UNILET LANCET 28 GAUGE ^{MM}	3	
UNILET LANCET 33 GAUGE ^{MM}	3	
UNILET LANCETS 30 GAUGE ^{MM}	3	
UNILET SUPER THIN LANCETS 30 GAUGE ^{MM}	3	
UNISTIK 2 EXTRA KIT ^{MM}	3	
UNISTIK 2 NORMAL LANCET AND DEVICE KIT ^{MM}	3	
UNISTIK 3 COMFORT LANCET ^{MM}	3	
UNISTIK 3 EXTRA LANCET 21 GAUGE ^{MM}	3	
UNISTIK 3 GENTLE 30 GAUGE ^{MM}	3	
UNISTIK 3 LANCETS 21 GAUGE ^{MM}	3	
UNISTIK 3 NORMAL LANCET 23 GAUGE ^{MM}	3	
UNISTIK CZT LANCET 23 GAUGE ^{MM}	3	
UNISTIK CZT LANCET 28 GAUGE ^{MM}	3	
UNISTIK PRO LANCET 21 GAUGE ^{MM}	3	

ST - Terapia por fases • QL - Límite de cantidad • PA - Autorización previa

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DEL USO
UNISTIK PRO LANCET 25 GAUGE ^{MM}	3	
UNISTIK PRO LANCET 28 GAUGE ^{MM}	3	
UNISTIK SAFETY 28 GAUGE ^{MM}	3	
UNISTIK SAFETY 30 GAUGE ^{MM}	3	
UNISTIK TOUCH LANCETS 21 GAUGE ^{MM}	3	
UNISTIK TOUCH LANCETS 23 GAUGE ^{MM}	3	
UNISTIK TOUCH LANCETS 28 GAUGE ^{MM}	3	
UNISTIK TOUCH LANCETS 30 GAUGE ^{MM}	3	
UNISTRIP HIGH CONTROL SOLUTION ^{MM}	3	
UNISTRIP LOW CONTROL SOLUTION ^{MM}	3	
UNITHROID 100 MCG TABLET ^{MM}	3	
UNITHROID 112 MCG TABLET ^{MM}	3	
UNITHROID 125 MCG TABLET ^{MM}	3	
UNITHROID 137 MCG TABLET ^{MM}	3	
UNITHROID 150 MCG TABLET ^{MM}	3	
UNITHROID 175 MCG TABLET ^{MM}	3	
UNITHROID 200 MCG TABLET ^{MM}	3	
UNITHROID 25 MCG TABLET ^{MM}	3	
UNITHROID 300 MCG TABLET ^{MM}	3	
UNITHROID 50 MCG TABLET ^{MM}	3	
UNITHROID 75 MCG TABLET ^{MM}	3	
UNITHROID 88 MCG TABLET ^{MM}	3	
UNIVERSAL 1 LANCETS 21 GAUGE ^{MM}	3	
UNIVERSAL 1 LANCETS 26 GAUGE ^{MM}	3	
UNIVERSAL 1 LANCETS 30 GAUGE ^{MM}	3	
UNIVERSAL 1 LANCETS 33 GAUGE ^{MM}	3	
ursodiol 250 mg tablet ^{MM}	3	
ursodiol 500 mg tablet ^{MM}	3	
V-GO 20 DEVICE ^{MM}	3	
V-GO 30 DEVICE ^{MM}	3	
V-GO 40 DEVICE ^{MM}	3	
valacyclovir hcl 1 gram tablet ^{MM}	2	QL(90 cada 30 días)
valacyclovir hcl 500 mg tablet ^{MM}	2	QL(90 cada 30 días)
VALCHLOR 0.016 % TOPICAL GEL ^{MM,SP,DL}	5	PA,QL(60 cada 28 días)
valganciclovir 450 mg tablet ^{MM,SP,DL}	5	QL(120 cada 30 días)
valganciclovir hcl 50 mg/ml ^{MM,SP,DL}	5	QL(1056 cada 30 días)
valproic acid 250 mg capsule ^{MM}	2	
valproic acid 250 mg/5 ml soln ^{MM}	1	
valproic acid 250 mg/5 ml soln ^{MM}	1	
valproic acid 500 mg/10 ml sol ^{MM}	1	
valsartan 160 mg tablet ^{MM}	1	QL(60 cada 30 días)
valsartan 320 mg tablet ^{MM}	1	QL(60 cada 30 días)
valsartan 40 mg tablet ^{MM}	1	QL(60 cada 30 días)
valsartan 80 mg tablet ^{MM}	1	QL(60 cada 30 días)
valsartan-hctz 160-12.5 mg tab ^{MM}	1	QL(30 cada 30 días)
valsartan-hctz 160-25 mg tab ^{MM}	1	QL(30 cada 30 días)
valsartan-hctz 320-12.5 mg tab ^{MM}	1	QL(30 cada 30 días)
valsartan-hctz 320-25 mg tab ^{MM}	1	QL(30 cada 30 días)
valsartan-hctz 80-12.5 mg tab ^{MM}	1	QL(30 cada 30 días)
VALTOCO 10 MG/SPRAY (0.1 ML) NASAL SPRAY ^{SP,DL}	5	QL(10 cada 30 días)
VALTOCO 15 MG/2 SPRAY(7.5MG/0.1ML X2) NASAL SPRAY ^{SP,DL}	5	QL(10 cada 30 días)
VALTOCO 20 MG/2 SPRAY (10MG/0.1ML X2) NASAL SPRAY ^{SP,DL}	5	QL(10 cada 30 días)
VALTOCO 5 MG/SPRAY (0.1 ML) NASAL SPRAY ^{SP,DL}	5	QL(10 cada 30 días)
vanadom 350 mg tablet	2	QL(120 cada 30 días)

