2027
Lista de medicamentos preferidos

Humana Healthy Horizons® in Illinois

TENGA EN CUENTA QUE: ESTE DOCUMENTO CONTIENE INFORMACIÓN SOBRE LOS MEDICAMENTOS QUE CUBRIMOS PARA ESTE PLAN. ESTE FORMULARIO SE ACTUALIZÓ EL 10/22/2026.

La fecha de publicación de esta lista de medicamentos preferidos aparece en la parte inferior de cada página. La lista es correcta al día de esa fecha.
Para obtener más información sobre la lista de medicamentos preferidos o para obtener información actualizada, llame a servicios para afiliados al **800-787-3311 (TTY: 711)** todos los días de la semana (del 1 de octubre al 31 de marzo) y cinco días a la semana (del 1.º de abril al 30 de septiembre), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del centro, o envíe un correo electrónico a ILProviderRelations@humana.com.
Para obtener una copia impresa de la lista de medicamentos preferidos o para informar cualquier error, llame a servicios para afiliados al **800-787-3311 (TTY: 711)** todos los días de la semana (del 1 de octubre al 31 de marzo) y cinco días a la semana (del 1.º de abril al 30 de septiembre), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del centro, o envíe un correo electrónico a ILProviderRelations@humana.com.

Humana Healthy Horizons®

HealthChoice Illinois

Lista de medicamentos preferidos de Humana
La Lista de medicamentos preferidos, también conocida como formulario, entra en vigencia el 1 de enero de 2027, a menos que se indique lo contrario. Esta es una lista completa y puede cambiar a lo largo del año.

Definiciones:

- Medicamento preferido: medicamento cubierto designado como primera opción dentro de una clase terapéutica.
- Medicamentos no preferidos: por lo general, los medicamentos no preferidos requieren una autorización previa.

¿Qué es la Lista de medicamentos preferidos?
Es una lista de los medicamentos preferidos que están cubiertos por su plan. Debe obtenerlos en una farmacia que trabaje con su plan. No tiene que pagar más por los medicamentos si están en esta lista.

¿Cómo utilizo la Lista de medicamentos preferidos?
Los medicamentos aparecen en la Lista de medicamentos preferidos por orden alfabético.

Algunos medicamentos tienen dos nombres: un nombre genérico y un nombre de marca. Los medicamentos genéricos son los mismos que los medicamentos de marca, pero tienen nombres diferentes y precios más bajos. La Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA, por sus siglas en inglés) se asegura de que los medicamentos genéricos sean seguros y funcionen igual que los medicamentos de marca.

- Nivel x: grupo de medicamentos conocidos como medicamentos no preferidos.
- Nivel 1: medicamentos identificados como medicamentos que están cubiertos y también se conocen como medicamentos preferidos.

¿Qué sucede si mi medicamento no está en la Lista completa de medicamentos?
Es posible que algunos medicamentos que no están en la lista estén cubiertos por su plan médico.

Su médico puede pedirle a Humana® que le permita usar un medicamento que no está en la lista. En su mayor parte, Humana aprobará si los medicamentos de la lista no funcionan tan bien o tienen un efecto negativo en su salud.

Su médico puede solicitar la aprobación de Humana de las siguientes maneras:

- Enviando por fax el formulario que se encuentra en **provider.humana.com/pharmacy-resources/prior-authorizations** al **877-486-2621**.
- Una solicitud en línea en **covermymeds.com/epa/Humana**.
- Llamando a la revisión de farmacia clínica de Humana (HCPR, por sus siglas en inglés) al **800-555-CLIN (800-555-2546)**.

Humana tomará una decisión basada en sus necesidades de salud dentro de las 24 horas posteriores a la solicitud de su médico.

¿La Lista de medicamentos preferidos puede cambiar?
Sí. Se agregan o eliminan nuevos medicamentos según sea necesario. Se le notificará por carta si un medicamento que toma es eliminado de la lista.

Para obtener información sobre sus medicamentos:
Puede visitar **es-www.humana.com** e iniciar sesión en MyHumana.

- Busque "Drug Pricing Tool" (Herramienta de fijación de precios de medicamentos) en "Tools & Resources" (Herramientas y recursos) en la parte inferior de la página.
- Escriba el nombre del medicamento o la afección que se está tratando.

Recuerde: MyHumana solo muestra sus beneficios para hoy.

¿Hay algún límite para mis medicamentos?
Algunos medicamentos pueden tener límites o no son los preferidos por Humana.

Estos límites pueden incluir:

- Edad mínima/edad máxima: Algunos medicamentos están limitados a una edad específica.
- Autorización previa (PA, por sus siglas en inglés): Algunos medicamentos deben estar aprobados por su plan para que estén cubiertos.
- Límites de cantidad (QL, por sus siglas en inglés): Es posible que tenga un límite en la cantidad de medicamento que puede obtener a la vez. El límite de cada medicamento se basa en motivos de seguridad o salud, y en el tiempo que su médico quiere que lo tome (30, 60 o 90 días). Estos límites le ayudan a utilizar los medicamentos de la manera correcta. Si su medicamento recetado se pasa del límite, existen dos opciones:
- Puede obtener la cantidad de medicamento que está cubierta por su plan, o
- Si su proveedor de cuidado de salud cree que usted necesita más que la cantidad permitida, puede solicitar una autorización previa de Humana por la cantidad del medicamento que sobrepase el límite.
- Terapia por fases (ST, por sus siglas en inglés): Antes de obtener un medicamento que cuesta más, es posible que se le pida que pruebe al menos otro medicamento primero.

Para obtener más información

Si desea obtener más información sobre su plan de medicamentos recetados de Humana Healthy Horizons® in Illinois, consulte su Manual para Afiliados y otros materiales del plan.

Si ya está afiliado a un plan de Humana, llame al número que figura en su tarjeta de identificación de Humana o visite **es-www.myhumana.com**.

Si desea afiliarse a un plan de Humana, llame al número de servicios para afiliados que aparece en sus materiales de afiliación.

La Lista de medicamentos preferidos que comienza en la página siguiente le informa sobre algunos de los medicamentos que Humana paga.

Cómo leer la Lista de medicamentos preferidos
En la primera columna se enumeran los nombres de los medicamentos. Los medicamentos de marca se enumeran en mayúsculas y los medicamentos genéricos se enumeran en minúsculas.

OTC: Medicamentos de venta sin receta que están cubiertos con receta.

NP: Medicamento no preferido.

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

La tercera columna muestra si hay alguna regla para obtener ese medicamento. "Control de la utilización" significa que puede haber requisitos para cubrir ese medicamento. Estos pueden incluir límites de cantidad o autorización previa. Consulte la página 3 para obtener más información sobre los requisitos de medicamentos para su plan.

Nombre del medicamento	Grupo del nivel del medica-mento	Requisitos de manejo de utilización	Nombre de la categoría terapéutica	Edad mínima	Edad máxima
CIPRO HC 0.2 %-1 % EAR DROPS,SUSPENSION[NP]	*		AGENTES ÓTICOS		
ciprofloxacin 0.2 % ear drops in a dropperette[NP]	*		AGENTES ÓTICOS		
ciprofloxacin 0.2 %-hydrocortisone 1 % ear drops,suspension[NP]	*		AGENTES ÓTICOS		
ciprofloxacin 0.3 %-dexamethasone 0.1 % ear drops,suspension	1	QL(7.5 cada 30 días)	AGENTES ÓTICOS		
CLOTIC 1 % EAR DROPS IN A DROPPERETTE[NP]	*	QL(56 cada 28 días)	AGENTES ÓTICOS		
CORTISPORIN-TC 3.3 MG-3 MG-10 MG-0.5 MG/ML EAR DROPS,SUSPENSION[NP]	*		AGENTES ÓTICOS		
DERMOTIC OIL 0.01 % EAR DROPS[NP]	*		AGENTES ÓTICOS		
fluocinolone acetonide oil 0.01 % ear drops[NP]	*		AGENTES ÓTICOS		
hydrocortisone-acetic acid 1 %-2 % ear drops[NP]	*		AGENTES ÓTICOS		
neomycin-polymyxin-hydrocort 3.5 mg-10,000 unit/ml-1 % ear drops,susp	1		AGENTES ÓTICOS		
neomycin-polymyxin-hydrocort 3.5 mg/ml-10,000 unit/ml-1 % ear solution	1		AGENTES ÓTICOS		
ofloxacin 0.3 % ear drops	1		AGENTES ÓTICOS		
ARICEPT 10 MG TABLET[NP]	*	QL(60 cada 30 días)	AGENTES ANTIDEMENCIA		
ARICEPT 23 MG TABLET[NP]	*	QL(30 cada 30 días)	AGENTES ANTIDEMENCIA		
ARICEPT 5 MG TABLET[NP]	*	QL(30 cada 30 días)	AGENTES ANTIDEMENCIA		
donepezil 10 mg disintegrating tablet	1	QL(30 cada 30 días)	AGENTES ANTIDEMENCIA		
donepezil 10 mg tablet	1	QL(60 cada 30 días)	AGENTES ANTIDEMENCIA		
donepezil 23 mg tablet	1	QL(30 cada 30 días)	AGENTES ANTIDEMENCIA		
donepezil 5 mg disintegrating tablet	1	QL(30 cada 30 días)	AGENTES ANTIDEMENCIA		
donepezil 5 mg tablet	1	QL(30 cada 30 días)	AGENTES ANTIDEMENCIA		
EXELON PATCH 13.3 MG/24 HOUR TRANSDERMAL[NP]	*	QL(30 cada 30 días)	AGENTES ANTIDEMENCIA		
EXELON PATCH 4.6 MG/24 HOUR TRANSDERMAL[NP]	*	QL(30 cada 30 días)	AGENTES ANTIDEMENCIA		
EXELON PATCH 9.5 MG/24 HOUR TRANSDERMAL[NP]	*	QL(30 cada 30 días)	AGENTES ANTIDEMENCIA		
galantamine 12 mg tablet[NP]	*	QL(60 cada 30 días)	AGENTES ANTIDEMENCIA		
galantamine 4 mg tablet[NP]	*	QL(60 cada 30 días)	AGENTES ANTIDEMENCIA		
galantamine 4 mg/ml oral solution[NP]	*	QL(200 cada 30 días)	AGENTES ANTIDEMENCIA		

• NP – no preferido • OTC – sin receta • PA – autorización previa • QL – Límite de cantidad
• ST – Terapia por fases

Nombre del medicamento	Grupo del nivel del medica-mento	Requisitos de manejo de utilización	Nombre de la categoría terapéutica	Edad mínima	Edad máxima
galantamine 8 mg tablet[NP]	*	QL(60 cada 30 días)	AGENTES ANTIDEMENCIA		
galantamine er 16 mg 24 hr capsule,extended release[NP]	*	QL(30 cada 30 días)	AGENTES ANTIDEMENCIA		
galantamine er 24 mg 24 hr capsule,extended release[NP]	*	QL(30 cada 30 días)	AGENTES ANTIDEMENCIA		
galantamine er 8 mg 24 hr capsule,extended release[NP]	*	QL(30 cada 30 días)	AGENTES ANTIDEMENCIA		
KISUNLA 17.5 MG/ML INTRAVENOUS SOLUTION[NP]	*		AGENTES ANTIDEMENCIA		
LEQEMBI 100 MG/ML INTRAVENOUS SOLUTION[NP]	*	PA	AGENTES ANTIDEMENCIA		
LEQEMBI IQLIK 360 MG/1.8 ML SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR[NP]	*		AGENTES ANTIDEMENCIA		
LEQEMBI IQLIK 500 MG/2.5ML(250MG/1.25ML X2) SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR[NP]	*		AGENTES ANTIDEMENCIA		
memantine 10 mg tablet	1	QL(60 cada 30 días)	AGENTES ANTIDEMENCIA		
memantine 14 mg capsule sprinkle,extended release 24hr[NP]	*	QL(30 cada 30 días)	AGENTES ANTIDEMENCIA		
memantine 2 mg/ml oral solution[NP]	*	QL(360 cada 30 días)	AGENTES ANTIDEMENCIA		
memantine 21 mg capsule sprinkle,extended release 24hr[NP]	*	QL(30 cada 30 días)	AGENTES ANTIDEMENCIA		
memantine 28 mg capsule sprinkle,extended release 24hr[NP]	*	QL(30 cada 30 días)	AGENTES ANTIDEMENCIA		
memantine 5 mg tablet	1	QL(60 cada 30 días)	AGENTES ANTIDEMENCIA		
memantine 5 mg-10 mg tablets in a dose pack[NP]	*	QL(98 cada 30 días)	AGENTES ANTIDEMENCIA		
memantine 7 mg capsule sprinkle,extended release 24hr[NP]	*	QL(30 cada 30 días)	AGENTES ANTIDEMENCIA		
memantine er 14 mg-donepezil 10 mg capsule sprinkle,ext.release 24 hr[NP]	*	QL(30 cada 30 días)	AGENTES ANTIDEMENCIA		
memantine er 21 mg-donepezil 10 mg capsule sprinkle,ext.release 24 hr[NP]	*	QL(30 cada 30 días)	AGENTES ANTIDEMENCIA		
memantine er 28 mg-donepezil 10 mg capsule sprinkle,ext.release 24 hr[NP]	*	QL(30 cada 30 días)	AGENTES ANTIDEMENCIA		
NAMZARIC 14 MG-10 MG CAPSULE SPRINKLE,EXTENDED RELEASE[NP]	*	QL(30 cada 30 días)	AGENTES ANTIDEMENCIA		
NAMZARIC 21 MG-10 MG CAPSULE SPRINKLE,EXTENDED RELEASE[NP]	*	QL(30 cada 30 días)	AGENTES ANTIDEMENCIA		
NAMZARIC 28 MG-10 MG CAPSULE SPRINKLE,EXTENDED RELEASE[NP]	*	QL(30 cada 30 días)	AGENTES ANTIDEMENCIA		
NAMZARIC 7 MG-10 MG CAPSULE SPRINKLE,EXTENDED RELEASE[NP]	*	QL(30 cada 30 días)	AGENTES ANTIDEMENCIA		
rivastigmine 1.5 mg capsule[NP]	*	QL(90 cada 30 días)	AGENTES ANTIDEMENCIA		
rivastigmine 13.3 mg/24 hour transdermal patch[NP]	*	QL(30 cada 30 días)	AGENTES ANTIDEMENCIA		

• NP – no preferido • OTC – sin receta • PA – autorización previa • QL – Límite de cantidad
• ST – Terapia por fases

Nombre del medicamento	Grupo del nivel del medica-mento	Requisitos de manejo de utilización	Nombre de la categoría terapéutica	Edad mínima	Edad máxima
rivastigmine 3 mg capsule[NP]	*	QL(90 cada 30 días)	AGENTES ANTIDEMENCIA		
rivastigmine 4.5 mg capsule[NP]	*	QL(60 cada 30 días)	AGENTES ANTIDEMENCIA		
rivastigmine 4.6 mg/24 hour transdermal patch[NP]	*	QL(30 cada 30 días)	AGENTES ANTIDEMENCIA		
rivastigmine 6 mg capsule[NP]	*	QL(60 cada 30 días)	AGENTES ANTIDEMENCIA		
rivastigmine 9.5 mg/24 hour transdermal patch[NP]	*	QL(30 cada 30 días)	AGENTES ANTIDEMENCIA		
ZUNVEYL 10 MG TABLET,DELAYED RELEASE[NP]	*	QL(60 cada 30 días)	AGENTES ANTIDEMENCIA		
ZUNVEYL 15 MG TABLET,DELAYED RELEASE[NP]	*	QL(60 cada 30 días)	AGENTES ANTIDEMENCIA		
ZUNVEYL 5 MG TABLET,DELAYED RELEASE[NP]	*	QL(60 cada 30 días)	AGENTES ANTIDEMENCIA		
baclofen 10 mg tablet	1	QL(240 cada 30 días)	AGENTES ANTIESPASTICIDAD		
baclofen 10 mg/5 ml (2 mg/ml) oral solution[NP]	*	QL(1200 cada 30 días)	AGENTES ANTIESPASTICIDAD		
baclofen 15 mg tablet	1	QL(150 cada 30 días)	AGENTES ANTIESPASTICIDAD		
baclofen 20 mg tablet	1	QL(120 cada 30 días)	AGENTES ANTIESPASTICIDAD		
baclofen 25 mg/5 ml (5 mg/ml) oral suspension	1	QL(480 cada 30 días)	AGENTES ANTIESPASTICIDAD		
baclofen 5 mg tablet	1	QL(90 cada 30 días)	AGENTES ANTIESPASTICIDAD		
baclofen 5 mg/5 ml oral solution[NP]	*	QL(2400 cada 30 días)	AGENTES ANTIESPASTICIDAD		
DANTRIUM 25 MG CAPSULE[NP]	*		AGENTES ANTIESPASTICIDAD		
dantrolene 100 mg capsule	1		AGENTES ANTIESPASTICIDAD		
dantrolene 25 mg capsule	1		AGENTES ANTIESPASTICIDAD		
dantrolene 50 mg capsule	1		AGENTES ANTIESPASTICIDAD		
FLEQSUVY 25 MG/5 ML (5 MG/ML) ORAL SUSPENSION[NP]	*	QL(480 cada 30 días)	AGENTES ANTIESPASTICIDAD		
LYVISPAH 5 MG ORAL GRANULES IN PACKET[NP]	*	QL(270 cada 30 días)	AGENTES ANTIESPASTICIDAD		
ONTRALFY 2 MG/5 ML ORAL SOLUTION[NP]	*		AGENTES ANTIESPASTICIDAD		
OZOBAX DS 10 MG/5 ML (2 MG/ML) ORAL SOLUTION[NP]	*	QL(1200 cada 30 días)	AGENTES ANTIESPASTICIDAD		
tizanidine 2 mg capsule[NP]	*		AGENTES ANTIESPASTICIDAD		
tizanidine 2 mg tablet	1		AGENTES ANTIESPASTICIDAD		

• NP – no preferido • OTC – sin receta • PA – autorización previa • QL – Límite de cantidad
• ST – Terapia por fases

Nombre del medicamento	Grupo del nivel del medica-mento	Requisitos de manejo de utilización	Nombre de la categoría terapéutica	Edad mínima	Edad máxima
tizanidine 4 mg capsule[NP]	*		AGENTES ANTIESPASTICIDAD		
tizanidine 4 mg tablet	1		AGENTES ANTIESPASTICIDAD		
tizanidine 6 mg capsule[NP]	*		AGENTES ANTIESPASTICIDAD		
tizanidine 8 mg capsule[NP]	*		AGENTES ANTIESPASTICIDAD		
ZANAFLEX 2 MG CAPSULE[NP]	*		AGENTES ANTIESPASTICIDAD		
ZANAFLEX 4 MG CAPSULE[NP]	*		AGENTES ANTIESPASTICIDAD		
ZANAFLEX 4 MG TABLET[NP]	*		AGENTES ANTIESPASTICIDAD		
ZANAFLEX 6 MG CAPSULE[NP]	*		AGENTES ANTIESPASTICIDAD		
ZANAFLEX 8 MG CAPSULE[NP]	*		AGENTES ANTIESPASTICIDAD		
allopurinol 100 mg tablet	1		AGENTES ANTIGOTA		
allopurinol 200 mg tablet	1		AGENTES ANTIGOTA		
allopurinol 300 mg tablet	1		AGENTES ANTIGOTA		
colchicine 0.6 mg capsule[NP]	*	QL(60 cada 30 dÍas)	AGENTES ANTIGOTA		
colchicine 0.6 mg tablet[NP]	*	QL(120 cada 30 dÍas)	AGENTES ANTIGOTA		
febuxostat 40 mg tablet[NP]	*	QL(30 cada 30 dÍas)	AGENTES ANTIGOTA		
febuxostat 80 mg tablet[NP]	*	QL(30 cada 30 dÍas)	AGENTES ANTIGOTA		
MITIGARE 0.6 MG CAPSULE[NP]	*	QL(60 cada 30 dÍas)	AGENTES ANTIGOTA		
probenecid 500 mg tablet	1		AGENTES ANTIGOTA		
probenecid 500 mg-colchicine 0.5 mg tablet	1		AGENTES ANTIGOTA		
ULORIC 40 MG TABLET[NP]	*	QL(30 cada 30 dÍas)	AGENTES ANTIGOTA		
ULORIC 80 MG TABLET[NP]	*	QL(30 cada 30 dÍas)	AGENTES ANTIGOTA		
pyridostigmine bromide 30 mg tablet	1		AGENTES ANTIMIASTÉNICOS		
pyridostigmine bromide 60 mg tablet	1		AGENTES ANTIMIASTÉNICOS		
pyridostigmine bromide 60 mg/5 ml oral syrup	1		AGENTES ANTIMIASTÉNICOS		
pyridostigmine bromide er 180 mg tablet,extended release	1		AGENTES ANTIMIASTÉNICOS		
VYVGART 20 MG/ML INTRAVENOUS SOLUTION[NP]	*		AGENTES ANTIMIASTÉNICOS		
VYVGART HYTRULO 1,000 MG-10,000 UNIT/5 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE[NP]	*	QL(20 cada 28 dÍas)	AGENTES ANTIMIASTÉNICOS		