ST - Terapia por fases • QL - Límite de cantidad • PA - Autorización previa

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DEL USO
vancomycin 250 mg/5 ml soln	4	
vancomycin hcl 125 mg capsule	4	PA,QL(120 cada 30 días)
vancomycin hcl 250 mg capsule	4	PA,QL(240 cada 30 días)
VANISHPOINT INSULIN SYRINGE 1 ML 30 GAUGE X 3/16" ^{MM}	3	
VANISHPOINT SYRINGE 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2" ^{MM}	3	
VANISHPOINT SYRINGE 1 ML 29 GAUGE X 1/2" ^{MM}	3	
VAQTA (PF) 25 UNIT/0.5 ML INTRAMUSCULAR SUSPENSION ^{ACA}	4	
VAQTA (PF) 25 UNIT/0.5 ML INTRAMUSCULAR SYRINGE ^{ACA}	4	
VAQTA (PF) 50 UNIT/ML INTRAMUSCULAR SUSPENSION ^{ACA}	4	
VAQTA (PF) 50 UNIT/ML INTRAMUSCULAR SYRINGE ^{ACA}	4	
VASOFLEX HD 150 MG-150 MG-150 MG-500 MG TABLET	3	
VAXELIS (PF) 15 UNIT-5 UNIT-10 MCG/0.5 ML INTRAMUSCULAR SUSPENSION ^{ACA}	4	
VAXELIS (PF) 15 UNIT-5 UNIT-10 MCG/0.5 ML INTRAMUSCULAR SYRINGE ^{ACA}	4	
vecamyl 2.5 mg tablet	4	QL(300 cada 30 días)
velivet triphasic regimen (28) 0.1 mg/0.125 mg/0.15 mg-25 mcg tablet ^{MM,ACA}	1	
VEMLIDY 25 MG TABLET ^{MM,SP,DL}	5	PA,QL(30 cada 30 días)
VENCLEXTA 10 MG TABLET ^{MM,SP,LD,DL}	5	PA,QL(56 cada 28 días)
VENCLEXTA 100 MG TABLET ^{MM,SP,LD,DL}	5	PA,QL(180 cada 30 días)
VENCLEXTA 50 MG TABLET ^{MM,SP,LD,DL}	5	PA,QL(28 cada 28 días)
VENCLEXTA STARTING PACK 10 MG-50 MG-100 MG TABLETS IN A DOSE PACK ^{SP,LD,DL}	5	PA,QL(42 cada 28 días)
venlafaxine hcl 100 mg tablet ^{MM}	1	
venlafaxine hcl 25 mg tablet ^{MM}	1	
venlafaxine hcl 37.5 mg tablet ^{MM}	1	
venlafaxine hcl 50 mg tablet ^{MM}	1	
venlafaxine hcl 75 mg tablet ^{MM}	1	
venlafaxine hcl er 150 mg cap ^{MM}	1	QL(60 cada 30 días)
venlafaxine hcl er 37.5 mg cap ^{MM}	1	QL(30 cada 30 días)
venlafaxine hcl er 75 mg cap ^{MM}	1	QL(90 cada 30 días)
VENTAVIS 10 MCG/ML SOLUTION FOR NEBULIZATION ^{MM,SP,LD,DL}	5	PA,QL(150 cada 30 días)
VENTAVIS 20 MCG/ML SOLUTION FOR NEBULIZATION ^{MM,SP,LD,DL}	5	PA,QL(90 cada 30 días)
VENTOLIN HFA 90 MCG/ACTUATION AEROSOL INHALER ^{MM}	3	QL(36 cada 30 días)
verapamil 120 mg tablet ^{MM}	1	QL(120 cada 30 días)
verapamil 360 mg cap pellet ^{MM}	4	QL(60 cada 30 días)
verapamil 40 mg tablet ^{MM}	1	QL(120 cada 30 días)
verapamil 80 mg tablet ^{MM}	1	QL(120 cada 30 días)
verapamil er 120 mg tablet ^{MM}	1	QL(30 cada 30 días)
verapamil er 180 mg tablet ^{MM}	1	QL(30 cada 30 días)
verapamil er 240 mg tablet ^{MM}	1	QL(60 cada 30 días)
verapamil er pm 100 mg capsule ^{MM}	4	QL(30 cada 30 días)
verapamil er pm 200 mg capsule ^{MM}	4	QL(60 cada 30 días)
verapamil er pm 300 mg capsule ^{MM}	4	QL(30 cada 30 días)
verapamil sr 120 mg capsule ^{MM}	4	QL(60 cada 30 días)
verapamil sr 180 mg capsule ^{MM}	4	QL(60 cada 30 días)
verapamil sr 240 mg capsule ^{MM}	4	QL(60 cada 30 días)
VERASENS CONTROL SOLUTION-LEVEL 1 ^{MM}	3	
VERIFINE PEN NEEDLE 31 GAUGE X 1/4" ^{MM}	3	
VERIFINE PEN NEEDLE 31 GAUGE X 5/16" ^{MM}	3	
VERIFINE PEN NEEDLE 32 GAUGE X 3/16" ^{MM}	3	
VERIFINE PEN NEEDLE 32 GAUGE X 5/32" ^{MM}	3	
VERZENIO 100 MG TABLET ^{MM,SP,DL}	5	PA,QL(60 cada 30 días)
VERZENIO 150 MG TABLET ^{MM,SP,DL}	5	PA,QL(60 cada 30 días)
VERZENIO 200 MG TABLET ^{MM,SP,DL}	5	PA,QL(60 cada 30 días)
VERZENIO 50 MG TABLET ^{MM,SP,DL}	5	PA,QL(60 cada 30 días)
vestura (28) 3 mg-0.02 mg tablet ^{MM,ACA}	1	

ST - Terapia por fases • QL - Límite de cantidad • PA - Autorización previa

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DEL USO
VICTOZA 2-PAK 0.6 MG/0.1 ML (18 MG/3 ML) SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR ^{MM}	3	QL(9 cada 30 días)
VICTOZA 3-PAK 0.6 MG/0.1 ML (18 MG/3 ML) SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR ^{MM}	3	QL(9 cada 30 días)
VIDEX 2 GM PEDIATRIC SOLN ^{MM}	3	QL(1200 cada 30 días)
vienva 0.1 mg-20 mcg tablet ^{MM,ACA}	1	
vigabatrin 500 mg powder packet ^{MM,SP,DL}	5	PA,QL(180 cada 30 días)
vigabatrin 500 mg tablet ^{MM,SP,DL}	5	PA,QL(180 cada 30 días)
vigadrone 500 mg oral powder packet ^{MM,SP,LD,DL}	5	PA,QL(180 cada 30 días)
VIIBRYD 10 MG (7)-20 MG (23) TABLETS IN A DOSE PACK	4	ST,QL(30 cada 30 días)
VIIBRYD 10 MG TABLET ^{MM}	4	ST,QL(30 cada 30 días)
VIIBRYD 20 MG TABLET ^{MM}	4	ST,QL(30 cada 30 días)
VIIBRYD 40 MG TABLET ^{MM}	4	ST,QL(30 cada 30 días)
VIMPAT 10 MG/ML ORAL SOLUTION ^{MM,DL}	4	QL(1395 cada 30 días)
VIMPAT 100 MG TABLET ^{MM,DL}	4	
VIMPAT 150 MG TABLET ^{MM,DL}	4	
VIMPAT 200 MG TABLET ^{MM,DL}	4	
VIMPAT 50 MG (14)-100 MG (14) TABLETS IN A DOSE PACK ^{SP,DL}	4	
VIMPAT 50 MG TABLET ^{MM,DL}	4	
vinate one tablet ^{MM}	2	
vinate-m tablet ^{MM}	2	
viorele (28) 0.15 mg-0.02 mg (21)/0.01 mg (5) tablet ^{MM,ACA}	1	
VIOS AEROSOL DELIVERY SYSTEM	3	
VIRACEPT 250 MG TABLET ^{MM,SP}	5	QL(300 cada 30 días)
VIRACEPT 625 MG TABLET ^{MM,SP}	5	QL(120 cada 30 días)
VIREAD 150 MG TABLET ^{MM,SP}	5	QL(30 cada 30 días)
VIREAD 200 MG TABLET ^{MM,SP}	5	QL(30 cada 30 días)
VIREAD 250 MG TABLET ^{MM,SP}	5	QL(30 cada 30 días)
VIREAD 40 MG/SCOOP (40 MG/GRAM) ORAL POWDER ^{MM,SP}	5	QL(240 cada 30 días)
virt-nate dha 28 mg iron-1 mg-200 mg capsule ^{MM}	3	
virt-phos 250 neutral 250 mg tablet	2	
VISTOGARD 10 GRAM ORAL GRANULES IN PACKET ^{SP,LD,DL}	5	QL(20 cada 365 días)
VITAFOL ULTRA 29 MG IRON-1 MG-200 MG CAPSULE ^{MM}	4	
VITAFOL-OB 65 MG-1 MG TABLET ^{MM}	3	
vitamin d2 1,250 mcg (50,000 unit) capsule ^{MM}	1	
vitamin d2 1.25mg(50,000 unit) ^{MM}	1	
vitamin d3 50,000 unit capsule	1	
VITATRUE 30 MG IRON-1.4 MG-300 MG ORAL PACK ^{MM}	3	
VITRAKVI 100 MG CAPSULE ^{MM,SP,LD,DL}	5	PA,QL(60 cada 30 días)
VITRAKVI 20 MG/ML ORAL SOLUTION ^{MM,SP,LD,DL}	5	PA,QL(300 cada 30 días)
VITRAKVI 25 MG CAPSULE ^{MM,SP,LD,DL}	5	PA,QL(180 cada 30 días)
VIVAGUARD INO CONTROL SOLUTION-L1,L2,L3 ^{MM}	3	
VIVAGUARD INO CONTROL SOLUTION-L1,L3 ^{MM}	3	
VIVAGUARD INO CONTROL SOLUTION-L2 ^{MM}	3	
VIVAGUARD LANCET 30 GAUGE ^{MM}	3	
VIVAGUARD LANCING DEVICE	3	
VIVITROL 380 MG INTRAMUSCULAR SUSPENSION,EXTENDED RELEASE	5	QL(1 cada 28 días)
VOCABRIA 30 MG TABLET ^{SP,DL}	5	QL(30 cada 30 días)
volnea (28) 0.15 mg-0.02 mg (21)/0.01 mg (5) tablet ^{MM,ACA}	1	
voriconazole 200 mg tablet ^{SP,DL}	5	PA,QL(120 cada 30 días)
voriconazole 40 mg/ml susp ^{SP,DL}	5	PA,QL(400 cada 30 días)
voriconazole 50 mg tablet ^{SP,DL}	5	PA,QL(120 cada 30 días)
VORTEX HOLDING CHAMBER	3	
VORTEX HOLDING CHAMBER-CHILD	3	
VORTEX HOLDING CHAMBER-TODDLER	3	
VORTEX VHC FROG MASK-CHILD	3	
VORTEX VHC LADYBUG MASK-TODDLER	3	