• NP – no preferido • OTC – sin receta • PA – autorización previa • QL – Límite de cantidad
• ST – Terapia por fases

Nombre del medicamento	Grupo del nivel del medica-mento	Requisitos de manejo de utilización	Nombre de la categoría terapéutica	Edad mínima	Edad máxima
VYVGART HYTRULO 1,008 MG-11,200 UNIT/5.6 ML SUBCUTANEOUS SOLUTION[NP]	*	QL(22.4 cada 28 días)	AGENTES ANTIMIASTÉNICOS		
AIMOVIG AUTOINJECTOR 140 MG/ML SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR	1	PA,QL(1 cada 28 días)	AGENTES ANTIMIGRAÑOSOS		
AIMOVIG AUTOINJECTOR 70 MG/ML SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR	1	PA,QL(2 cada 28 días)	AGENTES ANTIMIGRAÑOSOS		
AJOVY 225 MG/1.5 ML SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR	1	PA,QL(1.5 cada 28 días)	AGENTES ANTIMIGRAÑOSOS		
AJOVY SYRINGE 225 MG/1.5 ML SUBCUTANEOUS	1	PA,QL(1.5 cada 28 días)	AGENTES ANTIMIGRAÑOSOS		
almotriptan malate 12.5 mg tablet[NP]	*	QL(9 cada 30 días)	AGENTES ANTIMIGRAÑOSOS		
almotriptan malate 6.25 mg tablet[NP]	*	QL(9 cada 30 días)	AGENTES ANTIMIGRAÑOSOS		
CAFERGOT 1 MG-100 MG TABLET[NP]	*		AGENTES ANTIMIGRAÑOSOS		
dihydroergotamine 0.5 mg/pump act. (4 mg/ml) nasal spray[NP]	*	QL(8 cada 30 días)	AGENTES ANTIMIGRAÑOSOS		
eletriptan 20 mg tablet[NP]	*	QL(9 cada 30 días)	AGENTES ANTIMIGRAÑOSOS		
eletriptan 40 mg tablet[NP]	*	QL(9 cada 30 días)	AGENTES ANTIMIGRAÑOSOS		
EMGALITY 120 MG/ML SUBCUTANEOUS SYRINGE	1	PA,QL(2 cada 30 días)	AGENTES ANTIMIGRAÑOSOS		
EMGALITY 300 MG/3 ML (100 MG/ML X 3) SUBCUTANEOUS SYRINGE	1	PA,QL(3 cada 30 días)	AGENTES ANTIMIGRAÑOSOS		
EMGALITY PEN 120 MG/ML SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR	1	PA,QL(2 cada 30 días)	AGENTES ANTIMIGRAÑOSOS		
ERGOMAR 2 MG SUBLINGUAL TABLET[NP]	*		AGENTES ANTIMIGRAÑOSOS		
frovatriptan 2.5 mg tablet[NP]	*	QL(12 cada 30 días)	AGENTES ANTIMIGRAÑOSOS		
IMITREX 100 MG TABLET[NP]	*	QL(9 cada 30 días)	AGENTES ANTIMIGRAÑOSOS		
IMITREX 25 MG TABLET[NP]	*	QL(9 cada 30 días)	AGENTES ANTIMIGRAÑOSOS	18	
IMITREX 50 MG TABLET[NP]	*	QL(9 cada 30 días)	AGENTES ANTIMIGRAÑOSOS	18	
IMITREX STATDOSE PEN 4 MG/0.5 ML SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR[NP]	*	QL(6 cada 30 días)	AGENTES ANTIMIGRAÑOSOS		
IMITREX STATDOSE PEN 6 MG/0.5 ML SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR[NP]	*	QL(6 cada 30 días)	AGENTES ANTIMIGRAÑOSOS		
IMITREX STATDOSE REFILL 4 MG/0.5 ML SUBCUTANEOUS CARTRIDGE[NP]	*	QL(6 cada 30 días)	AGENTES ANTIMIGRAÑOSOS		
IMITREX STATDOSE REFILL 6 MG/0.5 ML SUBCUTANEOUS CARTRIDGE[NP]	*	QL(6 cada 30 días)	AGENTES ANTIMIGRAÑOSOS	18	
MAXALT 10 MG TABLET[NP]	*	QL(12 cada 30 días)	AGENTES ANTIMIGRAÑOSOS		
MAXALT-MLT 10 MG DISINTEGRATING TABLET[NP]	*	QL(12 cada 30 días)	AGENTES ANTIMIGRAÑOSOS		

• NP – no preferido • OTC – sin receta • PA – autorización previa • QL – Límite de cantidad
• ST – Terapia por fases

Nombre del medicamento	Grupo del nivel del medica-mento	Requisitos de manejo de utilización	Nombre de la categoría terapéutica	Edad mínima	Edad máxima
migergot 2 mg-100 mg rectal suppository	1		AGENTES ANTIMIGRAÑOSOS	18	
naratriptan 1 mg tablet[NP]	*	QL(9 cada 30 días)	AGENTES ANTIMIGRAÑOSOS	18	
naratriptan 2.5 mg tablet[NP]	*	QL(9 cada 30 días)	AGENTES ANTIMIGRAÑOSOS		
NURTEC ODT 75 MG DISINTEGRATING TABLET	1	PA,QL(18 cada 30 días)	AGENTES ANTIMIGRAÑOSOS		
QULIPTA 10 MG TABLET	1	PA,QL(30 cada 30 días)	AGENTES ANTIMIGRAÑOSOS		
QULIPTA 30 MG TABLET	1	PA,QL(30 cada 30 días)	AGENTES ANTIMIGRAÑOSOS		
QULIPTA 60 MG TABLET	1	PA,QL(30 cada 30 días)	AGENTES ANTIMIGRAÑOSOS		
RELPAX 20 MG TABLET[NP]	*	QL(9 cada 30 días)	AGENTES ANTIMIGRAÑOSOS		
RELPAX 40 MG TABLET[NP]	*	QL(9 cada 30 días)	AGENTES ANTIMIGRAÑOSOS		
REYVOW 100 MG TABLET[NP]	*	QL(8 cada 30 días)	AGENTES ANTIMIGRAÑOSOS		
REYVOW 50 MG TABLET[NP]	*	QL(4 cada 30 días)	AGENTES ANTIMIGRAÑOSOS		
rizatriptan 10 mg disintegrating tablet	1	QL(12 cada 30 días)	AGENTES ANTIMIGRAÑOSOS		
rizatriptan 10 mg tablet	1	QL(12 cada 30 días)	AGENTES ANTIMIGRAÑOSOS		
rizatriptan 5 mg disintegrating tablet	1	QL(12 cada 30 días)	AGENTES ANTIMIGRAÑOSOS		
rizatriptan 5 mg tablet	1	QL(12 cada 30 días)	AGENTES ANTIMIGRAÑOSOS		
sumatriptan 100 mg tablet	1	QL(9 cada 30 días)	AGENTES ANTIMIGRAÑOSOS		
sumatriptan 20 mg/actuation nasal spray	1	QL(12 cada 30 días)	AGENTES ANTIMIGRAÑOSOS		
sumatriptan 25 mg tablet	1	QL(9 cada 30 días)	AGENTES ANTIMIGRAÑOSOS		
sumatriptan 5 mg/actuation nasal spray	1	QL(12 cada 30 días)	AGENTES ANTIMIGRAÑOSOS		
sumatriptan 50 mg tablet	1	QL(9 cada 30 días)	AGENTES ANTIMIGRAÑOSOS		
sumatriptan 6 mg/0.5 ml subcutaneous pen injector	1	QL(6 cada 30 días)	AGENTES ANTIMIGRAÑOSOS		
sumatriptan 6 mg/0.5 ml subcutaneous solution	1	QL(6 cada 30 días)	AGENTES ANTIMIGRAÑOSOS		
sumatriptan 85 mg-naproxen 500 mg tablet[NP]	*	QL(18 cada 30 días)	AGENTES ANTIMIGRAÑOSOS		
SYMBRAVO 10 MG-20 MG TABLET[NP]	*	QL(9 cada 30 días)	AGENTES ANTIMIGRAÑOSOS		
TOSYMRA 10 MG/ACTUATION NASAL SPRAY[NP]	*	QL(12 cada 30 días)	AGENTES ANTIMIGRAÑOSOS		

• NP – no preferido • OTC – sin receta • PA – autorización previa • QL – Límite de cantidad
• ST – Terapia por fases

Nombre del medicamento	Grupo del nivel del medica-mento	Requisitos de manejo de utilización	Nombre de la categoría terapéutica	Edad mínima	Edad máxima
UBRELVY 100 MG TABLET	1	PA,QL(16 cada 30 días)	AGENTES ANTIMIGRAÑOSOS		
UBRELVY 50 MG TABLET	1	PA,QL(16 cada 30 días)	AGENTES ANTIMIGRAÑOSOS		
VYEPTI 100 MG/ML INTRAVENOUS SOLUTION	1	PA,QL(3 cada 90 días)	AGENTES ANTIMIGRAÑOSOS		
ZAVZPRET 10 MG/ACTUATION NASAL SPRAY	1	PA,QL(8 cada 30 días)	AGENTES ANTIMIGRAÑOSOS		
ZEMBRACE SYMTOUCH 3 MG/0.5 ML SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR[NP]	*	QL(6 cada 30 días)	AGENTES ANTIMIGRAÑOSOS		
zolmitriptan 2.5 mg disintegrating tablet[NP]	*	QL(9 cada 30 días)	AGENTES ANTIMIGRAÑOSOS		
zolmitriptan 2.5 mg nasal spray[NP]	*	QL(12 cada 30 días)	AGENTES ANTIMIGRAÑOSOS		
zolmitriptan 2.5 mg tablet[NP]	*	QL(9 cada 30 días)	AGENTES ANTIMIGRAÑOSOS		
zolmitriptan 5 mg disintegrating tablet[NP]	*	QL(6 cada 30 días)	AGENTES ANTIMIGRAÑOSOS		
zolmitriptan 5 mg nasal spray[NP]	*	QL(12 cada 30 días)	AGENTES ANTIMIGRAÑOSOS		
zolmitriptan 5 mg tablet[NP]	*	QL(6 cada 30 días)	AGENTES ANTIMIGRAÑOSOS		
ZOMIG 2.5 MG NASAL SPRAY[NP]	*	QL(12 cada 30 días)	AGENTES ANTIMIGRAÑOSOS		
zomig 2.5 mg tablet[NP]	*	QL(9 cada 30 días)	AGENTES ANTIMIGRAÑOSOS		
ZOMIG 5 MG NASAL SPRAY[NP]	*	QL(12 cada 30 días)	AGENTES ANTIMIGRAÑOSOS		
zomig 5 mg tablet[NP]	*	QL(6 cada 30 días)	AGENTES ANTIMIGRAÑOSOS		
amantadine hcl 100 mg capsule	1		AGENTES ANTIPARKINSON		
amantadine hcl 100 mg tablet	1		AGENTES ANTIPARKINSON		
amantadine hcl 50 mg/5 ml oral solution	1		AGENTES ANTIPARKINSON		
APOKYN 10 MG/ML SUBCUTANEOUS CARTRIDGE[NP]	*	QL(84 cada 28 días)	AGENTES ANTIPARKINSON		
apomorphine 10 mg/ml subcutaneous cartridge[NP]	*	QL(84 cada 28 días)	AGENTES ANTIPARKINSON		
AZILECT 0.5 MG TABLET[NP]	*		AGENTES ANTIPARKINSON		
AZILECT 1 MG TABLET[NP]	*		AGENTES ANTIPARKINSON		
benztropine 0.5 mg tablet	1		AGENTES ANTIPARKINSON		
benztropine 1 mg tablet	1		AGENTES ANTIPARKINSON		
benztropine 2 mg tablet	1		AGENTES ANTIPARKINSON		
bromocriptine 2.5 mg tablet	1		AGENTES ANTIPARKINSON		
bromocriptine 5 mg capsule	1		AGENTES ANTIPARKINSON		
carbidopa 10 mg-levodopa 100 mg disintegrating tablet[NP]	*		AGENTES ANTIPARKINSON		
carbidopa 10 mg-levodopa 100 mg tablet	1		AGENTES ANTIPARKINSON		
carbidopa 12.5 mg-levodopa 50 mg-entacapone 200 mg tablet[NP]	*		AGENTES ANTIPARKINSON		

• NP – no preferido • OTC – sin receta • PA – autorización previa • QL – Límite de cantidad
• ST – Terapia por fases

Nombre del medicamento	Grupo del nivel del medica-mento	Requisitos de manejo de utilización	Nombre de la categoría terapéutica	Edad mínima	Edad máxima
carbidopa 18.75 mg-levodopa 75 mg-entacapone 200 mg tablet[NP]	*		AGENTES ANTIPARKINSON		
carbidopa 25 mg tablet	1		AGENTES ANTIPARKINSON		
carbidopa 25 mg-levodopa 100 mg disintegrating tablet[NP]	*		AGENTES ANTIPARKINSON		
carbidopa 25 mg-levodopa 100 mg tablet	1		AGENTES ANTIPARKINSON		
carbidopa 25 mg-levodopa 100 mg-entacapone 200 mg tablet[NP]	*		AGENTES ANTIPARKINSON		
carbidopa 25 mg-levodopa 250 mg disintegrating tablet[NP]	*		AGENTES ANTIPARKINSON		
carbidopa 25 mg-levodopa 250 mg tablet	1		AGENTES ANTIPARKINSON		
carbidopa 31.25 mg-levodopa 125 mg-entacapone 200 mg tablet[NP]	*		AGENTES ANTIPARKINSON		
carbidopa 37.5 mg-levodopa 150 mg-entacapone 200 mg tablet[NP]	*		AGENTES ANTIPARKINSON		
carbidopa 50 mg-levodopa 200 mg-entacapone 200 mg tablet[NP]	*		AGENTES ANTIPARKINSON		
carbidopa er 23.75 mg-levodopa 95 mg capsule,extended release[NP]	*	QL(360 cada 30 días)	AGENTES ANTIPARKINSON		
carbidopa er 25 mg-levodopa 100 mg tablet,extended release	1		AGENTES ANTIPARKINSON		
carbidopa er 36.25 mg-levodopa 145 mg capsule,extended release[NP]	*	QL(270 cada 30 días)	AGENTES ANTIPARKINSON		
carbidopa er 48.75 mg-levodopa 195 mg capsule,extended release[NP]	*	QL(360 cada 30 días)	AGENTES ANTIPARKINSON		
carbidopa er 50 mg-levodopa 200 mg tablet,extended release	1		AGENTES ANTIPARKINSON		
carbidopa er 61.25 mg-levodopa 245 mg capsule,extended release[NP]	*	QL(300 cada 30 días)	AGENTES ANTIPARKINSON		
CREXONT 35 MG-140 MG CAPSULE, EXTENDED RELEASE[NP]	*	QL(180 cada 30 días)	AGENTES ANTIPARKINSON		
CREXONT 52.5 MG-210 MG CAPSULE, EXTENDED RELEASE[NP]	*	QL(180 cada 30 días)	AGENTES ANTIPARKINSON		
CREXONT 70 MG-280 MG CAPSULE, EXTENDED RELEASE[NP]	*	QL(180 cada 30 días)	AGENTES ANTIPARKINSON		
CREXONT 87.5 MG-350 MG CAPSULE, EXTENDED RELEASE[NP]	*	QL(180 cada 30 días)	AGENTES ANTIPARKINSON		
DHIVY 25 MG-100 MG TABLET[NP]	*		AGENTES ANTIPARKINSON		
entacapone 200 mg tablet	1	QL(300 cada 30 días)	AGENTES ANTIPARKINSON		
GOCOVRI 137 MG CAPSULE,EXTENDED RELEASE[NP]	*	QL(60 cada 30 días)	AGENTES ANTIPARKINSON	18	
GOCOVRI 68.5 MG CAPSULE,EXTENDED RELEASE[NP]	*	QL(30 cada 30 días)	AGENTES ANTIPARKINSON		
INBRIJA 42 MG CAPSULE WITH INHALATION DEVICE[NP]	*	QL(300 cada 30 días)	AGENTES ANTIPARKINSON		
NEUPRO 1 MG/24 HOUR TRANSDERMAL 24 HOUR PATCH[NP]	*	QL(30 cada 30 días)	AGENTES ANTIPARKINSON		

• NP – no preferido • OTC – sin receta • PA – autorización previa • QL – Límite de cantidad
• ST – Terapia por fases

Nombre del medicamento	Grupo del nivel del medica-mento	Requisitos de manejo de utilización	Nombre de la categoría terapéutica	Edad mínima	Edad máxima
NEUPRO 2 MG/24 HOUR TRANSDERMAL 24 HOUR PATCH[NP]	*	QL(30 cada 30 días)	AGENTES ANTIPARKINSON		
NEUPRO 3 MG/24 HOUR TRANSDERMAL 24 HOUR PATCH[NP]	*	QL(30 cada 30 días)	AGENTES ANTIPARKINSON		
NEUPRO 4 MG/24 HOUR TRANSDERMAL 24 HOUR PATCH[NP]	*	QL(30 cada 30 días)	AGENTES ANTIPARKINSON	18	
NEUPRO 6 MG/24 HOUR TRANSDERMAL 24 HOUR PATCH[NP]	*	QL(30 cada 30 días)	AGENTES ANTIPARKINSON	18	
NEUPRO 8 MG/24 HOUR TRANSDERMAL 24 HOUR PATCH[NP]	*	QL(30 cada 30 días)	AGENTES ANTIPARKINSON		
NOURIANZ 20 MG TABLET[NP]	*	QL(30 cada 30 días)	AGENTES ANTIPARKINSON		
NOURIANZ 40 MG TABLET[NP]	*	QL(30 cada 30 días)	AGENTES ANTIPARKINSON		
ONAPGO 4.9 MG/ML SUBCUTANEOUS CARTRIDGE[NP]	*	QL(600 cada 30 días)	AGENTES ANTIPARKINSON		
ONGENTYS 25 MG CAPSULE[NP]	*	QL(30 cada 30 días)	AGENTES ANTIPARKINSON		
ONGENTYS 50 MG CAPSULE[NP]	*	QL(30 cada 30 días)	AGENTES ANTIPARKINSON		
pramipexole 0.125 mg tablet	1		AGENTES ANTIPARKINSON		
pramipexole 0.25 mg tablet	1		AGENTES ANTIPARKINSON		
pramipexole 0.5 mg tablet	1		AGENTES ANTIPARKINSON		
pramipexole 0.75 mg tablet	1		AGENTES ANTIPARKINSON	18	
pramipexole 1 mg tablet	1		AGENTES ANTIPARKINSON		
pramipexole 1.5 mg tablet	1		AGENTES ANTIPARKINSON		
pramipexole er 0.375 mg tablet,extended release 24 hr[NP]	*	QL(30 cada 30 días)	AGENTES ANTIPARKINSON		
pramipexole er 0.75 mg tablet,extended release 24 hr[NP]	*	QL(30 cada 30 días)	AGENTES ANTIPARKINSON		
pramipexole er 1.5 mg tablet,extended release 24 hr[NP]	*	QL(30 cada 30 días)	AGENTES ANTIPARKINSON		
pramipexole er 2.25 mg tablet,extended release 24 hr[NP]	*	QL(30 cada 30 días)	AGENTES ANTIPARKINSON		
pramipexole er 3 mg tablet,extended release 24 hr[NP]	*	QL(30 cada 30 días)	AGENTES ANTIPARKINSON		
pramipexole er 3.75 mg tablet,extended release 24 hr[NP]	*	QL(30 cada 30 días)	AGENTES ANTIPARKINSON		
pramipexole er 4.5 mg tablet,extended release 24 hr[NP]	*	QL(30 cada 30 días)	AGENTES ANTIPARKINSON		
rasagiline 0.5 mg tablet[NP]	*		AGENTES ANTIPARKINSON		
rasagiline 1 mg tablet[NP]	*		AGENTES ANTIPARKINSON		
ropinirole 0.25 mg tablet	1	QL(180 cada 30 días)	AGENTES ANTIPARKINSON	18	
ropinirole 0.5 mg tablet	1	QL(90 cada 30 días)	AGENTES ANTIPARKINSON		
ropinirole 1 mg tablet	1	QL(90 cada 30 días)	AGENTES ANTIPARKINSON		
ropinirole 2 mg tablet	1	QL(90 cada 30 días)	AGENTES ANTIPARKINSON		

• NP – no preferido • OTC – sin receta • PA – autorización previa • QL – Límite de cantidad
• ST – Terapia por fases

Nombre del medicamento	Grupo del nivel del medica-mento	Requisitos de manejo de utilización	Nombre de la categoría terapéutica	Edad mínima	Edad máxima
ropinirole 3 mg tablet	1	QL(180 cada 30 días)	AGENTES ANTIPARKINSON	18	
ropinirole 4 mg tablet	1	QL(180 cada 30 días)	AGENTES ANTIPARKINSON		
ropinirole 5 mg tablet	1	QL(120 cada 30 días)	AGENTES ANTIPARKINSON		
ropinirole er 12 mg tablet,extended release 24 hr[NP]	*	QL(60 cada 30 días)	AGENTES ANTIPARKINSON		
ropinirole er 2 mg tablet,extended release 24 hr[NP]	*	QL(90 cada 30 días)	AGENTES ANTIPARKINSON		
ropinirole er 4 mg tablet,extended release 24 hr[NP]	*	QL(90 cada 30 días)	AGENTES ANTIPARKINSON		
ropinirole er 6 mg tablet,extended release 24 hr[NP]	*	QL(90 cada 30 días)	AGENTES ANTIPARKINSON		
ropinirole er 8 mg tablet,extended release 24 hr[NP]	*	QL(90 cada 30 días)	AGENTES ANTIPARKINSON		
RYTARY 23.75 MG-95 MG CAPSULE,EXTENDED RELEASE[NP]	*	QL(360 cada 30 días)	AGENTES ANTIPARKINSON		
RYTARY 36.25 MG-145 MG CAPSULE,EXTENDED RELEASE[NP]	*	QL(270 cada 30 días)	AGENTES ANTIPARKINSON		
RYTARY 48.75 MG-195 MG CAPSULE,EXTENDED RELEASE[NP]	*	QL(360 cada 30 días)	AGENTES ANTIPARKINSON	18	
RYTARY 61.25 MG-245 MG CAPSULE,EXTENDED RELEASE[NP]	*	QL(300 cada 30 días)	AGENTES ANTIPARKINSON	18	
selegiline 5 mg capsule	1		AGENTES ANTIPARKINSON		
selegiline 5 mg tablet	1		AGENTES ANTIPARKINSON		
SINEMET 10 MG-100 MG TABLET[NP]	*		AGENTES ANTIPARKINSON		
SINEMET 25 MG-100 MG TABLET[NP]	*		AGENTES ANTIPARKINSON		
trihexyphenidyl 0.4 mg/ml oral elixir	1		AGENTES ANTIPARKINSON	18	
trihexyphenidyl 2 mg tablet	1		AGENTES ANTIPARKINSON		
trihexyphenidyl 5 mg tablet	1		AGENTES ANTIPARKINSON		
VYALEV 12 MG-240 MG/ML CONTINUOUS SUBCUTANEOUS INFUSION SOLUTION[NP]	*		AGENTES ANTIPARKINSON	18	
XADAGO 100 MG TABLET[NP]	*	QL(30 cada 30 días)	AGENTES ANTIPARKINSON		
XADAGO 50 MG TABLET[NP]	*	QL(30 cada 30 días)	AGENTES ANTIPARKINSON	18	
acebutolol 200 mg capsule	1		AGENTES CARDIOVASCULARES		
acebutolol 400 mg capsule	1		AGENTES CARDIOVASCULARES		
acetazolamide 125 mg tablet	1	QL(120 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES		
acetazolamide 250 mg tablet	1	QL(120 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES		
acetazolamide er 500 mg capsule,extended release	1	QL(60 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES		
ALDACTONE 100 MG TABLET[NP]	*		AGENTES CARDIOVASCULARES		
ALDACTONE 25 MG TABLET[NP]	*		AGENTES CARDIOVASCULARES	18	

• NP – no preferido • OTC – sin receta • PA – autorización previa • QL – Límite de cantidad
• ST – Terapia por fases

Nombre del medicamento	Grupo del nivel del medica-mento	Requisitos de manejo de utilización	Nombre de la categoría terapéutica	Edad mínima	Edad máxima
ALDACTONE 50 MG TABLET[NP]	*		AGENTES CARDIOVASCULARES	18	
aliskiren 150 mg tablet[NP]	*	QL(30 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES		
aliskiren 300 mg tablet[NP]	*	QL(30 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES		
ALTOPREV 20 MG TABLET,EXTENDED RELEASE[NP]	*	QL(30 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES		
ALTOPREV 40 MG TABLET,EXTENDED RELEASE[NP]	*	QL(30 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES		
ALTOPREV 60 MG TABLET,EXTENDED RELEASE[NP]	*	QL(30 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES		
amiloride 5 mg tablet	1		AGENTES CARDIOVASCULARES		
amiloride 5 mg-hydrochlorothiazide 50 mg tablet	1		AGENTES CARDIOVASCULARES		
amiodarone 100 mg tablet	1		AGENTES CARDIOVASCULARES		
amiodarone 200 mg tablet	1		AGENTES CARDIOVASCULARES		
amiodarone 400 mg tablet	1		AGENTES CARDIOVASCULARES		
amlodipine 10 mg tablet	1	QL(30 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES		
amlodipine 10 mg-atorvastatin 10 mg tablet[NP]	*	QL(30 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES		
amlodipine 10 mg-atorvastatin 20 mg tablet[NP]	*	QL(30 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES	18	
amlodipine 10 mg-atorvastatin 40 mg tablet[NP]	*	QL(30 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES		
amlodipine 10 mg-atorvastatin 80 mg tablet[NP]	*	QL(30 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES	18	
amlodipine 10 mg-benazepril 20 mg capsule	1	QL(30 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES		
amlodipine 10 mg-benazepril 40 mg capsule	1	QL(30 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES	18	
amlodipine 10 mg-olmesartan 20 mg tablet	1	QL(30 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES		
amlodipine 10 mg-olmesartan 40 mg tablet	1	QL(30 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES	18	
amlodipine 10 mg-valsartan 160 mg tablet	1	QL(30 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES		
amlodipine 10 mg-valsartan 160 mg-hydrochlorothiazide 12.5 mg tablet	1	QL(30 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES		
amlodipine 10 mg-valsartan 160 mg-hydrochlorothiazide 25 mg tablet	1	QL(30 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES	18	
amlodipine 10 mg-valsartan 320 mg tablet	1	QL(30 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES		
amlodipine 10 mg-valsartan 320 mg-hydrochlorothiazide 25 mg tablet	1	QL(30 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES		

• NP – no preferido • OTC – sin receta • PA – autorización previa • QL – Límite de cantidad
• ST – Terapia por fases

Nombre del medicamento	Grupo del nivel del medica-mento	Requisitos de manejo de utilización	Nombre de la categoría terapéutica	Edad mínima	Edad máxima
amlodipine 2.5 mg tablet	1	QL(30 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES		
amlodipine 2.5 mg-atorvastatin 10 mg tablet[NP]	*	QL(30 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES	18	
amlodipine 2.5 mg-atorvastatin 20 mg tablet[NP]	*	QL(30 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES		
amlodipine 2.5 mg-atorvastatin 40 mg tablet[NP]	*	QL(30 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES		
amlodipine 2.5 mg-benazepril 10 mg capsule	1	QL(60 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES		
amlodipine 5 mg tablet	1	QL(30 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES		
amlodipine 5 mg-atorvastatin 10 mg tablet[NP]	*	QL(30 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES		
amlodipine 5 mg-atorvastatin 20 mg tablet[NP]	*	QL(30 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES		
amlodipine 5 mg-atorvastatin 40 mg tablet[NP]	*	QL(30 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES		
amlodipine 5 mg-atorvastatin 80 mg tablet[NP]	*	QL(30 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES		
amlodipine 5 mg-benazepril 10 mg capsule	1	QL(60 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES		
amlodipine 5 mg-benazepril 20 mg capsule	1	QL(60 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES	18	
amlodipine 5 mg-benazepril 40 mg capsule	1	QL(30 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES		
amlodipine 5 mg-olmesartan 20 mg tablet	1	QL(30 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES		
amlodipine 5 mg-olmesartan 40 mg tablet	1	QL(30 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES		
amlodipine 5 mg-valsartan 160 mg tablet	1	QL(30 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES		
amlodipine 5 mg-valsartan 160 mg-hydrochlorothiazide 12.5 mg tablet	1	QL(30 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES	18	
amlodipine 5 mg-valsartan 160 mg-hydrochlorothiazide 25 mg tablet	1	QL(30 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES		
amlodipine 5 mg-valsartan 320 mg tablet	1	QL(30 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES		
ARBLI 10 MG/ML ORAL SUSPENSION[NP]	*	QL(300 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES		
ATACAND 16 MG TABLET[NP]	*	QL(60 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES		
ATACAND 32 MG TABLET[NP]	*	QL(30 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES		
ATACAND 4 MG TABLET[NP]	*	QL(60 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES		
ATACAND 8 MG TABLET[NP]	*	QL(60 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES		
ATACAND HCT 16 MG-12.5 MG TABLET[NP]	*	QL(30 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES		

• NP – no preferido • OTC – sin receta • PA – autorización previa • QL – Límite de cantidad
• ST – Terapia por fases

Nombre del medicamento	Grupo del nivel del medica-mento	Requisitos de manejo de utilización	Nombre de la categoría terapéutica	Edad mínima	Edad máxima
ATACAND HCT 32 MG-12.5 MG TABLET[NP]	*	QL(30 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES		
ATACAND HCT 32 MG-25 MG TABLET[NP]	*	QL(30 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES		
atenolol 100 mg tablet	1		AGENTES CARDIOVASCULARES		
atenolol 100 mg-chlorthalidone 25 mg tablet	1		AGENTES CARDIOVASCULARES		
atenolol 25 mg tablet	1		AGENTES CARDIOVASCULARES		
atenolol 50 mg tablet	1		AGENTES CARDIOVASCULARES		
atenolol 50 mg-chlorthalidone 25 mg tablet	1		AGENTES CARDIOVASCULARES		
ATORVALIQ 20 MG/5 ML (4 MG/ML) ORAL SUSPENSION[NP]	*	QL(600 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES		
atorvastatin 10 mg tablet	1		AGENTES CARDIOVASCULARES		
atorvastatin 20 mg tablet	1		AGENTES CARDIOVASCULARES		
atorvastatin 40 mg tablet	1		AGENTES CARDIOVASCULARES		
atorvastatin 80 mg tablet	1		AGENTES CARDIOVASCULARES		
AVALIDE 150 MG-12.5 MG TABLET[NP]	*	QL(60 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES		
AVALIDE 300 MG-12.5 MG TABLET[NP]	*	QL(30 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES		
AVAPRO 150 MG TABLET[NP]	*	QL(30 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES		
AVAPRO 300 MG TABLET[NP]	*	QL(30 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES		
azilsartan medoxomil 40 mg tablet[NP]	*	QL(30 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES		
azilsartan medoxomil 80 mg tablet[NP]	*	QL(30 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES		
AZOR 10 MG-20 MG TABLET[NP]	*	QL(30 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES		
AZOR 10 MG-40 MG TABLET[NP]	*	QL(30 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES		
AZOR 5 MG-20 MG TABLET[NP]	*	QL(30 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES		
AZOR 5 MG-40 MG TABLET[NP]	*	QL(30 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES		
BAXFENDY 1 MG TABLET[NP]	*	QL(30 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES		
BAXFENDY 2 MG TABLET[NP]	*	QL(30 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES		
benazepril 10 mg tablet	1		AGENTES CARDIOVASCULARES		

• NP – no preferido • OTC – sin receta • PA – autorización previa • QL – Límite de cantidad
• ST – Terapia por fases

Nombre del medicamento	Grupo del nivel del medica-mento	Requisitos de manejo de utilización	Nombre de la categoría terapéutica	Edad mínima	Edad máxima
benazepril 10 mg-hydrochlorothiazide 12.5 mg tablet	1		AGENTES CARDIOVASCULARES		
benazepril 20 mg tablet	1		AGENTES CARDIOVASCULARES		
benazepril 20 mg-hydrochlorothiazide 12.5 mg tablet	1		AGENTES CARDIOVASCULARES		
benazepril 20 mg-hydrochlorothiazide 25 mg tablet	1		AGENTES CARDIOVASCULARES		
benazepril 40 mg tablet	1		AGENTES CARDIOVASCULARES		
benazepril 5 mg tablet	1		AGENTES CARDIOVASCULARES		
benazepril 5 mg-hydrochlorothiazide 6.25 mg tablet	1		AGENTES CARDIOVASCULARES		
BENICAR 20 MG TABLET[NP]	*	QL(30 cada 30 dÍas)	AGENTES CARDIOVASCULARES		
BENICAR 40 MG TABLET[NP]	*	QL(30 cada 30 dÍas)	AGENTES CARDIOVASCULARES		
BENICAR 5 MG TABLET[NP]	*	QL(60 cada 30 dÍas)	AGENTES CARDIOVASCULARES		
BENICAR HCT 20 MG-12.5 MG TABLET[NP]	*	QL(30 cada 30 dÍas)	AGENTES CARDIOVASCULARES		
BENICAR HCT 40 MG-12.5 MG TABLET[NP]	*	QL(30 cada 30 dÍas)	AGENTES CARDIOVASCULARES		
BENICAR HCT 40 MG-25 MG TABLET[NP]	*	QL(30 cada 30 dÍas)	AGENTES CARDIOVASCULARES		
BETAPACE 120 MG TABLET[NP]	*		AGENTES CARDIOVASCULARES		
BETAPACE 160 MG TABLET[NP]	*		AGENTES CARDIOVASCULARES		
BETAPACE 80 MG TABLET[NP]	*		AGENTES CARDIOVASCULARES		
BETAPACE AF 120 MG TABLET[NP]	*		AGENTES CARDIOVASCULARES		
BETAPACE AF 160 MG TABLET[NP]	*		AGENTES CARDIOVASCULARES		
BETAPACE AF 80 MG TABLET[NP]	*		AGENTES CARDIOVASCULARES		
betaxolol 10 mg tablet	1		AGENTES CARDIOVASCULARES		
betaxolol 20 mg tablet	1		AGENTES CARDIOVASCULARES		
BIDIL 20 MG-37.5 MG TABLET	1	QL(180 cada 30 dÍas)	AGENTES CARDIOVASCULARES		
bisoprolol 10 mg-hydrochlorothiazide 6.25 mg tablet	1		AGENTES CARDIOVASCULARES		
bisoprolol 2.5 mg-hydrochlorothiazide 6.25 mg tablet	1		AGENTES CARDIOVASCULARES		
bisoprolol 5 mg-hydrochlorothiazide 6.25 mg tablet	1		AGENTES CARDIOVASCULARES		

• NP – no preferido • OTC – sin receta • PA – autorización previa • QL – Límite de cantidad
• ST – Terapia por fases

Nombre del medicamento	Grupo del nivel del medica-mento	Requisitos de manejo de utilización	Nombre de la categoría terapéutica	Edad mínima	Edad máxima
bisoprolol fumarate 10 mg tablet	1		AGENTES CARDIOVASCULARES		
bisoprolol fumarate 2.5 mg tablet	1		AGENTES CARDIOVASCULARES		
bisoprolol fumarate 5 mg tablet	1		AGENTES CARDIOVASCULARES		
bumetanide 0.5 mg tablet	1		AGENTES CARDIOVASCULARES		
bumetanide 1 mg tablet	1		AGENTES CARDIOVASCULARES		
bumetanide 2 mg tablet	1		AGENTES CARDIOVASCULARES		
BYSTOLIC 10 MG TABLET[NP]	*	QL(120 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES		
BYSTOLIC 2.5 MG TABLET[NP]	*	QL(30 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES		
BYSTOLIC 20 MG TABLET[NP]	*	QL(60 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES		
BYSTOLIC 5 MG TABLET[NP]	*	QL(30 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES		
CADUET 10 MG-10 MG TABLET[NP]	*	QL(30 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES		
CADUET 10 MG-20 MG TABLET[NP]	*	QL(30 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES		
CADUET 10 MG-40 MG TABLET[NP]	*	QL(30 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES		
CADUET 10 MG-80 MG TABLET[NP]	*	QL(30 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES		
CADUET 5 MG-10 MG TABLET[NP]	*	QL(30 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES		
CADUET 5 MG-20 MG TABLET[NP]	*	QL(30 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES		
CADUET 5 MG-40 MG TABLET[NP]	*	QL(30 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES		
CADUET 5 MG-80 MG TABLET[NP]	*	QL(30 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES		
CAMZYOS 10 MG CAPSULE[NP]	*	QL(30 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES		
CAMZYOS 15 MG CAPSULE[NP]	*	QL(30 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES		
CAMZYOS 2.5 MG CAPSULE[NP]	*	QL(30 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES		
CAMZYOS 5 MG CAPSULE[NP]	*	QL(30 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES		
candesartan 16 mg tablet[NP]	*	QL(60 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES		
candesartan 16 mg-hydrochlorothiazide 12.5 mg tablet	1	QL(30 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES		
candesartan 32 mg tablet[NP]	*	QL(30 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES		

• NP – no preferido • OTC – sin receta • PA – autorización previa • QL – Límite de cantidad
• ST – Terapia por fases