ST - Terapia por fases • QL - Límite de cantidad • PA - Autorización previa

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DEL USO
VOTRIENT 200 MG TABLET ^{MM,SP,DL}	5	PA,QL(120 cada 30 días)
VP-PNV-DHA 28 MG IRON-1 MG-200 MG CAPSULE ^{MM}	4	
VRAYLAR 1.5 MG (1)-3 MG (6) CAPSULES IN A DOSE PACK ^{SP,DL}	5	PA
VRAYLAR 1.5 MG CAPSULE ^{MM,SP,DL}	5	PA,QL(30 cada 30 días)
VRAYLAR 3 MG CAPSULE ^{MM,SP,DL}	5	PA,QL(30 cada 30 días)
VRAYLAR 4.5 MG CAPSULE ^{MM,SP,DL}	5	PA,QL(30 cada 30 días)
VRAYLAR 6 MG CAPSULE ^{MM,SP,DL}	5	PA,QL(30 cada 30 días)
vyfemla (28) 0.4 mg-35 mcg tablet ^{MM,ACA}	1	
vylibra 0.25 mg-35 mcg tablet ^{MM,ACA}	1	
VYNDAMAX 61 MG CAPSULE ^{MM,SP,DL}	5	PA,QL(30 cada 30 días)
VYNDALOX 20 MG CAPSULE ^{MM,SP,DL}	5	PA,QL(120 cada 30 días)
VYVANSE 10 MG CAPSULE ^{MM}	3	QL(30 cada 30 días)
VYVANSE 10 MG CHEWABLE TABLET ^{MM}	3	QL(30 cada 30 días)
VYVANSE 20 MG CAPSULE ^{MM}	3	QL(30 cada 30 días)
VYVANSE 20 MG CHEWABLE TABLET ^{MM}	3	QL(30 cada 30 días)
VYVANSE 30 MG CAPSULE ^{MM}	3	QL(30 cada 30 días)
VYVANSE 30 MG CHEWABLE TABLET ^{MM}	3	QL(30 cada 30 días)
VYVANSE 40 MG CAPSULE ^{MM}	3	QL(30 cada 30 días)
VYVANSE 40 MG CHEWABLE TABLET ^{MM}	3	QL(30 cada 30 días)
VYVANSE 50 MG CAPSULE ^{MM}	3	QL(30 cada 30 días)
VYVANSE 50 MG CHEWABLE TABLET ^{MM}	3	QL(30 cada 30 días)
VYVANSE 60 MG CAPSULE ^{MM}	3	QL(30 cada 30 días)
VYVANSE 60 MG CHEWABLE TABLET ^{MM}	3	QL(30 cada 30 días)
VYVANSE 70 MG CAPSULE ^{MM}	3	QL(30 cada 30 días)
warfarin sodium 1 mg tablet ^{MM}	1	
warfarin sodium 10 mg tablet ^{MM}	1	
warfarin sodium 2 mg tablet ^{MM}	1	
warfarin sodium 2.5 mg tablet ^{MM}	1	
warfarin sodium 3 mg tablet ^{MM}	1	
warfarin sodium 4 mg tablet ^{MM}	1	
warfarin sodium 5 mg tablet ^{MM}	1	
warfarin sodium 6 mg tablet ^{MM}	1	
warfarin sodium 7.5 mg tablet ^{MM}	1	
WAVESENSE CONTROL SOLUTION ^{MM}	3	
WBCOL TOPICAL PADS	3	
wera (28) 0.5 mg-35 mcg tablet ^{MM,ACA}	1	
westab plus 27 mg iron-1 mg tablet ^{MM}	2	
westgel dha 31 mg iron-1 mg-200 mg capsule ^{MM}	4	
WESTHROID 130 MG TABLET ^{MM}	3	
WESTHROID 195 MG TABLET ^{MM}	3	
WESTHROID 32.5 MG TABLET ^{MM}	3	
WESTHROID 65 MG TABLET ^{MM}	3	
WESTHROID 97.5 MG TABLET ^{MM}	3	
WIDE-SEAL DIAPHRAGM 60 MM VAGINAL ^{ACA}	4	
WIDE-SEAL DIAPHRAGM 65 MM VAGINAL ^{ACA}	4	
WIDE-SEAL DIAPHRAGM 70 MM VAGINAL ^{ACA}	4	
WIDE-SEAL DIAPHRAGM 75 MM VAGINAL ^{ACA}	4	
WIDE-SEAL DIAPHRAGM 80 MM VAGINAL ^{ACA}	4	
WIDE-SEAL DIAPHRAGM 85 MM VAGINAL ^{ACA}	4	
WIDE-SEAL DIAPHRAGM 90 MM VAGINAL ^{ACA}	4	
WIDE-SEAL DIAPHRAGM 95 MM VAGINAL ^{ACA}	4	
wixela inhub 100 mcg-50 mcg/dose powder for inhalation ^{MM}	3	QL(60 cada 30 días)
wixela inhub 250 mcg-50 mcg/dose powder for inhalation ^{MM}	3	QL(60 cada 30 días)
wixela inhub 500 mcg-50 mcg/dose powder for inhalation ^{MM}	3	QL(60 cada 30 días)