Nombre del medicamento	Grupo del nivel del medica-mento	Requisitos de manejo de utilización	Nombre de la categoría terapéutica	Edad mínima	Edad máxima
candesartan 32 mg-hydrochlorothiazide 12.5 mg tablet	1	QL(30 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES		
candesartan 32 mg-hydrochlorothiazide 25 mg tablet	1	QL(30 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES		
candesartan 4 mg tablet[NP]	*	QL(60 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES		
candesartan 8 mg tablet[NP]	*	QL(60 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES		
captopril 100 mg tablet	1		AGENTES CARDIOVASCULARES		
captopril 12.5 mg tablet	1		AGENTES CARDIOVASCULARES		
captopril 25 mg tablet	1		AGENTES CARDIOVASCULARES		
captopril 25 mg-hydrochlorothiazide 15 mg tablet	1		AGENTES CARDIOVASCULARES		
captopril 25 mg-hydrochlorothiazide 25 mg tablet	1		AGENTES CARDIOVASCULARES		
captopril 50 mg tablet	1		AGENTES CARDIOVASCULARES		
captopril 50 mg-hydrochlorothiazide 15 mg tablet	1		AGENTES CARDIOVASCULARES		
captopril 50 mg-hydrochlorothiazide 25 mg tablet	1		AGENTES CARDIOVASCULARES		
CARDAMYST 70 MG/2 SPRAY NASAL SPRAY[NP]	*		AGENTES CARDIOVASCULARES		
CARDURA 1 MG TABLET[NP]	*		AGENTES CARDIOVASCULARES		
CARDURA 2 MG TABLET[NP]	*		AGENTES CARDIOVASCULARES		
CARDURA 4 MG TABLET[NP]	*		AGENTES CARDIOVASCULARES		
CARDURA 8 MG TABLET[NP]	*		AGENTES CARDIOVASCULARES		
CARDURA XL 4 MG TABLET,EXTENDED RELEASE[NP]	*	QL(30 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES		
CARDURA XL 8 MG TABLET,EXTENDED RELEASE[NP]	*	QL(30 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES		
CAROSPIR 25 MG/5 ML ORAL SUSPENSION[NP]	*	QL(450 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES		
cartia xt 120 mg capsule,extended release	1	QL(60 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES		
cartia xt 180 mg capsule,extended release	1	QL(60 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES		
cartia xt 240 mg capsule,extended release	1	QL(60 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES		
cartia xt 300 mg capsule,extended release	1	QL(30 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES		
carvedilol 12.5 mg tablet	1		AGENTES CARDIOVASCULARES		

• NP – no preferido • OTC – sin receta • PA – autorización previa • QL – Límite de cantidad
• ST – Terapia por fases

Nombre del medicamento	Grupo del nivel del medica-mento	Requisitos de manejo de utilización	Nombre de la categoría terapéutica	Edad mínima	Edad máxima
carvedilol 25 mg tablet	1		AGENTES CARDIOVASCULARES		
carvedilol 3.125 mg tablet	1		AGENTES CARDIOVASCULARES		
carvedilol 6.25 mg tablet	1		AGENTES CARDIOVASCULARES		
carvedilol phosphate er 10 mg capsule,ext.release24hr multiphase[NP]	*	QL(30 cada 30 dÍas)	AGENTES CARDIOVASCULARES		
carvedilol phosphate er 20 mg capsule,ext.release24hr multiphase[NP]	*	QL(30 cada 30 dÍas)	AGENTES CARDIOVASCULARES		
carvedilol phosphate er 40 mg capsule,ext.release24hr multiphase[NP]	*	QL(30 cada 30 dÍas)	AGENTES CARDIOVASCULARES		
carvedilol phosphate er 80 mg capsule,ext.release24hr multiphase[NP]	*	QL(30 cada 30 dÍas)	AGENTES CARDIOVASCULARES		
chlorthalidone 25 mg tablet	1		AGENTES CARDIOVASCULARES		
chlorthalidone 50 mg tablet	1		AGENTES CARDIOVASCULARES		
cholestyramine (with sugar) 4 gram oral powder	1		AGENTES CARDIOVASCULARES		
cholestyramine (with sugar) 4 gram powder for susp in a packet	1		AGENTES CARDIOVASCULARES		
cholestyramine light 4 gram oral powder	1		AGENTES CARDIOVASCULARES		
cholestyramine light 4 gram powder for suspension in a packet	1		AGENTES CARDIOVASCULARES		
clonidine 0.1 mg/24 hr weekly transdermal patch	1	QL(4 cada 28 dÍas)	AGENTES CARDIOVASCULARES		
clonidine 0.2 mg/24 hr weekly transdermal patch	1	QL(4 cada 28 dÍas)	AGENTES CARDIOVASCULARES		
clonidine 0.3 mg/24 hr weekly transdermal patch	1	QL(4 cada 28 dÍas)	AGENTES CARDIOVASCULARES		
clonidine hcl 0.05 mg tablet	1		AGENTES CARDIOVASCULARES		
clonidine hcl 0.1 mg tablet	1		AGENTES CARDIOVASCULARES		
clonidine hcl 0.2 mg tablet	1		AGENTES CARDIOVASCULARES		
clonidine hcl 0.3 mg tablet	1		AGENTES CARDIOVASCULARES		
clonidine hcl er 0.17 mg tablet,extended release 24 hr[NP]	*	QL(90 cada 30 dÍas)	AGENTES CARDIOVASCULARES		
colesevelam 3.75 gram oral powder packet[NP]	*		AGENTES CARDIOVASCULARES		
colesevelam 625 mg tablet[NP]	*		AGENTES CARDIOVASCULARES		
COLESTID 1 GRAM TABLET[NP]	*		AGENTES CARDIOVASCULARES		
COLESTID 5 GRAM ORAL GRANULES[NP]	*		AGENTES CARDIOVASCULARES		

• NP – no preferido • OTC – sin receta • PA – autorización previa • QL – Límite de cantidad
• ST – Terapia por fases

Nombre del medicamento	Grupo del nivel del medica-mento	Requisitos de manejo de utilización	Nombre de la categoría terapéutica	Edad mínima	Edad máxima
colestipol 1 gram tablet[NP]	*		AGENTES CARDIOVASCULARES		
colestipol 5 gram oral granules[NP]	*		AGENTES CARDIOVASCULARES		
colestipol 5 gram oral packet[NP]	*		AGENTES CARDIOVASCULARES		
CORLANOR 5 MG TABLET[NP]	*	QL(60 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES		
CORLANOR 5 MG/5 ML ORAL SOLUTION[NP]	*	QL(560 cada 28 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES		
CORLANOR 7.5 MG TABLET[NP]	*	QL(60 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES		
COZAAR 100 MG TABLET[NP]	*	QL(60 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES		
COZAAR 25 MG TABLET[NP]	*	QL(60 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES		
COZAAR 50 MG TABLET[NP]	*	QL(60 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES		
CRESTOR 20 MG TABLET[NP]	*		AGENTES CARDIOVASCULARES		
CRESTOR 40 MG TABLET[NP]	*		AGENTES CARDIOVASCULARES		
digoxin 125 mcg (0.125 mg) tablet	1	QL(30 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES		
digoxin 250 mcg (0.25 mg) tablet	1	QL(30 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES		
digoxin 50 mcg/ml (0.05 mg/ml) oral solution	1		AGENTES CARDIOVASCULARES		
digoxin 62.5 mcg (0.0625 mg) tablet[NP]	*	QL(30 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES		
dilt-xr 120 mg capsule, extended release	1	QL(60 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES		
dilt-xr 180 mg capsule, extended release	1	QL(60 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES		
dilt-xr 240 mg capsule, extended release	1	QL(60 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES		
diltiazem 120 mg tablet	1		AGENTES CARDIOVASCULARES		
diltiazem 30 mg tablet	1		AGENTES CARDIOVASCULARES		
diltiazem 60 mg tablet	1		AGENTES CARDIOVASCULARES		
diltiazem 90 mg tablet	1		AGENTES CARDIOVASCULARES		
diltiazem cd 120 mg capsule,extended release 24 hr	1	QL(60 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES		
diltiazem cd 180 mg capsule,extended release 24 hr	1	QL(60 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES		
diltiazem cd 240 mg capsule,extended release 24 hr	1	QL(60 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES		

• NP – no preferido • OTC – sin receta • PA – autorización previa • QL – Límite de cantidad
• ST – Terapia por fases

Nombre del medicamento	Grupo del nivel del medica-mento	Requisitos de manejo de utilización	Nombre de la categoría terapéutica	Edad mínima	Edad máxima
diltiazem cd 300 mg capsule,extended release 24 hr	1	QL(30 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES		
diltiazem cd 360 mg capsule,extended release 24 hr	1	QL(30 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES		
diltiazem er (xr/xt) 120 mg capsule,extended release 24 hr, controlled	1	QL(60 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES		
diltiazem er (xr/xt) 180 mg capsule,extended release 24 hr, controlled	1	QL(60 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES		
diltiazem er (xr/xt) 240 mg capsule,extended release 24 hr, controlled	1	QL(60 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES		
diltiazem er 120 mg capsule,extended release 12 hr	1	QL(90 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES		
diltiazem er 120 mg tablet,extended release 24 hr	1	QL(30 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES		
diltiazem er 180 mg tablet,extended release 24 hr	1	QL(60 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES		
diltiazem er 240 mg tablet,extended release 24 hr	1	QL(60 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES		
diltiazem er 300 mg tablet,extended release 24 hr	1	QL(30 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES		
diltiazem er 360 mg tablet,extended release 24 hr	1	QL(30 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES		
diltiazem er 420 mg tablet,extended release 24 hr	1	QL(30 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES		
diltiazem er 60 mg capsule,extended release 12 hr	1	QL(60 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES		
diltiazem er 90 mg capsule,extended release 12 hr	1	QL(60 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES		
DIOVAN 160 MG TABLET[NP]	*	QL(60 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES		
DIOVAN 320 MG TABLET[NP]	*	QL(60 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES		
DIOVAN 40 MG TABLET[NP]	*	QL(60 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES		
DIOVAN 80 MG TABLET[NP]	*	QL(60 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES		
DIOVAN HCT 160 MG-12.5 MG TABLET[NP]	*	QL(30 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES		
DIOVAN HCT 160 MG-25 MG TABLET[NP]	*	QL(30 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES		
DIOVAN HCT 320 MG-12.5 MG TABLET[NP]	*	QL(30 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES		
DIOVAN HCT 320 MG-25 MG TABLET[NP]	*	QL(30 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES		
DIOVAN HCT 80 MG-12.5 MG TABLET[NP]	*	QL(30 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES		
disopyramide phosphate 100 mg capsule	1		AGENTES CARDIOVASCULARES		

• NP – no preferido • OTC – sin receta • PA – autorización previa • QL – Límite de cantidad
• ST – Terapia por fases

Nombre del medicamento	Grupo del nivel del medica-mento	Requisitos de manejo de utilización	Nombre de la categoría terapéutica	Edad mínima	Edad máxima
disopyramide phosphate 150 mg capsule	1		AGENTES CARDIOVASCULARES		
dofetilide 125 mcg capsule	1	QL(240 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES		
dofetilide 250 mcg capsule	1	QL(120 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES		
dofetilide 500 mcg capsule	1	QL(60 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES		
doxazosin 1 mg tablet	1		AGENTES CARDIOVASCULARES		
doxazosin 2 mg tablet	1		AGENTES CARDIOVASCULARES		
doxazosin 4 mg tablet	1		AGENTES CARDIOVASCULARES		
doxazosin 8 mg tablet	1		AGENTES CARDIOVASCULARES		
droxidopa 100 mg capsule[NP]	*	QL(90 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES		
droxidopa 200 mg capsule[NP]	*	QL(90 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES		
droxidopa 300 mg capsule[NP]	*	QL(180 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES		
EDARBI 40 MG TABLET[NP]	*	QL(30 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES		
EDARBI 80 MG TABLET[NP]	*	QL(30 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES		
EDARBYCLOR 40 MG-12.5 MG TABLET[NP]	*	QL(30 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES		
EDARBYCLOR 40 MG-25 MG TABLET[NP]	*	QL(30 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES		
enalapril 10 mg-hydrochlorothiazide 25 mg tablet	1		AGENTES CARDIOVASCULARES		
enalapril 5 mg-hydrochlorothiazide 12.5 mg tablet	1		AGENTES CARDIOVASCULARES		
enalapril maleate 1 mg/ml oral solution[NP]	*		AGENTES CARDIOVASCULARES		
enalapril maleate 10 mg tablet	1		AGENTES CARDIOVASCULARES		
enalapril maleate 2.5 mg tablet	1		AGENTES CARDIOVASCULARES		
enalapril maleate 20 mg tablet	1		AGENTES CARDIOVASCULARES		
enalapril maleate 5 mg tablet	1		AGENTES CARDIOVASCULARES		
ENBUMYST 0.5 MG/SPRAY (0.1 ML) NASAL SPRAY[NP]	*		AGENTES CARDIOVASCULARES		
ENTRESTO 24 MG-26 MG TABLET	1	QL(180 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES		
ENTRESTO 49 MG-51 MG TABLET	1	QL(60 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES		

• NP – no preferido • OTC – sin receta • PA – autorización previa • QL – Límite de cantidad
• ST – Terapia por fases

Nombre del medicamento	Grupo del nivel del medica-mento	Requisitos de manejo de utilización	Nombre de la categoría terapéutica	Edad mínima	Edad máxima
ENTRESTO 97 MG-103 MG TABLET	1	QL(60 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES		
ENTRESTO SPRINKLE 15 MG-16 MG ORAL PELLET	1	QL(240 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES		
ENTRESTO SPRINKLE 6 MG-6 MG ORAL PELLET	1	QL(240 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES		
EPANED 1 MG/ML ORAL SOLUTION[NP]	*		AGENTES CARDIOVASCULARES		
eplerenone 25 mg tablet[NP]	*		AGENTES CARDIOVASCULARES		
eplerenone 50 mg tablet[NP]	*		AGENTES CARDIOVASCULARES		
ethacrynic acid 25 mg tablet	1		AGENTES CARDIOVASCULARES		
EXFORGE 10 MG-160 MG TABLET[NP]	*	QL(30 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES		
EXFORGE 10 MG-320 MG TABLET[NP]	*	QL(30 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES		
EXFORGE 5 MG-160 MG TABLET[NP]	*	QL(30 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES		
EXFORGE 5 MG-320 MG TABLET[NP]	*	QL(30 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES		
EXFORGE HCT 10 MG-160 MG-12.5 MG TABLET[NP]	*	QL(30 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES		
EXFORGE HCT 10 MG-160 MG-25 MG TABLET[NP]	*	QL(30 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES		
EXFORGE HCT 10 MG-320 MG-25 MG TABLET[NP]	*	QL(30 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES		
EXFORGE HCT 5 MG-160 MG-12.5 MG TABLET[NP]	*	QL(30 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES		
EXFORGE HCT 5 MG-160 MG-25 MG TABLET[NP]	*	QL(30 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES		
ezetimibe 10 mg tablet	1	QL(30 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES		
ezetimibe 10 mg-simvastatin 10 mg tablet[NP]	*	QL(30 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES		
ezetimibe 10 mg-simvastatin 20 mg tablet[NP]	*	QL(30 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES		
ezetimibe 10 mg-simvastatin 40 mg tablet[NP]	*	QL(30 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES		
ezetimibe 10 mg-simvastatin 80 mg tablet[NP]	*	QL(30 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES		
felodipine er 10 mg tablet,extended release 24 hr	1	QL(30 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES		
felodipine er 2.5 mg tablet,extended release 24 hr	1	QL(30 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES		
felodipine er 5 mg tablet,extended release 24 hr	1	QL(30 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES		
fenofibrate 120 mg tablet	1	QL(30 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES		

• NP – no preferido • OTC – sin receta • PA – autorización previa • QL – Límite de cantidad
• ST – Terapia por fases

Nombre del medicamento	Grupo del nivel del medica-mento	Requisitos de manejo de utilización	Nombre de la categoría terapéutica	Edad mínima	Edad máxima
fenofibrate 150 mg capsule	1	QL(30 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES		
fenofibrate 160 mg tablet	1	QL(30 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES		
fenofibrate 40 mg tablet	1	QL(60 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES		
fenofibrate 50 mg capsule	1	QL(60 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES		
fenofibrate 54 mg tablet	1	QL(60 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES		
fenofibrate micronized 130 mg capsule	1	QL(30 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES		
fenofibrate micronized 134 mg capsule	1	QL(30 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES		
fenofibrate micronized 200 mg capsule	1	QL(30 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES		
fenofibrate micronized 43 mg capsule	1	QL(30 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES		
fenofibrate micronized 67 mg capsule	1	QL(60 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES		
fenofibrate nanocrystallized 145 mg tablet	1	QL(30 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES		
fenofibrate nanocrystallized 48 mg tablet	1	QL(60 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES		
fenofibric acid (choline) 135 mg capsule,delayed release	1	QL(30 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES		
fenofibric acid (choline) 45 mg capsule,delayed release	1	QL(30 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES		
FIBRICOR 105 MG TABLET[NP]	*	QL(30 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES		
flecainide 100 mg tablet	1		AGENTES CARDIOVASCULARES		
flecainide 150 mg tablet	1		AGENTES CARDIOVASCULARES		
flecainide 50 mg tablet	1		AGENTES CARDIOVASCULARES		
fluvastatin 20 mg capsule[NP]	*	QL(60 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES		
fluvastatin 40 mg capsule[NP]	*	QL(60 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES		
fluvastatin er 80 mg tablet,extended release 24 hr[NP]	*	QL(30 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES		
fosinopril 10 mg tablet	1		AGENTES CARDIOVASCULARES		
fosinopril 10 mg-hydrochlorothiazide 12.5 mg tablet	1		AGENTES CARDIOVASCULARES		
fosinopril 20 mg tablet	1		AGENTES CARDIOVASCULARES		
fosinopril 20 mg-hydrochlorothiazide 12.5 mg tablet	1		AGENTES CARDIOVASCULARES		

• NP – no preferido • OTC – sin receta • PA – autorización previa • QL – Límite de cantidad
• ST – Terapia por fases

Nombre del medicamento	Grupo del nivel del medica-mento	Requisitos de manejo de utilización	Nombre de la categoría terapéutica	Edad mínima	Edad máxima
fosinopril 40 mg tablet	1		AGENTES CARDIOVASCULARES		
FUROSCIX 80 MG/10 ML SUBCUTANEOUS WEARABLE INJECTOR KIT[NP]	*		AGENTES CARDIOVASCULARES		
FUROSCIX READYFLOW 80 MG/ML SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR[NP]	*		AGENTES CARDIOVASCULARES		
furosemide 10 mg/ml oral solution	1		AGENTES CARDIOVASCULARES		
furosemide 20 mg tablet	1		AGENTES CARDIOVASCULARES		
furosemide 40 mg tablet	1		AGENTES CARDIOVASCULARES		
furosemide 40 mg/5 ml (8 mg/ml) oral solution	1		AGENTES CARDIOVASCULARES		
furosemide 80 mg tablet	1		AGENTES CARDIOVASCULARES		
gemfibrozil 600 mg tablet	1	QL(60 cada 30 dÍas)	AGENTES CARDIOVASCULARES		
guanfacine 1 mg tablet	1		AGENTES CARDIOVASCULARES		
guanfacine 2 mg tablet	1		AGENTES CARDIOVASCULARES		
HEMANGEOL 4.28 MG/ML ORAL SOLUTION	1	PA	AGENTES CARDIOVASCULARES		
HEMICLOR 12.5 MG TABLET[NP]	*		AGENTES CARDIOVASCULARES		
hydralazine 10 mg tablet	1		AGENTES CARDIOVASCULARES		
hydralazine 100 mg tablet	1		AGENTES CARDIOVASCULARES		
hydralazine 25 mg tablet	1		AGENTES CARDIOVASCULARES		
hydralazine 50 mg tablet	1		AGENTES CARDIOVASCULARES		
hydrochlorothiazide 12.5 mg capsule	1		AGENTES CARDIOVASCULARES		
hydrochlorothiazide 12.5 mg tablet	1		AGENTES CARDIOVASCULARES		
hydrochlorothiazide 25 mg tablet	1		AGENTES CARDIOVASCULARES		
hydrochlorothiazide 50 mg tablet	1		AGENTES CARDIOVASCULARES		
HYZAAR 100 MG-12.5 MG TABLET[NP]	*	QL(60 cada 30 dÍas)	AGENTES CARDIOVASCULARES		
HYZAAR 100 MG-25 MG TABLET[NP]	*	QL(60 cada 30 dÍas)	AGENTES CARDIOVASCULARES	16	
HYZAAR 50 MG-12.5 MG TABLET[NP]	*	QL(60 cada 30 dÍas)	AGENTES CARDIOVASCULARES	16	
icosapent ethyl 0.5 gram capsule[NP]	*	QL(240 cada 30 dÍas)	AGENTES CARDIOVASCULARES	16	

• NP – no preferido • OTC – sin receta • PA – autorización previa • QL – Límite de cantidad
• ST – Terapia por fases

Nombre del medicamento	Grupo del nivel del medica-mento	Requisitos de manejo de utilización	Nombre de la categoría terapéutica	Edad mínima	Edad máxima
icosapent ethyl 1 gram capsule[NP]	*	QL(120 cada 30 dÍas)	AGENTES CARDIOVASCULARES	16	
indapamide 1.25 mg tablet	1		AGENTES CARDIOVASCULARES	16	
indapamide 2.5 mg tablet	1		AGENTES CARDIOVASCULARES	16	
INDERAL LA 120 MG CAPSULE,EXTENDED RELEASE[NP]	*		AGENTES CARDIOVASCULARES	16	
INDERAL LA 160 MG CAPSULE,EXTENDED RELEASE[NP]	*		AGENTES CARDIOVASCULARES	16	
INDERAL LA 60 MG CAPSULE,EXTENDED RELEASE[NP]	*		AGENTES CARDIOVASCULARES	16	
INDERAL LA 80 MG CAPSULE,EXTENDED RELEASE[NP]	*		AGENTES CARDIOVASCULARES	16	
INDERAL XL 120 MG CAPSULE,EXTENDED RELEASE[NP]	*		AGENTES CARDIOVASCULARES	16	
INDERAL XL 80 MG CAPSULE,EXTENDED RELEASE[NP]	*		AGENTES CARDIOVASCULARES	16	
INNOPRAN XL 120 MG CAPSULE,EXTENDED RELEASE[NP]	*		AGENTES CARDIOVASCULARES	16	
INNOPRAN XL 80 MG CAPSULE,EXTENDED RELEASE[NP]	*		AGENTES CARDIOVASCULARES	16	
INSPRA 25 MG TABLET[NP]	*		AGENTES CARDIOVASCULARES	16	
INSPRA 50 MG TABLET[NP]	*		AGENTES CARDIOVASCULARES	16	
INZIRQO 10 MG/ML ORAL SUSPENSION[NP]	*		AGENTES CARDIOVASCULARES		
irbesartan 150 mg tablet	1	QL(30 cada 30 dÍas)	AGENTES CARDIOVASCULARES		
irbesartan 150 mg-hydrochlorothiazide 12.5 mg tablet	1	QL(60 cada 30 dÍas)	AGENTES CARDIOVASCULARES	10	20
irbesartan 300 mg tablet	1	QL(30 cada 30 dÍas)	AGENTES CARDIOVASCULARES		
irbesartan 300 mg-hydrochlorothiazide 12.5 mg tablet	1	QL(30 cada 30 dÍas)	AGENTES CARDIOVASCULARES		
irbesartan 75 mg tablet	1	QL(30 cada 30 dÍas)	AGENTES CARDIOVASCULARES		
isosorbide 20 mg-hydralazine 37.5 mg tablet	1	QL(180 cada 30 dÍas)	AGENTES CARDIOVASCULARES		
isosorbide dinitrate 10 mg tablet	1		AGENTES CARDIOVASCULARES		
isosorbide dinitrate 20 mg tablet	1		AGENTES CARDIOVASCULARES		
isosorbide dinitrate 30 mg tablet	1		AGENTES CARDIOVASCULARES		
isosorbide dinitrate 40 mg tablet	1		AGENTES CARDIOVASCULARES		
isosorbide dinitrate 5 mg tablet	1		AGENTES CARDIOVASCULARES		

• NP – no preferido • OTC – sin receta • PA – autorización previa • QL – Límite de cantidad
• ST – Terapia por fases

Nombre del medicamento	Grupo del nivel del medica-mento	Requisitos de manejo de utilización	Nombre de la categoría terapéutica	Edad mínima	Edad máxima
isosorbide mononitrate 10 mg tablet	1		AGENTES CARDIOVASCULARES		
isosorbide mononitrate 20 mg tablet	1		AGENTES CARDIOVASCULARES		
isosorbide mononitrate er 120 mg tablet,extended release 24 hr	1		AGENTES CARDIOVASCULARES		
isosorbide mononitrate er 30 mg tablet,extended release 24 hr	1		AGENTES CARDIOVASCULARES		
isosorbide mononitrate er 60 mg tablet,extended release 24 hr	1		AGENTES CARDIOVASCULARES		
isradipine 2.5 mg capsule[NP]	*		AGENTES CARDIOVASCULARES		
isradipine 5 mg capsule[NP]	*		AGENTES CARDIOVASCULARES		
ivabradine 5 mg tablet[NP]	*	QL(60 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES		
ivabradine 7.5 mg tablet[NP]	*	QL(60 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES		
JAVADIN 0.02 MG/ML (20 MCG/ML) ORAL SOLUTION[NP]	*		AGENTES CARDIOVASCULARES		
JUXTAPID 10 MG CAPSULE[NP]	*	QL(28 cada 28 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES		
JUXTAPID 2 MG CAPSULE[NP]	*	QL(28 cada 28 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES		
JUXTAPID 20 MG CAPSULE[NP]	*	QL(84 cada 28 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES		
JUXTAPID 30 MG CAPSULE[NP]	*	QL(28 cada 28 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES		
JUXTAPID 5 MG CAPSULE[NP]	*	QL(28 cada 28 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES		
KAPSPARGO SPRINKLE 100 MG CAPSULE,EXTENDED RELEASE[NP]	*	QL(30 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES		
KAPSPARGO SPRINKLE 200 MG CAPSULE,EXTENDED RELEASE[NP]	*	QL(60 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES		
KAPSPARGO SPRINKLE 25 MG CAPSULE,EXTENDED RELEASE[NP]	*	QL(30 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES		
KAPSPARGO SPRINKLE 50 MG CAPSULE,EXTENDED RELEASE[NP]	*	QL(30 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES		
KATERZIA 1 MG/ML ORAL SUSPENSION[NP]	*	QL(300 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES		
KERENDIA 10 MG TABLET	1	PA,QL(30 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES		
KERENDIA 20 MG TABLET	1	PA,QL(30 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES		
KERENDIA 40 MG TABLET	1	PA,QL(30 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES		
labetalol 100 mg tablet	1		AGENTES CARDIOVASCULARES		
labetalol 200 mg tablet	1		AGENTES CARDIOVASCULARES		

• NP – no preferido • OTC – sin receta • PA – autorización previa • QL – Límite de cantidad
• ST – Terapia por fases

Nombre del medicamento	Grupo del nivel del medica-mento	Requisitos de manejo de utilización	Nombre de la categoría terapéutica	Edad mínima	Edad máxima
labetalol 300 mg tablet	1		AGENTES CARDIOVASCULARES		
labetalol 400 mg tablet	1		AGENTES CARDIOVASCULARES		
LASIX 20 MG TABLET[NP]	*		AGENTES CARDIOVASCULARES		
LASIX 40 MG TABLET[NP]	*		AGENTES CARDIOVASCULARES		
LASIX 80 MG TABLET[NP]	*		AGENTES CARDIOVASCULARES		
LASIX ONYU 80 MG/2.67 ML SUBCUTANEOUS WEARABLE INJECTOR KIT[NP]	*		AGENTES CARDIOVASCULARES		
LEQVIO 284 MG/1.5 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE[NP]	*	QL(4.5 cada 365 dÍas)	AGENTES CARDIOVASCULARES		
LESCOL XL 80 MG TABLET,EXTENDED RELEASE[NP]	*	QL(30 cada 30 dÍas)	AGENTES CARDIOVASCULARES		
LIPFENDRA 20 MG TABLET[NP]	*	QL(30 cada 30 dÍas)	AGENTES CARDIOVASCULARES		
LIPITOR 10 MG TABLET[NP]	*		AGENTES CARDIOVASCULARES		
LIPITOR 20 MG TABLET[NP]	*		AGENTES CARDIOVASCULARES		
LIPITOR 40 MG TABLET[NP]	*		AGENTES CARDIOVASCULARES		
LIPITOR 80 MG TABLET[NP]	*		AGENTES CARDIOVASCULARES		
LIPOFEN 150 MG CAPSULE[NP]	*	QL(30 cada 30 dÍas)	AGENTES CARDIOVASCULARES		
LIPOFEN 50 MG CAPSULE[NP]	*	QL(60 cada 30 dÍas)	AGENTES CARDIOVASCULARES		
lisinopril 10 mg tablet	1		AGENTES CARDIOVASCULARES		
lisinopril 10 mg-hydrochlorothiazide 12.5 mg tablet	1		AGENTES CARDIOVASCULARES		
lisinopril 2.5 mg tablet	1		AGENTES CARDIOVASCULARES		
lisinopril 20 mg tablet	1		AGENTES CARDIOVASCULARES		
lisinopril 20 mg-hydrochlorothiazide 12.5 mg tablet	1		AGENTES CARDIOVASCULARES		
lisinopril 20 mg-hydrochlorothiazide 25 mg tablet	1		AGENTES CARDIOVASCULARES		
lisinopril 30 mg tablet	1		AGENTES CARDIOVASCULARES		
lisinopril 40 mg tablet	1		AGENTES CARDIOVASCULARES		
lisinopril 5 mg tablet	1		AGENTES CARDIOVASCULARES		
LIVALO 1 MG TABLET[NP]	*	QL(30 cada 30 dÍas)	AGENTES CARDIOVASCULARES		

• NP – no preferido • OTC – sin receta • PA – autorización previa • QL – Límite de cantidad
• ST – Terapia por fases

Nombre del medicamento	Grupo del nivel del medica-mento	Requisitos de manejo de utilización	Nombre de la categoría terapéutica	Edad mínima	Edad máxima
LIVALO 2 MG TABLET[NP]	*	QL(30 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES		
LIVALO 4 MG TABLET[NP]	*	QL(30 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES		
LODOCO 0.5 MG TABLET[NP]	*	QL(30 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES		
LOPID 600 MG TABLET[NP]	*	QL(60 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES		
LOPRESSOR 10 MG/ML ORAL SOLUTION[NP]	*		AGENTES CARDIOVASCULARES		
LOPRESSOR 100 MG TABLET[NP]	*		AGENTES CARDIOVASCULARES		
LOPRESSOR 50 MG TABLET[NP]	*		AGENTES CARDIOVASCULARES		
losartan 100 mg tablet	1	QL(60 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES		
losartan 100 mg-hydrochlorothiazide 12.5 mg tablet	1	QL(60 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES		
losartan 100 mg-hydrochlorothiazide 25 mg tablet	1	QL(60 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES		
losartan 25 mg tablet	1	QL(60 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES		
losartan 50 mg tablet	1	QL(60 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES		
losartan 50 mg-hydrochlorothiazide 12.5 mg tablet	1	QL(60 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES		
LOTENSIN 10 MG TABLET[NP]	*		AGENTES CARDIOVASCULARES		
LOTENSIN 20 MG TABLET[NP]	*		AGENTES CARDIOVASCULARES		
LOTENSIN 40 MG TABLET[NP]	*		AGENTES CARDIOVASCULARES		
LOTENSIN HCT 10 MG-12.5 MG TABLET[NP]	*		AGENTES CARDIOVASCULARES		
LOTENSIN HCT 20 MG-12.5 MG TABLET[NP]	*		AGENTES CARDIOVASCULARES		
LOTENSIN HCT 20 MG-25 MG TABLET[NP]	*		AGENTES CARDIOVASCULARES		
lovastatin 10 mg tablet	1		AGENTES CARDIOVASCULARES		
lovastatin 20 mg tablet	1		AGENTES CARDIOVASCULARES		
lovastatin 40 mg tablet	1		AGENTES CARDIOVASCULARES		
matzim la 180 mg tablet,extended release	1	QL(60 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES		
matzim la 240 mg tablet,extended release	1	QL(60 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES		
matzim la 300 mg tablet,extended release	1	QL(30 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES		

• NP – no preferido • OTC – sin receta • PA – autorización previa • QL – Límite de cantidad
• ST – Terapia por fases

Nombre del medicamento	Grupo del nivel del medica-mento	Requisitos de manejo de utilización	Nombre de la categoría terapéutica	Edad mínima	Edad máxima
matzim la 360 mg tablet,extended release	1	QL(30 cada 30 dÍas)	AGENTES CARDIOVASCULARES		
matzim la 420 mg tablet,extended release	1	QL(30 cada 30 dÍas)	AGENTES CARDIOVASCULARES		
methyldopa 250 mg tablet	1		AGENTES CARDIOVASCULARES		
methyldopa 500 mg tablet	1		AGENTES CARDIOVASCULARES		
metolazone 10 mg tablet	1		AGENTES CARDIOVASCULARES		
metolazone 2.5 mg tablet	1		AGENTES CARDIOVASCULARES		
metolazone 5 mg tablet	1		AGENTES CARDIOVASCULARES		
metoprolol succinate er 100 mg tablet,extended release 24 hr	1		AGENTES CARDIOVASCULARES		
metoprolol succinate er 200 mg tablet,extended release 24 hr	1		AGENTES CARDIOVASCULARES		
metoprolol succinate er 25 mg tablet,extended release 24 hr	1		AGENTES CARDIOVASCULARES		
metoprolol succinate er 50 mg tablet,extended release 24 hr	1		AGENTES CARDIOVASCULARES		
metoprolol tartrate 100 mg tablet	1		AGENTES CARDIOVASCULARES		
metoprolol tartrate 100 mg-hydrochlorothiazide 25 mg tablet	1		AGENTES CARDIOVASCULARES		
metoprolol tartrate 100 mg-hydrochlorothiazide 50 mg tablet	1		AGENTES CARDIOVASCULARES		
metoprolol tartrate 12.5 mg tablet	1		AGENTES CARDIOVASCULARES		
metoprolol tartrate 25 mg tablet	1		AGENTES CARDIOVASCULARES		
metoprolol tartrate 37.5 mg tablet	1		AGENTES CARDIOVASCULARES		
metoprolol tartrate 50 mg tablet	1		AGENTES CARDIOVASCULARES		
metoprolol tartrate 50 mg-hydrochlorothiazide 25 mg tablet	1		AGENTES CARDIOVASCULARES		
metoprolol tartrate 75 mg tablet	1		AGENTES CARDIOVASCULARES		
metyrosine 250 mg capsule	1		AGENTES CARDIOVASCULARES		
mexiletine 150 mg capsule	1		AGENTES CARDIOVASCULARES		
mexiletine 200 mg capsule	1		AGENTES CARDIOVASCULARES		
mexiletine 250 mg capsule	1		AGENTES CARDIOVASCULARES		
MICARDIS HCT 40 MG-12.5 MG TABLET[NP]	*	QL(30 cada 30 dÍas)	AGENTES CARDIOVASCULARES		

• NP – no preferido • OTC – sin receta • PA – autorización previa • QL – Límite de cantidad
• ST – Terapia por fases

Nombre del medicamento	Grupo del nivel del medica-mento	Requisitos de manejo de utilización	Nombre de la categoría terapéutica	Edad mínima	Edad máxima
MICARDIS HCT 80 MG-12.5 MG TABLET[NP]	*	QL(60 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES		
MICARDIS HCT 80 MG-25 MG TABLET[NP]	*	QL(30 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES		
midodrine 10 mg tablet	1		AGENTES CARDIOVASCULARES		
midodrine 2.5 mg tablet	1		AGENTES CARDIOVASCULARES		
midodrine 5 mg tablet	1		AGENTES CARDIOVASCULARES		
minoxidil 10 mg tablet	1		AGENTES CARDIOVASCULARES		
minoxidil 2.5 mg tablet	1		AGENTES CARDIOVASCULARES		
moexipril 15 mg tablet	1		AGENTES CARDIOVASCULARES		
moexipril 7.5 mg tablet	1		AGENTES CARDIOVASCULARES		
MULTAQ 400 MG TABLET[NP]	*	QL(60 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES		
MYQORZO 10 MG TABLET[NP]	*	QL(30 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES		
MYQORZO 15 MG TABLET[NP]	*	QL(30 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES		
MYQORZO 20 MG TABLET[NP]	*	QL(30 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES		
MYQORZO 5 MG TABLET[NP]	*	QL(30 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES		
nadolol 20 mg tablet	1		AGENTES CARDIOVASCULARES		
nadolol 40 mg tablet	1		AGENTES CARDIOVASCULARES		
nadolol 80 mg tablet	1		AGENTES CARDIOVASCULARES		
nebivolol 10 mg tablet[NP]	*	QL(120 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES		
nebivolol 2.5 mg tablet[NP]	*	QL(30 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES		
nebivolol 20 mg tablet[NP]	*	QL(60 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES		
nebivolol 5 mg tablet[NP]	*	QL(30 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES		
NEXICLON XR 0.17 MG TABLET,EXTENDED RELEASE[NP]	*	QL(90 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES		
NEXLETOL 180 MG TABLET[NP]	*	QL(30 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES		
NEXLIZET 180 MG-10 MG TABLET[NP]	*	QL(30 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES		
niacin 500 mg tablet[NP]	*		AGENTES CARDIOVASCULARES		

• NP – no preferido • OTC – sin receta • PA – autorización previa • QL – Límite de cantidad
• ST – Terapia por fases

Nombre del medicamento	Grupo del nivel del medica-mento	Requisitos de manejo de utilización	Nombre de la categoría terapéutica	Edad mínima	Edad máxima
niacin er 1,000 mg tablet,extended release 24 hr[NP]	*		AGENTES CARDIOVASCULARES		
niacin er 500 mg tablet,extended release 24 hr[NP]	*		AGENTES CARDIOVASCULARES		
niacin er 750 mg tablet,extended release 24 hr[NP]	*		AGENTES CARDIOVASCULARES		
nicardipine 20 mg capsule[NP]	*		AGENTES CARDIOVASCULARES		
nicardipine 30 mg capsule[NP]	*		AGENTES CARDIOVASCULARES		
nifedipine 10 mg capsule	1		AGENTES CARDIOVASCULARES		
nifedipine 20 mg capsule	1		AGENTES CARDIOVASCULARES		
nifedipine er 30 mg tablet,extended release	1	QL(60 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES		
nifedipine er 30 mg tablet,extended release 24 hr	1	QL(60 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES		
nifedipine er 60 mg tablet,extended release	1	QL(60 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES		
nifedipine er 60 mg tablet,extended release 24 hr	1	QL(60 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES		
nifedipine er 90 mg tablet,extended release	1	QL(60 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES		
nifedipine er 90 mg tablet,extended release 24 hr	1	QL(60 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES		
nimodipine 30 mg capsule	1		AGENTES CARDIOVASCULARES		
nimodipine 60 mg/20 ml oral solution[NP]	*	QL(2838 cada 28 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES		
nisoldipine er 17 mg tablet,extended release 24 hr[NP]	*	QL(30 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES		
nisoldipine er 34 mg tablet,extended release 24 hr[NP]	*	QL(30 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES		
nisoldipine er 8.5 mg tablet,extended release 24 hr[NP]	*	QL(30 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES		
NITRO-BID 2 % TRANSDERMAL OINTMENT	1		AGENTES CARDIOVASCULARES		
NITRO-DUR 0.1 MG/HR TRANSDERMAL 24 HOUR PATCH[NP]	*	QL(30 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES		
NITRO-DUR 0.2 MG/HR TRANSDERMAL 24 HOUR PATCH[NP]	*	QL(30 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES		
NITRO-DUR 0.3 MG/HR TRANSDERMAL 24 HOUR PATCH[NP]	*	QL(30 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES		
NITRO-DUR 0.4 MG/HR TRANSDERMAL 24 HOUR PATCH[NP]	*	QL(60 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES		
NITRO-DUR 0.6 MG/HR TRANSDERMAL 24 HOUR PATCH[NP]	*	QL(30 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES		
NITRO-DUR 0.8 MG/HR TRANSDERMAL 24 HOUR PATCH[NP]	*	QL(30 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES		