ST - Terapia por fases • QL - Límite de cantidad • PA - Autorización previa

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DEL USO
WP THYROID 113.75 MG TABLET ^{MM}	3	
WP THYROID 130 MG TABLET ^{MM}	3	
WP THYROID 16.25 MG TABLET ^{MM}	3	
WP THYROID 32.5 MG TABLET ^{MM}	3	
WP THYROID 48.75 MG TABLET ^{MM}	3	
WP THYROID 65 MG TABLET ^{MM}	3	
WP THYROID 81.25 MG TABLET ^{MM}	3	
WP THYROID 97.5 MG TABLET ^{MM}	3	
wymzya fe 0.4 mg-35 mcg (21)/75 mg (7) chewable tablet ^{MM}	2	
XALKORI 200 MG CAPSULE ^{MM,SP,DL}	5	PA,QL(120 cada 30 días)
XALKORI 250 MG CAPSULE ^{MM,SP,DL}	5	PA,QL(120 cada 30 días)
XARELTO 10 MG TABLET ^{MM}	3	QL(30 cada 30 días)
XARELTO 15 MG TABLET ^{MM}	3	QL(60 cada 30 días)
XARELTO 2.5 MG TABLET ^{MM}	3	QL(60 cada 30 días)
XARELTO 20 MG TABLET ^{MM}	3	QL(30 cada 30 días)
XARELTO DVT-PE TREATMENT 30-DAY STARTER 15 MG(42)-20 MG(9) TABLET PACK	3	QL(51 cada 30 días)
XOFLUZA 20 MG TABLET	4	QL(10 cada 365 días)
XOFLUZA 40 MG TABLET	4	QL(10 cada 365 días)
XOSPATA 40 MG TABLET ^{MM,SP,LD,DL}	5	PA,QL(90 cada 30 días)
XPOVIO 100 MG/WEEK (20 MG X 5) TABLET ^{MM,SP,LD,DL}	5	PA,QL(20 cada 28 días)
XPOVIO 100 MG/WEEK (50 MG X 2) TABLET ^{SP,LD,DL}	5	PA,QL(8 cada 28 días)
XPOVIO 40 MG TWICE WEEK (40 MG X 2) TABLET ^{SP,LD,DL}	5	PA,QL(8 cada 28 días)
XPOVIO 40 MG TWICE WEEKLY (80 MG/WEEK) (20 MG X 4) TABLET ^{MM,SP,LD,DL}	5	PA,QL(16 cada 28 días)
XPOVIO 40 MG/WEEK (20 MG X 2) TABLET ^{MM,SP,LD,DL}	5	PA,QL(8 cada 28 días)
XPOVIO 40 MG/WEEK (40 MG X 1) TABLET ^{SP,LD,DL}	5	PA,QL(4 cada 28 días)
XPOVIO 60 MG TWICE WEEKLY (120 MG/WEEK) (20 MG X 6) TABLET ^{MM,SP,LD,DL}	5	PA,QL(24 cada 28 días)
XPOVIO 60 MG/WEEK (20 MG X 3) TABLET ^{MM,SP,LD,DL}	5	PA,QL(12 cada 28 días)
XPOVIO 60 MG/WEEK (60 MG X 1) TABLET ^{SP,LD,DL}	5	PA,QL(4 cada 28 días)
XPOVIO 80 MG TWICE WEEKLY (160 MG/WEEK) (20 MG X 8) TABLET ^{MM,SP,LD,DL}	5	PA,QL(32 cada 28 días)
XPOVIO 80 MG/WEEK (20 MG X 4) TABLET ^{MM,SP,LD,DL}	5	PA,QL(16 cada 28 días)
XPOVIO 80 MG/WEEK (40 MG X 2) TABLET ^{SP,LD,DL}	5	PA,QL(8 cada 28 días)
XTAMPZA ER 13.5 MG CAPSULE SPRINKLE ^{DL}	3	QL(60 cada 30 días)
XTAMPZA ER 18 MG CAPSULE SPRINKLE ^{DL}	3	QL(60 cada 30 días)
XTAMPZA ER 27 MG CAPSULE SPRINKLE ^{DL}	3	QL(60 cada 30 días)
XTAMPZA ER 36 MG CAPSULE SPRINKLE ^{DL}	3	QL(60 cada 30 días)
XTAMPZA ER 9 MG CAPSULE SPRINKLE ^{DL}	3	QL(60 cada 30 días)
XTANDI 40 MG CAPSULE ^{MM,SP,DL}	5	PA,QL(120 cada 30 días)
XTANDI 40 MG TABLET ^{MM,SP,DL}	5	PA,QL(120 cada 30 días)
XTANDI 80 MG TABLET ^{MM,SP,DL}	5	PA,QL(60 cada 30 días)
xulane 150 mcg-35 mcg/24 hr transdermal patch ^{MM,ACA}	3	QL(3 cada 28 días)
XURIDEN 2 GRAM ORAL GRANULES IN PACKET ^{MM,SP,LD,DL}	5	PA,QL(120 cada 30 días)
XYREM 500 MG/ML ORAL SOLUTION ^{MM,SP,LD,DL}	5	PA,QL(540 cada 30 días)
zafemy 150 mcg-35 mcg/24 hr transdermal patch ^{MM,ACA}	3	QL(3 cada 28 días)
zafirlukast 10 mg tablet ^{MM}	3	QL(60 cada 30 días)
zafirlukast 20 mg tablet ^{MM}	3	QL(60 cada 30 días)
zaleplon 10 mg capsule	1	QL(60 cada 30 días)
zaleplon 5 mg capsule	1	QL(30 cada 30 días)
zarah 3 mg-0.03 mg tablet ^{MM,ACA}	1	
ZARXIO 300 MCG/0.5 ML INJECTION SYRINGE ^{SP,DL}	5	PA,QL(7 cada 30 días)
ZARXIO 480 MCG/0.8 ML INJECTION SYRINGE ^{SP,DL}	5	PA,QL(11.2 cada 30 días)
ZEJULA 100 MG CAPSULE ^{MM,SP,LD,DL}	5	PA,QL(90 cada 30 días)
zenatane 10 mg capsule	4	QL(60 cada 30 días)
zenatane 20 mg capsule	4	QL(60 cada 30 días)
zenatane 30 mg capsule	4	QL(60 cada 30 días)
zenatane 40 mg capsule	4	QL(120 cada 30 días)

ST - Terapia por fases • QL - Limite de cantidad • PA - Autorización previa

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DEL USO
zidovudine 100 mg capsule ^{MM}	3	QL(180 cada 30 días)
zidovudine 300 mg tablet ^{MM}	3	QL(60 cada 30 días)
zidovudine 50 mg/5 ml syrup ^{MM}	3	QL(1680 cada 28 días)
zileuton er 600 mg tablet ^{MM,SP,DL}	5	ST,QL(120 cada 30 días)
zingiber 1.2 mg-40 mg-124.1 mg-100 mg tablet ^{MM}	3	
ZIOPTAN (PF) 0.0015 % EYE DROPS IN A DROPPERETTE ^{MM}	4	ST,QL(30 cada 30 días)
ziprasidone 20 mg/ml vial	4	
ziprasidone hcl 20 mg capsule ^{MM}	3	QL(60 cada 30 días)
ziprasidone hcl 40 mg capsule ^{MM}	3	QL(60 cada 30 días)
ziprasidone hcl 60 mg capsule ^{MM}	3	QL(60 cada 30 días)
ziprasidone hcl 80 mg capsule ^{MM}	3	QL(60 cada 30 días)
ZIRGAN 0.15 % EYE GEL	4	QL(5 cada 30 días)
ZOKINVY 50 MG CAPSULE ^{MM,SP,DL}	5	PA,QL(120 cada 30 días)
ZOKINVY 75 MG CAPSULE ^{MM,SP,DL}	5	PA,QL(120 cada 30 días)
ZOLADEX 10.8 MG SUBCUTANEOUS IMPLANT ^{SP}	5	PA,QL(1 cada 84 días)
ZOLADEX 3.6 MG SUBCUTANEOUS IMPLANT ^{SP,DL}	5	PA,QL(1 cada 28 días)
ZOLINZA 100 MG CAPSULE ^{SP,DL}	5	PA,QL(120 cada 30 días)
zolmitriptan 2.5 mg odt	3	ST,QL(9 cada 30 días)
zolmitriptan 2.5 mg tablet	3	ST,QL(9 cada 30 días)
zolmitriptan 5 mg odt	3	ST,QL(9 cada 30 días)
zolmitriptan 5 mg tablet	3	ST,QL(9 cada 30 días)
zolpidem tart er 12.5 mg tab	2	QL(30 cada 30 días)
zolpidem tart er 6.25 mg tab	2	QL(30 cada 30 días)
zolpidem tartrate 10 mg tablet	1	QL(30 cada 30 días)
zolpidem tartrate 5 mg tablet	1	QL(30 cada 30 días)
zonisamide 100 mg capsule ^{MM}	1	
zonisamide 25 mg capsule ^{MM}	1	
zonisamide 50 mg capsule ^{MM}	1	
ZONTIVITY 2.08 MG TABLET ^{MM}	4	PA,QL(30 cada 30 días)
ZORBIVE 8.8 MG SUBCUTANEOUS SOLUTION ^{MM,SP,DL}	5	PA,QL(28 cada 30 días)
ZOSTAVAX (PF) 19,400 UNIT/0.65 ML SUBCUTANEOUS SUSPENSION ^{ACA}	4	QL(1 cada 365 días)
zovia 1-35 (28) 1 mg-35 mcg tablet ^{MM,ACA}	1	
zovia 1/35e (28) 1 mg-35 mcg tablet ^{MM,ACA}	1	
ZTLIDO 1.8 % TOPICAL PATCH ^{DL}	4	PA,QL(90 cada 30 días)
ZUBSOLV 0.7 MG-0.18 MG SUBLINGUAL TABLET ^{MM}	3	QL(90 cada 30 días)
ZUBSOLV 1.4 MG-0.36 MG SUBLINGUAL TABLET ^{MM}	3	QL(90 cada 30 días)