• NP – no preferido • OTC – sin receta • PA – autorización previa • QL – Límite de cantidad
• ST – Terapia por fases

Nombre del medicamento	Grupo del nivel del medica-mento	Requisitos de manejo de utilización	Nombre de la categoría terapéutica	Edad mínima	Edad máxima
nitroglycerin 0.1 mg/hr transdermal 24 hour patch	1	QL(30 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES		
nitroglycerin 0.2 mg/hr transdermal 24 hour patch	1	QL(30 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES		
nitroglycerin 0.3 mg sublingual tablet	1		AGENTES CARDIOVASCULARES		
nitroglycerin 0.4 mg sublingual tablet	1		AGENTES CARDIOVASCULARES		
nitroglycerin 0.4 mg/hr transdermal 24 hour patch	1	QL(60 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES		
nitroglycerin 0.6 mg sublingual tablet	1		AGENTES CARDIOVASCULARES		
nitroglycerin 0.6 mg/hr transdermal 24 hour patch	1	QL(30 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES		
nitroglycerin 2 % transdermal ointment	1		AGENTES CARDIOVASCULARES		
nitroglycerin 400 mcg/spray translingual[NP]	*		AGENTES CARDIOVASCULARES		
NITROLINGUAL 400 MCG/SPRAY[NP]	*		AGENTES CARDIOVASCULARES		
NITROSTAT 0.3 MG SUBLINGUAL TABLET[NP]	*		AGENTES CARDIOVASCULARES		
NITROSTAT 0.4 MG SUBLINGUAL TABLET[NP]	*		AGENTES CARDIOVASCULARES		
NITROSTAT 0.6 MG SUBLINGUAL TABLET[NP]	*		AGENTES CARDIOVASCULARES		
NORLIQVA 1 MG/ML ORAL SOLUTION[NP]	*	QL(300 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES		
NORPACE 100 MG CAPSULE[NP]	*		AGENTES CARDIOVASCULARES		
NORPACE 150 MG CAPSULE[NP]	*		AGENTES CARDIOVASCULARES		
NORPACE CR 100 MG CAPSULE,EXTENDED RELEASE	1		AGENTES CARDIOVASCULARES		
NORPACE CR 150 MG CAPSULE,EXTENDED RELEASE	1		AGENTES CARDIOVASCULARES		
NORTHERA 100 MG CAPSULE[NP]	*	QL(90 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES		
NORTHERA 200 MG CAPSULE[NP]	*	QL(90 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES		
NORTHERA 300 MG CAPSULE[NP]	*	QL(180 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES		
NORVASC 10 MG TABLET[NP]	*	QL(30 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES		
NORVASC 2.5 MG TABLET[NP]	*	QL(30 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES		
NORVASC 5 MG TABLET[NP]	*	QL(30 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES		
NYMALIZE 30 MG/5 ML ORAL SYRINGE (FOR ORAL USE ONLY)[NP]	*	QL(630 cada 28 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES		

• NP – no preferido • OTC – sin receta • PA – autorización previa • QL – Límite de cantidad
• ST – Terapia por fases

Nombre del medicamento	Grupo del nivel del medica-mento	Requisitos de manejo de utilización	Nombre de la categoría terapéutica	Edad mínima	Edad máxima
NYMALIZE 60 MG/10 ML ORAL SOLUTION[NP]	*	QL(1260 cada 28 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES		
NYMALIZE 60 MG/10 ML ORAL SYRINGE (FOR ORAL USE ONLY)[NP]	*	QL(1260 cada 28 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES		
olmesartan 20 mg tablet[NP]	*	QL(30 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES		
olmesartan 20 mg-amlodipine 5 mg-hydrochlorothiazide 12.5 mg tablet	1	QL(30 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES		
olmesartan 20 mg-hydrochlorothiazide 12.5 mg tablet	1	QL(30 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES		
olmesartan 40 mg tablet[NP]	*	QL(30 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES		
olmesartan 40 mg-amlodipine 10 mg-hydrochlorothiazide 12.5 mg tablet	1	QL(30 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES		
olmesartan 40 mg-amlodipine 10 mg-hydrochlorothiazide 25 mg tablet	1	QL(30 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES		
olmesartan 40 mg-amlodipine 5 mg-hydrochlorothiazide 12.5 mg tablet	1	QL(30 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES		
olmesartan 40 mg-amlodipine 5 mg-hydrochlorothiazide 25 mg tablet	1	QL(30 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES		
olmesartan 40 mg-hydrochlorothiazide 12.5 mg tablet	1	QL(30 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES		
olmesartan 40 mg-hydrochlorothiazide 25 mg tablet	1	QL(30 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES		
olmesartan 5 mg tablet[NP]	*	QL(60 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES		
omega-3 acid ethyl esters 1 gram capsule[NP]	*	QL(120 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES		
PACERONE 100 MG TABLET	1		AGENTES CARDIOVASCULARES		
pacerone 200 mg tablet	1		AGENTES CARDIOVASCULARES		
pentoxifylline er 400 mg tablet,extended release	1		AGENTES CARDIOVASCULARES		
perindopril erbumine 2 mg tablet[NP]	*		AGENTES CARDIOVASCULARES		
perindopril erbumine 4 mg tablet[NP]	*		AGENTES CARDIOVASCULARES		
perindopril erbumine 8 mg tablet[NP]	*		AGENTES CARDIOVASCULARES		
phenoxybenzamine 10 mg capsule[NP]	*		AGENTES CARDIOVASCULARES		
pindolol 10 mg tablet	1		AGENTES CARDIOVASCULARES		
pindolol 5 mg tablet	1		AGENTES CARDIOVASCULARES		
pitavastatin calcium 1 mg tablet[NP]	*	QL(30 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES		
pitavastatin calcium 2 mg tablet[NP]	*	QL(30 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES		

• NP – no preferido • OTC – sin receta • PA – autorización previa • QL – Límite de cantidad
• ST – Terapia por fases

Nombre del medicamento	Grupo del nivel del medica-mento	Requisitos de manejo de utilización	Nombre de la categoría terapéutica	Edad mínima	Edad máxima
pitavastatin calcium 4 mg tablet[NP]	*	QL(30 cada 30 dÍas)	AGENTES CARDIOVASCULARES		
PRALUENT PEN 150 MG/ML SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR[NP]	*	PA,QL(2 cada 28 dÍas)	AGENTES CARDIOVASCULARES		
PRALUENT PEN 75 MG/ML SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR[NP]	*	PA,QL(2 cada 28 dÍas)	AGENTES CARDIOVASCULARES		
pravastatin 10 mg tablet	1		AGENTES CARDIOVASCULARES		
pravastatin 20 mg tablet	1		AGENTES CARDIOVASCULARES		
pravastatin 40 mg tablet	1		AGENTES CARDIOVASCULARES		
pravastatin 80 mg tablet	1		AGENTES CARDIOVASCULARES		
prazosin 1 mg capsule	1		AGENTES CARDIOVASCULARES		
prazosin 2 mg capsule	1		AGENTES CARDIOVASCULARES		
prazosin 5 mg capsule	1		AGENTES CARDIOVASCULARES		
prevalite 4 gram oral powder	1		AGENTES CARDIOVASCULARES		
prevalite 4 gram powder for suspension in a packet	1		AGENTES CARDIOVASCULARES		
PROCARDIA XL 30 MG TABLET,EXTENDED RELEASE[NP]	*	QL(60 cada 30 dÍas)	AGENTES CARDIOVASCULARES		
PROCARDIA XL 60 MG TABLET,EXTENDED RELEASE[NP]	*	QL(60 cada 30 dÍas)	AGENTES CARDIOVASCULARES		
propafenone 150 mg tablet	1		AGENTES CARDIOVASCULARES		
propafenone 225 mg tablet	1		AGENTES CARDIOVASCULARES		
propafenone 300 mg tablet	1		AGENTES CARDIOVASCULARES		
propafenone er 225 mg capsule,extended release 12 hr[NP]	*		AGENTES CARDIOVASCULARES		
propafenone er 325 mg capsule,extended release 12 hr[NP]	*		AGENTES CARDIOVASCULARES		
propafenone er 425 mg capsule,extended release 12 hr[NP]	*		AGENTES CARDIOVASCULARES		
propranolol 10 mg tablet	1		AGENTES CARDIOVASCULARES		
propranolol 20 mg tablet	1		AGENTES CARDIOVASCULARES		
propranolol 20 mg/5 ml (4 mg/ml) oral solution	1		AGENTES CARDIOVASCULARES		
propranolol 40 mg tablet	1		AGENTES CARDIOVASCULARES		
propranolol 40 mg/5 ml (8 mg/ml) oral solution	1		AGENTES CARDIOVASCULARES		

• NP – no preferido • OTC – sin receta • PA – autorización previa • QL – Límite de cantidad
• ST – Terapia por fases

Nombre del medicamento	Grupo del nivel del medica-mento	Requisitos de manejo de utilización	Nombre de la categoría terapéutica	Edad mínima	Edad máxima
propranolol 60 mg tablet	1		AGENTES CARDIOVASCULARES		
propranolol 80 mg tablet	1		AGENTES CARDIOVASCULARES		
propranolol er 120 mg capsule,24 hr,extended release	1		AGENTES CARDIOVASCULARES		
propranolol er 160 mg capsule,24 hr,extended release	1		AGENTES CARDIOVASCULARES		
propranolol er 60 mg capsule,24 hr,extended release	1		AGENTES CARDIOVASCULARES		
propranolol er 80 mg capsule,24 hr,extended release	1		AGENTES CARDIOVASCULARES		
QBRELIS 1 MG/ML ORAL SOLUTION[NP]	*	QL(1200 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES		
QUESTRAN 4 GRAM ORAL POWDER[NP]	*		AGENTES CARDIOVASCULARES		
QUESTRAN 4 GRAM POWDER FOR SUSP IN A PACKET[NP]	*		AGENTES CARDIOVASCULARES		
QUESTRAN LIGHT 4 GRAM ORAL POWDER[NP]	*		AGENTES CARDIOVASCULARES		
quinapril 10 mg tablet	1		AGENTES CARDIOVASCULARES		
quinapril 10 mg-hydrochlorothiazide 12.5 mg tablet	1		AGENTES CARDIOVASCULARES		
quinapril 20 mg tablet	1		AGENTES CARDIOVASCULARES		
quinapril 20 mg-hydrochlorothiazide 12.5 mg tablet	1		AGENTES CARDIOVASCULARES		
quinapril 20 mg-hydrochlorothiazide 25 mg tablet	1		AGENTES CARDIOVASCULARES		
quinapril 40 mg tablet	1		AGENTES CARDIOVASCULARES		
quinapril 5 mg tablet	1		AGENTES CARDIOVASCULARES		
quinidine gluconate er 324 mg tablet,extended release	1		AGENTES CARDIOVASCULARES		
quinidine sulfate 200 mg tablet	1		AGENTES CARDIOVASCULARES		
quinidine sulfate 300 mg tablet	1		AGENTES CARDIOVASCULARES		
ramipril 1.25 mg capsule	1		AGENTES CARDIOVASCULARES		
ramipril 10 mg capsule	1		AGENTES CARDIOVASCULARES		
ramipril 2.5 mg capsule	1		AGENTES CARDIOVASCULARES		
ramipril 5 mg capsule	1		AGENTES CARDIOVASCULARES		
ranolazine er 1,000 mg tablet,extended release,12 hr[NP]	*	QL(120 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES		

• NP – no preferido • OTC – sin receta • PA – autorización previa • QL – Límite de cantidad
• ST – Terapia por fases

Nombre del medicamento	Grupo del nivel del medica-mento	Requisitos de manejo de utilización	Nombre de la categoría terapéutica	Edad mínima	Edad máxima
ranolazine er 500 mg tablet,extended release,12 hr[NP]	*	QL(120 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES		
REDEMPLO 25 MG/0.5 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE[NP]	*		AGENTES CARDIOVASCULARES		
REPATHA SURECLICK 140 MG/ML SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR[NP]	*	PA,QL(3 cada 28 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES		
REPATHA SYRINGE 140 MG/ML SUBCUTANEOUS SYRINGE[NP]	*	PA,QL(3 cada 28 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES		
rosuvastatin 10 mg tablet	1		AGENTES CARDIOVASCULARES		
rosuvastatin 20 mg tablet	1		AGENTES CARDIOVASCULARES		
rosuvastatin 40 mg tablet	1		AGENTES CARDIOVASCULARES		
rosuvastatin 5 mg tablet	1		AGENTES CARDIOVASCULARES		
sacubitril 24 mg-valsartan 26 mg tablet[NP]	*	QL(180 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES		
sacubitril 49 mg-valsartan 51 mg tablet[NP]	*	QL(60 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES		
sacubitril 97 mg-valsartan 103 mg tablet[NP]	*	QL(60 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES		
SDAMLO 10 MG POWDER IN CONTAINER FOR ORAL SOLUTION[NP]	*	QL(30 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES		
SDAMLO 2.5 MG POWDER IN CONTAINER FOR ORAL SOLUTION[NP]	*	QL(30 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES		
SDAMLO 5 MG POWDER IN CONTAINER FOR ORAL SOLUTION[NP]	*	QL(30 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES		
simvastatin 10 mg tablet	1		AGENTES CARDIOVASCULARES		
simvastatin 20 mg tablet	1		AGENTES CARDIOVASCULARES		
simvastatin 40 mg tablet	1		AGENTES CARDIOVASCULARES		
simvastatin 5 mg tablet	1		AGENTES CARDIOVASCULARES		
simvastatin 80 mg tablet	1		AGENTES CARDIOVASCULARES		
sotalol 120 mg tablet	1		AGENTES CARDIOVASCULARES		
sotalol 160 mg tablet	1		AGENTES CARDIOVASCULARES		
sotalol 240 mg tablet	1		AGENTES CARDIOVASCULARES		
sotalol 80 mg tablet	1		AGENTES CARDIOVASCULARES		
sotalol af 120 mg tablet[NP]	*		AGENTES CARDIOVASCULARES		
sotalol af 160 mg tablet[NP]	*		AGENTES CARDIOVASCULARES		

• NP – no preferido • OTC – sin receta • PA – autorización previa • QL – Límite de cantidad
• ST – Terapia por fases

Nombre del medicamento	Grupo del nivel del medica-mento	Requisitos de manejo de utilización	Nombre de la categoría terapéutica	Edad mínima	Edad máxima
sotalol af 80 mg tablet[NP]	*		AGENTES CARDIOVASCULARES		
SOTYLIZE 5 MG/ML ORAL SOLUTION[NP]	*		AGENTES CARDIOVASCULARES		
spironolactone 100 mg tablet	1		AGENTES CARDIOVASCULARES		
spironolactone 25 mg tablet	1		AGENTES CARDIOVASCULARES	8	
spironolactone 25 mg-hydrochlorothiazide 25 mg tablet	1		AGENTES CARDIOVASCULARES		
spironolactone 25 mg/5 ml oral suspension[NP]	*	QL(450 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES		
spironolactone 50 mg tablet	1		AGENTES CARDIOVASCULARES		
SULAR 17 MG TABLET,EXTENDED RELEASE[NP]	*	QL(30 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES	8	
SULAR 34 MG TABLET,EXTENDED RELEASE[NP]	*	QL(30 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES		
SULAR 8.5 MG TABLET,EXTENDED RELEASE[NP]	*	QL(30 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES		
TEKTURNA 150 MG TABLET[NP]	*	QL(30 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES		
TEKTURNA 300 MG TABLET[NP]	*	QL(30 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES		
telmisartan 20 mg tablet[NP]	*	QL(30 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES		
telmisartan 40 mg tablet[NP]	*	QL(30 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES	8	
telmisartan 40 mg-amlodipine 10 mg tablet	1	QL(30 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES		
telmisartan 40 mg-amlodipine 5 mg tablet	1	QL(30 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES		
telmisartan 40 mg-hydrochlorothiazide 12.5 mg tablet	1	QL(30 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES		
telmisartan 80 mg tablet[NP]	*	QL(60 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES		
telmisartan 80 mg-amlodipine 10 mg tablet	1	QL(30 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES		
telmisartan 80 mg-amlodipine 5 mg tablet	1	QL(30 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES		
telmisartan 80 mg-hydrochlorothiazide 12.5 mg tablet	1	QL(60 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES		
telmisartan 80 mg-hydrochlorothiazide 25 mg tablet	1	QL(30 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES		
TENORETIC 100 100 MG-25 MG TABLET[NP]	*		AGENTES CARDIOVASCULARES		
TENORETIC 50 50 MG-25 MG TABLET[NP]	*		AGENTES CARDIOVASCULARES		
TENORMIN 100 MG TABLET[NP]	*		AGENTES CARDIOVASCULARES		

• NP – no preferido • OTC – sin receta • PA – autorización previa • QL – Límite de cantidad
• ST – Terapia por fases

Nombre del medicamento	Grupo del nivel del medica-mento	Requisitos de manejo de utilización	Nombre de la categoría terapéutica	Edad mínima	Edad máxima
TENORMIN 25 MG TABLET[NP]	*		AGENTES CARDIOVASCULARES		
TENORMIN 50 MG TABLET[NP]	*		AGENTES CARDIOVASCULARES		
terazosin 1 mg capsule	1		AGENTES CARDIOVASCULARES		
terazosin 10 mg capsule	1		AGENTES CARDIOVASCULARES		
terazosin 2 mg capsule	1		AGENTES CARDIOVASCULARES		
terazosin 5 mg capsule	1		AGENTES CARDIOVASCULARES		
TEZRULY 1 MG/ML ORAL SOLUTION[NP]	*	QL(600 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES		
THALITONE 15 MG TABLET[NP]	*		AGENTES CARDIOVASCULARES		
tiadylt er 120 mg capsule,extended release	1	QL(60 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES		
tiadylt er 180 mg capsule,extended release	1	QL(60 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES		
tiadylt er 240 mg capsule,extended release	1	QL(60 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES		
tiadylt er 300 mg capsule,extended release	1	QL(30 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES		
tiadylt er 360 mg capsule,extended release	1	QL(30 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES		
tiadylt er 420 mg capsule,extended release	1	QL(30 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES		
TIKOSYN 125 MCG CAPSULE[NP]	*	QL(240 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES		
TIKOSYN 250 MCG CAPSULE[NP]	*	QL(120 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES		
TIKOSYN 500 MCG CAPSULE[NP]	*	QL(60 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES		
timolol 10 mg tablet	1		AGENTES CARDIOVASCULARES		
timolol 20 mg tablet	1		AGENTES CARDIOVASCULARES		
timolol 5 mg tablet	1		AGENTES CARDIOVASCULARES		
TOPROL XL 100 MG TABLET,EXTENDED RELEASE[NP]	*		AGENTES CARDIOVASCULARES		
TOPROL XL 200 MG TABLET,EXTENDED RELEASE[NP]	*		AGENTES CARDIOVASCULARES		
TOPROL XL 25 MG TABLET,EXTENDED RELEASE[NP]	*		AGENTES CARDIOVASCULARES		
TOPROL XL 50 MG TABLET,EXTENDED RELEASE[NP]	*		AGENTES CARDIOVASCULARES		
torsemide 10 mg tablet	1		AGENTES CARDIOVASCULARES		

• NP – no preferido • OTC – sin receta • PA – autorización previa • QL – Límite de cantidad
• ST – Terapia por fases

Nombre del medicamento	Grupo del nivel del medica-mento	Requisitos de manejo de utilización	Nombre de la categoría terapéutica	Edad mínima	Edad máxima
torsemide 100 mg tablet	1		AGENTES CARDIOVASCULARES		
torsemide 20 mg tablet	1		AGENTES CARDIOVASCULARES		
torsemide 5 mg tablet	1		AGENTES CARDIOVASCULARES		
trandolapril 1 mg tablet	1		AGENTES CARDIOVASCULARES		
trandolapril 1 mg-verapamil er 240 mg tablet,immed-exten release 24 hr	1		AGENTES CARDIOVASCULARES		
trandolapril 2 mg tablet	1		AGENTES CARDIOVASCULARES		
trandolapril 2 mg-verapamil er 180 mg tablet,immed-exten release 24 hr	1		AGENTES CARDIOVASCULARES		
trandolapril 2 mg-verapamil er 240 mg tablet,immed-exten release 24 hr	1		AGENTES CARDIOVASCULARES		
trandolapril 4 mg tablet	1		AGENTES CARDIOVASCULARES		
trandolapril 4 mg-verapamil er 240 mg tablet,immed-exten release 24 hr	1		AGENTES CARDIOVASCULARES		
triamterene 100 mg capsule	1		AGENTES CARDIOVASCULARES		
triamterene 37.5 mg-hydrochlorothiazide 25 mg capsule	1		AGENTES CARDIOVASCULARES		
triamterene 37.5 mg-hydrochlorothiazide 25 mg tablet	1		AGENTES CARDIOVASCULARES		
triamterene 50 mg capsule	1		AGENTES CARDIOVASCULARES		
triamterene 75 mg-hydrochlorothiazide 50 mg tablet	1		AGENTES CARDIOVASCULARES		
TRIBENZOR 20 MG-5 MG-12.5 MG TABLET[NP]	*	QL(30 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES		
TRIBENZOR 40 MG-10 MG-12.5 MG TABLET[NP]	*	QL(30 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES		
TRIBENZOR 40 MG-10 MG-25 MG TABLET[NP]	*	QL(30 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES		
TRIBENZOR 40 MG-5 MG-12.5 MG TABLET[NP]	*	QL(30 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES		
TRIBENZOR 40 MG-5 MG-25 MG TABLET[NP]	*	QL(30 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES		
TRYNGOLZA 50 MG/0.8 ML SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR[NP]	*	QL(0.8 cada 28 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES		
TRYNGOLZA 80 MG/0.8 ML SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR[NP]	*	QL(0.8 cada 28 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES		
valsartan 160 mg tablet	1	QL(60 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES		
valsartan 160 mg-hydrochlorothiazide 12.5 mg tablet	1	QL(30 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES		
valsartan 160 mg-hydrochlorothiazide 25 mg tablet	1	QL(30 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES		

• NP – no preferido • OTC – sin receta • PA – autorización previa • QL – Límite de cantidad
• ST – Terapia por fases

Nombre del medicamento	Grupo del nivel del medica-mento	Requisitos de manejo de utilización	Nombre de la categoría terapéutica	Edad mínima	Edad máxima
valsartan 320 mg tablet	1	QL(60 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES		
valsartan 320 mg-hydrochlorothiazide 12.5 mg tablet	1	QL(30 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES		
valsartan 320 mg-hydrochlorothiazide 25 mg tablet	1	QL(30 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES		
valsartan 4 mg/ml oral solution	1	QL(2400 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES		
valsartan 40 mg tablet	1	QL(60 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES		
valsartan 80 mg tablet	1	QL(60 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES		
valsartan 80 mg-hydrochlorothiazide 12.5 mg tablet	1	QL(30 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES		
verapamil 120 mg tablet	1	QL(120 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES		
verapamil 40 mg tablet	1	QL(120 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES		
verapamil 80 mg tablet	1	QL(120 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES		
verapamil er (pm) 100 mg capsule 24hr pellet ct,ext.release	1	QL(30 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES		
verapamil er (pm) 200 mg capsule 24hr pellet ct,ext.release	1	QL(60 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES		
verapamil er (pm) 300 mg capsule 24hr pellet ct,ext.release	1	QL(30 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES		
verapamil er (sr) 120 mg tablet,extended release	1	QL(30 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES		
verapamil er (sr) 180 mg tablet,extended release	1	QL(30 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES		
verapamil er (sr) 240 mg tablet,extended release	1	QL(60 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES		
verapamil er 120 mg 24 hr capsule,extended release	1	QL(60 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES		
verapamil er 180 mg 24 hr capsule,extended release	1	QL(60 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES		
verapamil er 240 mg 24 hr capsule,extended release	1	QL(60 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES		
verapamil er 360 mg 24 hr capsule,extended release	1	QL(60 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES		
VERELAN PM 100 MG CAPSULE, EXTENDED RELEASE[NP]	*	QL(30 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES		
VERELAN PM 200 MG CAPSULE, EXTENDED RELEASE[NP]	*	QL(60 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES		
VERELAN PM 300 MG CAPSULE, EXTENDED RELEASE[NP]	*	QL(30 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES		
VERQUVO 10 MG TABLET	1	PA,QL(30 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES		
VERQUVO 2.5 MG TABLET	1	PA,QL(30 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES		

• NP – no preferido • OTC – sin receta • PA – autorización previa • QL – Límite de cantidad
• ST – Terapia por fases

Nombre del medicamento	Grupo del nivel del medica-mento	Requisitos de manejo de utilización	Nombre de la categoría terapéutica	Edad mínima	Edad máxima
VERQUVO 5 MG TABLET	1	PA,QL(30 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES		
VYTORIN 10 MG-10 MG TABLET[NP]	*	QL(30 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES		
VYTORIN 10 MG-20 MG TABLET[NP]	*	QL(30 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES		
VYTORIN 10 MG-40 MG TABLET[NP]	*	QL(30 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES		
VYTORIN 10 MG-80 MG TABLET[NP]	*	QL(30 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES		
WELCHOL 3.75 GRAM ORAL POWDER PACKET[NP]	*		AGENTES CARDIOVASCULARES		
WELCHOL 625 MG TABLET[NP]	*		AGENTES CARDIOVASCULARES		
ZESTORETIC 10 MG-12.5 MG TABLET[NP]	*		AGENTES CARDIOVASCULARES		
ZESTORETIC 20 MG-12.5 MG TABLET[NP]	*		AGENTES CARDIOVASCULARES		
ZESTORETIC 20 MG-25 MG TABLET[NP]	*		AGENTES CARDIOVASCULARES		
ZESTRIL 10 MG TABLET[NP]	*		AGENTES CARDIOVASCULARES		
ZESTRIL 2.5 MG TABLET[NP]	*		AGENTES CARDIOVASCULARES		
ZESTRIL 20 MG TABLET[NP]	*		AGENTES CARDIOVASCULARES		
ZESTRIL 30 MG TABLET[NP]	*		AGENTES CARDIOVASCULARES		
ZESTRIL 40 MG TABLET[NP]	*		AGENTES CARDIOVASCULARES		
ZESTRIL 5 MG TABLET[NP]	*		AGENTES CARDIOVASCULARES		
ZETIA 10 MG TABLET[NP]	*	QL(30 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES		
ZOCOR 10 MG TABLET[NP]	*		AGENTES CARDIOVASCULARES		
ZOCOR 20 MG TABLET[NP]	*		AGENTES CARDIOVASCULARES		
ZOCOR 40 MG TABLET[NP]	*		AGENTES CARDIOVASCULARES		
ACTONEL 150 MG TABLET[NP]	*	QL(1 cada 30 días)	AGENTES DE ENFERMEDADES ÓSEAS METABÓLICAS		
ACTONEL 35 MG TABLET[NP]	*	QL(4 cada 28 días)	AGENTES DE ENFERMEDADES ÓSEAS METABÓLICAS		
alendronate 10 mg tablet	1	QL(30 cada 30 días)	AGENTES DE ENFERMEDADES ÓSEAS METABÓLICAS		
alendronate 35 mg tablet	1	QL(4 cada 28 días)	AGENTES DE ENFERMEDADES ÓSEAS METABÓLICAS		

• NP – no preferido • OTC – sin receta • PA – autorización previa • QL – Límite de cantidad
• ST – Terapia por fases

Nombre del medicamento	Grupo del nivel del medica-mento	Requisitos de manejo de utilización	Nombre de la categoría terapéutica	Edad mínima	Edad máxima
alendronate 70 mg tablet	1	QL(4 cada 28 días)	AGENTES DE ENFERMEDADES ÓSEAS METABÓLICAS		
alendronate 70 mg/75 ml oral solution	1	QL(300 cada 28 días)	AGENTES DE ENFERMEDADES ÓSEAS METABÓLICAS		
ATELVIA 35 MG TABLET,DELAYED RELEASE[NP]	*	QL(4 cada 28 días)	AGENTES DE ENFERMEDADES ÓSEAS METABÓLICAS		
AUKELSO 120 MG/1.7 ML (70 MG/ML) SUBCUTANEOUS SOLUTION[NP]	*	QL(1.7 cada 28 días)	AGENTES DE ENFERMEDADES ÓSEAS METABÓLICAS		
BILDYOS 60 MG/ML SUBCUTANEOUS SYRINGE[NP]	*	QL(1 cada 180 días)	AGENTES DE ENFERMEDADES ÓSEAS METABÓLICAS		
BILPREVDA 120 MG/1.7 ML (70 MG/ML) SUBCUTANEOUS SOLUTION[NP]	*	QL(1.7 cada 28 días)	AGENTES DE ENFERMEDADES ÓSEAS METABÓLICAS		
BINOSTO 70 MG EFFERVESCENT TABLET[NP]	*	QL(4 cada 28 días)	AGENTES DE ENFERMEDADES ÓSEAS METABÓLICAS		
BOMYNTRA 120 MG/1.7 ML (70 MG/ML) SUBCUTANEOUS SOLUTION[NP]	*	QL(1.7 cada 28 días)	AGENTES DE ENFERMEDADES ÓSEAS METABÓLICAS		
BOMYNTRA 120 MG/1.7 ML (70 MG/ML) SUBCUTANEOUS SYRINGE[NP]	*	QL(1.7 cada 28 días)	AGENTES DE ENFERMEDADES ÓSEAS METABÓLICAS		
BONSITY 20 MCG/DOSE (560 MCG/2.24 ML) SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR[NP]	*	QL(2.48 cada 30 días)	AGENTES DE ENFERMEDADES ÓSEAS METABÓLICAS		
BOSAYA 60 MG/ML SUBCUTANEOUS SYRINGE[NP]	*	QL(1 cada 180 días)	AGENTES DE ENFERMEDADES ÓSEAS METABÓLICAS		
calcitonin (salmon) 200 unit/actuation nasal spray	1	QL(3.7 cada 28 días)	AGENTES DE ENFERMEDADES ÓSEAS METABÓLICAS		
calcitriol 0.25 mcg capsule	1		AGENTES DE ENFERMEDADES ÓSEAS METABÓLICAS		
calcitriol 0.5 mcg capsule	1		AGENTES DE ENFERMEDADES ÓSEAS METABÓLICAS		
calcitriol 1 mcg/ml oral solution	1		AGENTES DE ENFERMEDADES ÓSEAS METABÓLICAS		
cinacalcet 30 mg tablet[NP]	*	QL(60 cada 30 días)	AGENTES DE ENFERMEDADES ÓSEAS METABÓLICAS		
cinacalcet 60 mg tablet[NP]	*	QL(60 cada 30 días)	AGENTES DE ENFERMEDADES ÓSEAS METABÓLICAS		

• NP – no preferido • OTC – sin receta • PA – autorización previa • QL – Límite de cantidad
• ST – Terapia por fases

Nombre del medicamento	Grupo del nivel del medica-mento	Requisitos de manejo de utilización	Nombre de la categoría terapéutica	Edad mínima	Edad máxima
cinacalcet 90 mg tablet[NP]	*	QL(120 cada 30 días)	AGENTES DE ENFERMEDADES ÓSEAS METABÓLICAS		
CONEXXENCE 60 MG/ML SUBCUTANEOUS SYRINGE[NP]	*	QL(1 cada 180 días)	AGENTES DE ENFERMEDADES ÓSEAS METABÓLICAS		
doxercalciferol 0.5 mcg capsule	1		AGENTES DE ENFERMEDADES ÓSEAS METABÓLICAS		
doxercalciferol 1 mcg capsule	1		AGENTES DE ENFERMEDADES ÓSEAS METABÓLICAS		
doxercalciferol 2.5 mcg capsule	1		AGENTES DE ENFERMEDADES ÓSEAS METABÓLICAS		
ENOBY 60 MG/ML SUBCUTANEOUS SYRINGE[NP]	*	QL(1 cada 180 días)	AGENTES DE ENFERMEDADES ÓSEAS METABÓLICAS		
EVENITY 105 MG/1.17 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE[NP]	*	QL(2.34 cada 30 días)	AGENTES DE ENFERMEDADES ÓSEAS METABÓLICAS		
EVENITY 210 MG/2.34 ML (105 MG/1.17 ML X 2) SUBCUTANEOUS SYRINGE[NP]	*	QL(2.34 cada 30 días)	AGENTES DE ENFERMEDADES ÓSEAS METABÓLICAS		
FORTEO 20 MCG/DOSE (560 MCG/2.24 ML) SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR[NP]	*	QL(2.48 cada 30 días)	AGENTES DE ENFERMEDADES ÓSEAS METABÓLICAS		
FOSAMAX 70 MG TABLET[NP]	*	QL(4 cada 28 días)	AGENTES DE ENFERMEDADES ÓSEAS METABÓLICAS		
FOSAMAX PLUS D 70 MG-2,800 UNIT TABLET[NP]	*	QL(4 cada 28 días)	AGENTES DE ENFERMEDADES ÓSEAS METABÓLICAS		
FOSAMAX PLUS D 70 MG-5,600 UNIT TABLET[NP]	*	QL(4 cada 28 días)	AGENTES DE ENFERMEDADES ÓSEAS METABÓLICAS		
ibandronate 150 mg tablet[NP]	*	QL(1 cada 28 días)	AGENTES DE ENFERMEDADES ÓSEAS METABÓLICAS		
JUBBONTI 60 MG/ML SUBCUTANEOUS SYRINGE[NP]	*	QL(1 cada 180 días)	AGENTES DE ENFERMEDADES ÓSEAS METABÓLICAS		
JUBEREQ 120 MG/1.7 ML (70 MG/ML) SUBCUTANEOUS SOLUTION[NP]	*	QL(1.7 cada 28 días)	AGENTES DE ENFERMEDADES ÓSEAS METABÓLICAS		
OSENVELT 120 MG/1.7 ML (70 MG/ML) SUBCUTANEOUS SOLUTION[NP]	*	QL(1.7 cada 28 días)	AGENTES DE ENFERMEDADES ÓSEAS METABÓLICAS		
OSVYRTI 60 MG/ML SUBCUTANEOUS SYRINGE[NP]	*	QL(1 cada 180 días)	AGENTES DE ENFERMEDADES ÓSEAS METABÓLICAS		

• NP – no preferido • OTC – sin receta • PA – autorización previa • QL – Límite de cantidad
• ST – Terapia por fases

Nombre del medicamento	Grupo del nivel del medica-mento	Requisitos de manejo de utilización	Nombre de la categoría terapéutica	Edad mínima	Edad máxima
paricalcitol 1 mcg capsule[NP]	*	QL(30 cada 30 días)	AGENTES DE ENFERMEDADES ÓSEAS METABÓLICAS		
paricalcitol 2 mcg capsule[NP]	*	QL(30 cada 30 días)	AGENTES DE ENFERMEDADES ÓSEAS METABÓLICAS		
paricalcitol 4 mcg capsule[NP]	*	QL(12 cada 30 días)	AGENTES DE ENFERMEDADES ÓSEAS METABÓLICAS		
PROLIA 60 MG/ML SUBCUTANEOUS SYRINGE[NP]	*	QL(1 cada 180 días)	AGENTES DE ENFERMEDADES ÓSEAS METABÓLICAS		
RAYALDEE 30 MCG CAPSULE,EXTENDED RELEASE[NP]	*	QL(60 cada 30 días)	AGENTES DE ENFERMEDADES ÓSEAS METABÓLICAS		
risedronate 150 mg tablet[NP]	*	QL(1 cada 30 días)	AGENTES DE ENFERMEDADES ÓSEAS METABÓLICAS		
risedronate 30 mg tablet[NP]	*	QL(30 cada 30 días)	AGENTES DE ENFERMEDADES ÓSEAS METABÓLICAS		
risedronate 35 mg tablet[NP]	*	QL(4 cada 28 días)	AGENTES DE ENFERMEDADES ÓSEAS METABÓLICAS		
risedronate 35 mg tablet,delayed release[NP]	*	QL(4 cada 28 días)	AGENTES DE ENFERMEDADES ÓSEAS METABÓLICAS		
risedronate 5 mg tablet[NP]	*	QL(30 cada 30 días)	AGENTES DE ENFERMEDADES ÓSEAS METABÓLICAS		
SENSIPAR 30 MG TABLET[NP]	*	QL(60 cada 30 días)	AGENTES DE ENFERMEDADES ÓSEAS METABÓLICAS		
SENSIPAR 60 MG TABLET[NP]	*	QL(60 cada 30 días)	AGENTES DE ENFERMEDADES ÓSEAS METABÓLICAS		
SENSIPAR 90 MG TABLET[NP]	*	PA,QL(120 cada 30 días)	AGENTES DE ENFERMEDADES ÓSEAS METABÓLICAS		
STOBOCLO 60 MG/ML SUBCUTANEOUS SYRINGE[NP]	*	QL(1 cada 180 días)	AGENTES DE ENFERMEDADES ÓSEAS METABÓLICAS		
teriparatide 20 mcg/dose (560 mcg/2.24 ml) subcutaneous pen injector[NP]	*	QL(2.48 cada 30 días)	AGENTES DE ENFERMEDADES ÓSEAS METABÓLICAS		
TYMLOS 80 MCG/DOSE (3,120 MCG/1.56 ML) SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR[NP]	*	QL(1.56 cada 30 días)	AGENTES DE ENFERMEDADES ÓSEAS METABÓLICAS		
WYOST 120 MG/1.7 ML (70 MG/ML) SUBCUTANEOUS SOLUTION[NP]	*	QL(1.7 cada 28 días)	AGENTES DE ENFERMEDADES ÓSEAS METABÓLICAS		

• NP – no preferido • OTC – sin receta • PA – autorización previa • QL – Límite de cantidad
• ST – Terapia por fases