ZUBSOLV 11.4 MG-2.9 MG SUBLINGUAL TABLET ^{MM}	3	QL(30 cada 30 días)
ZUBSOLV 2.9 MG-0.71 MG SUBLINGUAL TABLET ^{MM}	3	QL(90 cada 30 días)
ZUBSOLV 5.7 MG-1.4 MG SUBLINGUAL TABLET ^{MM}	3	QL(90 cada 30 días)
ZUBSOLV 8.6 MG-2.1 MG SUBLINGUAL TABLET ^{MM}	3	QL(60 cada 30 días)
zumandimine (28) 3 mg-0.03 mg tablet ^{MM,ACA}	1	
ZYBAN SR 150 MG TABLET ^{ACA}	4	QL(90 cada 30 días)
ZYDELIG 100 MG TABLET ^{MM,SP,LD,DL}	5	PA,QL(60 cada 30 días)
ZYDELIG 150 MG TABLET ^{MM,SP,LD,DL}	5	PA,QL(60 cada 30 días)
ZYFLO 600 MG TABLET ^{MM,SP,DL}	5	ST,QL(120 cada 30 días)
ZYPITAMAG 1 MG TABLET ^{MM}	3	ST,QL(30 cada 30 días)
ZYPITAMAG 2 MG TABLET ^{MM}	3	ST,QL(30 cada 30 días)
ZYPITAMAG 4 MG TABLET ^{MM}	3	ST,QL(30 cada 30 días)
ZYPREXA 10 MG INTRAMUSCULAR SOLUTION	4	QL(60 cada 30 días)
ZYPREXA RELPREVV 210 MG INTRAMUSCULAR SUSPENSION ^{MM}	4	QL(4 cada 28 días)
ZYPREXA RELPREVV 300 MG INTRAMUSCULAR SUSPENSION ^{MM}	4	QL(2 cada 28 días)
ZYPREXA RELPREVV 405 MG INTRAMUSCULAR SUSPENSION ^{MM}	4	QL(1 cada 28 días)

ST - Terapia por fases • QL - Límite de cantidad • PA - Autorización previa

¡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, estado civil o religión. 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 **1-877-320-1235** o bien, si utiliza un **TTY**, llame al **711**.
- También puede presentar una queja de derechos civiles ante el **Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU.**, Oficina de Derechos Civiles, por medios electrónicos a través del portal de quejas disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf> o en **U.S. Department of Health and Human Services**, 200 Independence Avenue, SW, Room 509F, HHH Building, Washington, DC 20201, 1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD). Los formularios de quejas están disponibles en <https://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.
- **Residentes de California:** También puede llamar a la línea directa gratuita del California Department of Insurance (Departamento de Seguros de California): **1-800-927-HELP (4357)**, para presentar una queja formal.

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

Tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. 1-877-320-1235 (TTY: 711)

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

日本語 (Japanese): 無料の言語支援サービスをご要望の場合は、上記の番号までお電話ください。

فارسی (Farsi)

برای دریافت تسهیلات زبانی بصورت رایگان با شماره فوق تماس بگیرید.

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

العربية (Arabic)

GCHJVRSP 0220

الرجاء الاتصال بالرقم المبين أعلاه للحصول على خدمات مجانية للمساعدة بلغتك

Si su seguro se emitió a través del estado de IL, su cobertura podría incluir medicamentos de las siguientes clases de medicamentos: obesidad e infertilidad.

Si su seguro se emitió a través del estado MI, su cobertura podría incluir medicamentos de las siguientes clases de medicamentos: obesidad.

Si su seguro se emitió a través del estado de KS, su cobertura podría incluir medicamentos de las siguientes clases de medicamentos: infertilidad.

Si su seguro se emitió a través del estado de IN, su cobertura podría incluir medicamentos de las siguientes clases de medicamentos: disfunción sexual.

Si su seguro se emitió a través del estado de NV, su cobertura podría incluir medicamentos de las siguientes clases de medicamentos: terapia de reemplazo hormonal.

Si su seguro se emitió a través del estado de LA y usted paga un porcentaje del costo total de los medicamentos, cualquier descuento negociado directamente con un fabricante de medicamentos se podría haber tomado en cuenta para reducir su prima de seguro en vez de hacerlo en la farmacia. Esto se define por el estado como una carga excedente al costo del consumidor.

Si tiene un plan Completamente asegurado a través de su empleador y su seguro se emite en el estado de Colorado, todas las medicinas cubiertas para trastornos por el abuso de drogas están disponibles sin necesidad de autorización previa o de terapia escalonada.

Para obtener más información sobre estas coberturas impuestas por el estado, inicie sesión en MyHumana a través de **espanol.humana.com** o llame a Servicio al cliente al número que está al reverso de su tarjeta de identificación de Humana.

La cobertura de anticonceptivos está sujeta a las selecciones de cobertura de su patrono.

Las elecciones de su empleador para la cobertura podrían incluir cobertura para medicamentos preventivos, disponible para usted antes de alcanzar su deducible. Esta cobertura para medicamentos preventivos se basa en pautas emitidas por el Servicio de Rentas Internas (IRS, por sus siglas en inglés) para uso preventivo y no está asociado directamente con la Reforma de salud (HCR, por sus siglas en inglés) o la cobertura de \$0 de medicamentos preventivos de la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA, por sus siglas en inglés). Para obtener más información, inicie sesión en MyHumana a través de **espanol.humana.com** o llame a Atención al cliente al número que se encuentra al reverso de su tarjeta de identificación de Humana.

La Lista de medicamentos de Humana (también conocida como formulario) tendrá vigencia a partir del 1 de enero, a menos que se especifique lo contrario.

Para las pólizas comerciales con cobertura total e individuales emitidas en Texas, Louisiana, Illinois o Puerto Rico:

Los cambios en la Lista de medicamentos entran en vigor en la fecha de renovación del plan.

Los planes de Humana son ofrecidos por Humana Medical Plan, Inc., Humana Employers Health Plan of Georgia, Inc., Humana Health Plan, Inc., Humana Health Benefit Plan of Louisiana, Inc., Humana Health Plan of Ohio, Inc., Humana Health Plans of Puerto Rico, Inc., Licencia # 00235-0008, Humana Wisconsin Health Organization Insurance Corporation o Humana Health Plan of Texas, Inc., una Organización para el mantenimiento de la salud (HMO, por sus siglas en inglés), o asegurados por Humana Health Insurance Company of Florida, Inc., Humana Health Plan, Inc., Humana Health Benefit Plan of Louisiana, Inc., Humana Insurance Company, Humana Insurance Company of Kentucky, Humana Insurance of Puerto Rico, Inc. Licencia # 00187-0009, o administrados por Humana Insurance Company o Humana Health Plan, Inc.

Es posible que, por diferencias lingüísticas, los enunciados contenidos en la publicación en otros idiomas diferentes al idioma inglés no reflejen rigurosamente el significado de la póliza original escrita en idioma inglés. En caso de haber alguna discrepancia, la versión en inglés asumirá la validez exclusiva.

Para residentes de Arizona: ofrecido por Humana Health Plan, Inc., o asegurado por Humana Insurance Company.

Para obtener más información sobre la empresa que provee sus beneficios, consulte su Documento de beneficios del plan (Certificado de cobertura/seguro o la Descripción resumida del plan).

Nuestros planes de beneficios de salud tienen exclusiones y limitaciones, y términos bajo los cuales la cobertura puede continuar en vigencia o ser suspendida. Para conocer los costos y detalles completos de la cobertura, llame o escriba a su agente de seguros de Humana o a la compañía.

Los productos ASO son administrados por Humana Insurance Company o Humana Health Plan, Inc.