Nombre del medicamento	Grupo del nivel del medica-mento	Requisitos de manejo de utilización	Nombre de la categoría terapéutica	Edad mínima	Edad máxima
XGEVA 120 MG/1.7 ML (70 MG/ML) SUBCUTANEOUS SOLUTION[NP]	*	QL(1.7 cada 28 días)	AGENTES DE ENFERMEDADES ÓSEAS METABÓLICAS		
XTRENBO 120 MG/1.7 ML (70 MG/ML) SUBCUTANEOUS SOLUTION[NP]	*	QL(1.7 cada 28 días)	AGENTES DE ENFERMEDADES ÓSEAS METABÓLICAS		
YORVIPATH 168 MCG/0.56 ML SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR[NP]	*	QL(1.12 cada 28 días)	AGENTES DE ENFERMEDADES ÓSEAS METABÓLICAS		
YORVIPATH 294 MCG/0.98 ML SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR[NP]	*	QL(1.96 cada 28 días)	AGENTES DE ENFERMEDADES ÓSEAS METABÓLICAS		
YORVIPATH 420 MCG/1.4 ML SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR[NP]	*	QL(2.8 cada 28 días)	AGENTES DE ENFERMEDADES ÓSEAS METABÓLICAS		
ZEMPLAR 1 MCG CAPSULE[NP]	*	QL(30 cada 30 días)	AGENTES DE ENFERMEDADES ÓSEAS METABÓLICAS		
ZEMPLAR 2 MCG CAPSULE[NP]	*	QL(30 cada 30 días)	AGENTES DE ENFERMEDADES ÓSEAS METABÓLICAS		
ana-lex 2 %-2 % rectal kit[NP]	*		AGENTES DE ENFERMEDADES INFLAMATORIAS DEL INTESTINO		
ANALPRAM-HC 1 %-1 % RECTAL CREAM[NP]	*		AGENTES DE ENFERMEDADES INFLAMATORIAS DEL INTESTINO		
ANALPRAM-HC 2.5 %-1 % RECTAL CREAM[NP]	*		AGENTES DE ENFERMEDADES INFLAMATORIAS DEL INTESTINO		
ANALPRAM-HC SINGLES 2.5 %-1 % (4G) RECTAL CREAM[NP]	*		AGENTES DE ENFERMEDADES INFLAMATORIAS DEL INTESTINO		
AZULFIDINE 500 MG TABLET[NP]	*	QL(240 cada 30 días)	AGENTES DE ENFERMEDADES INFLAMATORIAS DEL INTESTINO		
AZULFIDINE EN-TABS 500 MG TABLET,DELAYED RELEASE[NP]	*	QL(240 cada 30 días)	AGENTES DE ENFERMEDADES INFLAMATORIAS DEL INTESTINO		
balsalazide 750 mg capsule	1	QL(270 cada 30 días)	AGENTES DE ENFERMEDADES INFLAMATORIAS DEL INTESTINO		
budesonide 2 mg/actuation rectal foam[NP]	*		AGENTES DE ENFERMEDADES INFLAMATORIAS DEL INTESTINO		

• NP – no preferido • OTC – sin receta • PA – autorización previa • QL – Límite de cantidad
• ST – Terapia por fases

Nombre del medicamento	Grupo del nivel del medica-mento	Requisitos de manejo de utilización	Nombre de la categoría terapéutica	Edad mínima	Edad máxima
budesonide dr - er 3 mg capsule,delayed,extended release[NP]	*		AGENTES DE ENFERMEDADES INFLAMATORIAS DEL INTESTINO		
budesonide dr-er 9 mg tablet,delayed and extended release[NP]	*	QL(30 cada 30 dÍas)	AGENTES DE ENFERMEDADES INFLAMATORIAS DEL INTESTINO		
CANASA 1,000 MG RECTAL SUPPOSITORY[NP]	*	QL(30 cada 30 dÍas)	AGENTES DE ENFERMEDADES INFLAMATORIAS DEL INTESTINO		
CORTENEMA 100 MG/60 ML[NP]	*		AGENTES DE ENFERMEDADES INFLAMATORIAS DEL INTESTINO		
CORTIFOAM 10 % (80 MG) RECTAL[NP]	*		AGENTES DE ENFERMEDADES INFLAMATORIAS DEL INTESTINO		
DIPENTUM 250 MG CAPSULE[NP]	*	QL(120 cada 30 dÍas)	AGENTES DE ENFERMEDADES INFLAMATORIAS DEL INTESTINO		
hydrocortisone 100 mg/60 ml enema	1		AGENTES DE ENFERMEDADES INFLAMATORIAS DEL INTESTINO		
hydrocortisone acetate 30 mg rectal suppository[NP]	*		AGENTES DE ENFERMEDADES INFLAMATORIAS DEL INTESTINO		
LIALDA 1.2 GRAM TABLET,DELAYED RELEASE[NP]	*	QL(120 cada 30 dÍas)	AGENTES DE ENFERMEDADES INFLAMATORIAS DEL INTESTINO		
lidocaine-hydrocortisone-aloe vera 2.8 %-0.55 % rectal gel[NP]	*		AGENTES DE ENFERMEDADES INFLAMATORIAS DEL INTESTINO		
mesalamine 1,000 mg rectal suppository	1	QL(30 cada 30 dÍas)	AGENTES DE ENFERMEDADES INFLAMATORIAS DEL INTESTINO		
mesalamine 1.2 gram tablet,delayed release[NP]	*	QL(120 cada 30 dÍas)	AGENTES DE ENFERMEDADES INFLAMATORIAS DEL INTESTINO		
mesalamine 4 gram/60 ml enema	1	QL(1800 cada 30 dÍas)	AGENTES DE ENFERMEDADES INFLAMATORIAS DEL INTESTINO		

• NP – no preferido • OTC – sin receta • PA – autorización previa • QL – Límite de cantidad
• ST – Terapia por fases

Nombre del medicamento	Grupo del nivel del medica-mento	Requisitos de manejo de utilización	Nombre de la categoría terapéutica	Edad mínima	Edad máxima
mesalamine 400 mg capsule (with delayed release tablets inside)[NP]	*	QL(180 cada 30 días)	AGENTES DE ENFERMEDADES INFLAMATORIAS DEL INTESTINO		
mesalamine 800 mg tablet,delayed release[NP]	*	QL(180 cada 30 días)	AGENTES DE ENFERMEDADES INFLAMATORIAS DEL INTESTINO		
mesalamine er 0.375 gram capsule,extended release 24 hr[NP]	*	QL(120 cada 30 días)	AGENTES DE ENFERMEDADES INFLAMATORIAS DEL INTESTINO		
mesalamine er 250 mg capsule,extended release	1	QL(150 cada 30 días)	AGENTES DE ENFERMEDADES INFLAMATORIAS DEL INTESTINO		
mesalamine er 500 mg capsule,extended release	1	QL(300 cada 30 días)	AGENTES DE ENFERMEDADES INFLAMATORIAS DEL INTESTINO		
mesalamine rectal susp enema with cleansing wipes 4 gram/60 ml kit[NP]	*	QL(30 cada 30 días)	AGENTES DE ENFERMEDADES INFLAMATORIAS DEL INTESTINO		
PENTASA 250 MG CAPSULE,CONTROLLED RELEASE	1	QL(150 cada 30 días)	AGENTES DE ENFERMEDADES INFLAMATORIAS DEL INTESTINO		
PENTASA 500 MG CAPSULE,CONTROLLED RELEASE	1	QL(300 cada 30 días)	AGENTES DE ENFERMEDADES INFLAMATORIAS DEL INTESTINO		
PROCTOFOAM HC 1 %-1 %[NP]	*		AGENTES DE ENFERMEDADES INFLAMATORIAS DEL INTESTINO		
ROWASA RECTAL SUSPENSION ENEMA 4 GRAM/60 ML KIT[NP]	*	QL(30 cada 30 días)	AGENTES DE ENFERMEDADES INFLAMATORIAS DEL INTESTINO		
SFROWASA 4 GRAM/60 ML ENEMA	1	QL(1800 cada 30 días)	AGENTES DE ENFERMEDADES INFLAMATORIAS DEL INTESTINO		
sulfasalazine 500 mg tablet	1	QL(240 cada 30 días)	AGENTES DE ENFERMEDADES INFLAMATORIAS DEL INTESTINO		
sulfasalazine 500 mg tablet,delayed release	1	QL(240 cada 30 días)	AGENTES DE ENFERMEDADES INFLAMATORIAS DEL INTESTINO		

• NP – no preferido • OTC – sin receta • PA – autorización previa • QL – Límite de cantidad
• ST – Terapia por fases

Nombre del medicamento	Grupo del nivel del medica-mento	Requisitos de manejo de utilización	Nombre de la categoría terapéutica	Edad mínima	Edad máxima
TARPEYO 4 MG CAPSULE,DELAYED RELEASE[NP]	*	QL(120 cada 30 días)	AGENTES DE ENFERMEDADES INFLAMATORIAS DEL INTESTINO		
acamprosate 333 mg tablet,delayed release	1		AGENTES DE TRATAMIENTO ANTIADICCIÓN/ABUSO DE SUSTANCIAS		
BRIXADI MONTHLY 128 MG/0.36 ML SOLUTION,EXTEND.REL. SUBCUT.SYRINGE	1		AGENTES DE TRATAMIENTO ANTIADICCIÓN/ABUSO DE SUSTANCIAS		
BRIXADI MONTHLY 64 MG/0.18 ML SOLUTION,EXTEND.REL. SUBCUT.SYRINGE	1		AGENTES DE TRATAMIENTO ANTIADICCIÓN/ABUSO DE SUSTANCIAS		
BRIXADI MONTHLY 96 MG/0.27 ML SOLUTION,EXTEND.REL. SUBCUT.SYRINGE	1		AGENTES DE TRATAMIENTO ANTIADICCIÓN/ABUSO DE SUSTANCIAS		
BRIXADI WEEKLY 16 MG/0.32 ML SOLUTION,EXTEND.REL. SUBCUT.SYRINGE	1		AGENTES DE TRATAMIENTO ANTIADICCIÓN/ABUSO DE SUSTANCIAS		
BRIXADI WEEKLY 24 MG/0.48 ML SOLUTION,EXTEND.REL. SUBCUT.SYRINGE	1		AGENTES DE TRATAMIENTO ANTIADICCIÓN/ABUSO DE SUSTANCIAS		
BRIXADI WEEKLY 32 MG/0.64 ML SOLUTION,EXTEND.REL. SUBCUT.SYRINGE	1		AGENTES DE TRATAMIENTO ANTIADICCIÓN/ABUSO DE SUSTANCIAS		
BRIXADI WEEKLY 8 MG/0.16 ML SOLUTION,EXTEND.REL. SUBCUT.SYRINGE	1		AGENTES DE TRATAMIENTO ANTIADICCIÓN/ABUSO DE SUSTANCIAS		
buprenorphine 12 mg-naloxone 3 mg sublingual film	1		AGENTES DE TRATAMIENTO ANTIADICCIÓN/ABUSO DE SUSTANCIAS		
buprenorphine 2 mg-naloxone 0.5 mg sublingual film	1		AGENTES DE TRATAMIENTO ANTIADICCIÓN/ABUSO DE SUSTANCIAS		
buprenorphine 2 mg-naloxone 0.5 mg sublingual tablet	1		AGENTES DE TRATAMIENTO ANTIADICCIÓN/ABUSO DE SUSTANCIAS		
buprenorphine 4 mg-naloxone 1 mg sublingual film	1		AGENTES DE TRATAMIENTO ANTIADICCIÓN/ABUSO DE SUSTANCIAS		
buprenorphine 8 mg-naloxone 2 mg sublingual film	1		AGENTES DE TRATAMIENTO ANTIADICCIÓN/ABUSO DE SUSTANCIAS		
buprenorphine 8 mg-naloxone 2 mg sublingual tablet	1		AGENTES DE TRATAMIENTO ANTIADICCIÓN/ABUSO DE SUSTANCIAS		
buprenorphine hcl 2 mg sublingual tablet	1		AGENTES DE TRATAMIENTO ANTIADICCIÓN/ABUSO DE SUSTANCIAS		
buprenorphine hcl 8 mg sublingual tablet	1		AGENTES DE TRATAMIENTO ANTIADICCIÓN/ABUSO DE SUSTANCIAS		

• NP – no preferido • OTC – sin receta • PA – autorización previa • QL – Límite de cantidad
• ST – Terapia por fases

Nombre del medicamento	Grupo del nivel del medica-mento	Requisitos de manejo de utilización	Nombre de la categoría terapéutica	Edad mínima	Edad máxima
bupropion hcl 150 mg tablet,12 hr sustained-release(smoking deterrent)	1	QL(90 cada 30 días)	AGENTES DE TRATAMIENTO ANTIADICCIÓN/ABUSO DE SUSTANCIAS		
CHANTIX 0.5 MG TABLET	1	QL(56 cada 28 días)	AGENTES DE TRATAMIENTO ANTIADICCIÓN/ABUSO DE SUSTANCIAS		
CHANTIX 1 MG TABLET	1	QL(56 cada 28 días)	AGENTES DE TRATAMIENTO ANTIADICCIÓN/ABUSO DE SUSTANCIAS		
CHANTIX CONTINUING MONTH BOX 1 MG TABLET	1	QL(56 cada 28 días)	AGENTES DE TRATAMIENTO ANTIADICCIÓN/ABUSO DE SUSTANCIAS		
CHANTIX STARTING MONTH BOX 0.5 MG (11)-1 MG (42) TABLETS IN DOSE PACK	1	QL(53 cada 28 días)	AGENTES DE TRATAMIENTO ANTIADICCIÓN/ABUSO DE SUSTANCIAS		
disulfiram 250 mg tablet	1		AGENTES DE TRATAMIENTO ANTIADICCIÓN/ABUSO DE SUSTANCIAS		
disulfiram 500 mg tablet	1		AGENTES DE TRATAMIENTO ANTIADICCIÓN/ABUSO DE SUSTANCIAS		
KLOXXADO 8 MG/ACTUATION NASAL SPRAY	1	QL(4 cada 30 días)	AGENTES DE TRATAMIENTO ANTIADICCIÓN/ABUSO DE SUSTANCIAS		
lofexidine 0.18 mg tablet	1	QL(224 cada 365 días)	AGENTES DE TRATAMIENTO ANTIADICCIÓN/ABUSO DE SUSTANCIAS		
LUCEMYRA 0.18 MG TABLET	1	QL(224 cada 365 días)	AGENTES DE TRATAMIENTO ANTIADICCIÓN/ABUSO DE SUSTANCIAS		
nalmefene 1 mg/ml injection solution	1		AGENTES DE TRATAMIENTO ANTIADICCIÓN/ABUSO DE SUSTANCIAS		
naloxone 0.4 mg/ml injection solution	1		AGENTES DE TRATAMIENTO ANTIADICCIÓN/ABUSO DE SUSTANCIAS		
naloxone 0.4 mg/ml injection syringe	1		AGENTES DE TRATAMIENTO ANTIADICCIÓN/ABUSO DE SUSTANCIAS		
naloxone 1 mg/ml injection syringe	1		AGENTES DE TRATAMIENTO ANTIADICCIÓN/ABUSO DE SUSTANCIAS		
naloxone 4 mg/actuation nasal spray[OTC]	1	QL(4 cada 30 días)	AGENTES DE TRATAMIENTO ANTIADICCIÓN/ABUSO DE SUSTANCIAS		
naltrexone 50 mg tablet	1		AGENTES DE TRATAMIENTO ANTIADICCIÓN/ABUSO DE SUSTANCIAS		
NARCAN 4 MG/ACTUATION NASAL SPRAY[OTC]	1	QL(4 cada 30 días)	AGENTES DE TRATAMIENTO ANTIADICCIÓN/ABUSO DE SUSTANCIAS		

• NP – no preferido • OTC – sin receta • PA – autorización previa • QL – Límite de cantidad
• ST – Terapia por fases

Nombre del medicamento	Grupo del nivel del medica-mento	Requisitos de manejo de utilización	Nombre de la categoría terapéutica	Edad mínima	Edad máxima
NARCAN 4 MG/ACTUATION NASAL SPRAY	1	QL(4 cada 30 días)	AGENTES DE TRATAMIENTO ANTIADICCIÓN/ABUSO DE SUSTANCIAS		
NICODERM CQ 14 MG/24 HR DAILY TRANSDERMAL PATCH[OTC]	1		AGENTES DE TRATAMIENTO ANTIADICCIÓN/ABUSO DE SUSTANCIAS		
NICODERM CQ 21 MG/24 HR DAILY TRANSDERMAL PATCH[OTC]	1		AGENTES DE TRATAMIENTO ANTIADICCIÓN/ABUSO DE SUSTANCIAS		
NICODERM CQ 7 MG/24 HR DAILY TRANSDERMAL PATCH[OTC]	1		AGENTES DE TRATAMIENTO ANTIADICCIÓN/ABUSO DE SUSTANCIAS		
nicotine 14 mg/24 hr daily transdermal patch[OTC]	1		AGENTES DE TRATAMIENTO ANTIADICCIÓN/ABUSO DE SUSTANCIAS		
nicotine 21 mg/24 hr daily transdermal patch[OTC]	1		AGENTES DE TRATAMIENTO ANTIADICCIÓN/ABUSO DE SUSTANCIAS		
nicotine 21mg/24hr-14mg/24hr-7mg/24hr daily transderm patches,sequentl[OTC]	1		AGENTES DE TRATAMIENTO ANTIADICCIÓN/ABUSO DE SUSTANCIAS		
nicotine 7 mg/24 hr daily transdermal patch[OTC]	1		AGENTES DE TRATAMIENTO ANTIADICCIÓN/ABUSO DE SUSTANCIAS		
NICOTROL NS 10 MG/ML NASAL SPRAY	1		AGENTES DE TRATAMIENTO ANTIADICCIÓN/ABUSO DE SUSTANCIAS		
OPVEE 2.7 MG/ACTUATION NASAL SPRAY	1	QL(2 cada 30 días)	AGENTES DE TRATAMIENTO ANTIADICCIÓN/ABUSO DE SUSTANCIAS		
REXTOVY 4 MG/ACTUATION NASAL SPRAY	1	QL(4 cada 30 días)	AGENTES DE TRATAMIENTO ANTIADICCIÓN/ABUSO DE SUSTANCIAS		
REZENOPY 10 MG/ACTUATION NASAL SPRAY	1	QL(4 cada 30 días)	AGENTES DE TRATAMIENTO ANTIADICCIÓN/ABUSO DE SUSTANCIAS		
SUBLOCADE 100 MG/0.5 ML SOLUTION,EXTENDED RELEASE SUBCUTANEOUS SYRINGE	1		AGENTES DE TRATAMIENTO ANTIADICCIÓN/ABUSO DE SUSTANCIAS		
SUBLOCADE 300 MG/1.5 ML SOLUTION,EXTENDED RELEASE SUBCUTANEOUS SYRINGE	1		AGENTES DE TRATAMIENTO ANTIADICCIÓN/ABUSO DE SUSTANCIAS		
SUBOXONE 12 MG-3 MG SUBLINGUAL FILM	1		AGENTES DE TRATAMIENTO ANTIADICCIÓN/ABUSO DE SUSTANCIAS		
SUBOXONE 2 MG-0.5 MG SUBLINGUAL FILM	1		AGENTES DE TRATAMIENTO ANTIADICCIÓN/ABUSO DE SUSTANCIAS		
SUBOXONE 4 MG-1 MG SUBLINGUAL FILM	1		AGENTES DE TRATAMIENTO ANTIADICCIÓN/ABUSO DE SUSTANCIAS		

• NP – no preferido • OTC – sin receta • PA – autorización previa • QL – Límite de cantidad
• ST – Terapia por fases

Nombre del medicamento	Grupo del nivel del medica-mento	Requisitos de manejo de utilización	Nombre de la categoría terapéutica	Edad mínima	Edad máxima
SUBOXONE 8 MG-2 MG SUBLINGUAL FILM	1		AGENTES DE TRATAMIENTO ANTIADICCIÓN/ABUSO DE SUSTANCIAS		
varenicline tartrate 0.5 mg (11)-1 mg (42) tablets in a dose pack	1	QL(53 cada 28 dÍas)	AGENTES DE TRATAMIENTO ANTIADICCIÓN/ABUSO DE SUSTANCIAS		
varenicline tartrate 0.5 mg tablet	1	QL(56 cada 28 dÍas)	AGENTES DE TRATAMIENTO ANTIADICCIÓN/ABUSO DE SUSTANCIAS		
varenicline tartrate 1 mg tablet	1	QL(56 cada 28 dÍas)	AGENTES DE TRATAMIENTO ANTIADICCIÓN/ABUSO DE SUSTANCIAS		
VIVITROL 380 MG INTRAMUSCULAR SUSPENSION,EXTENDED RELEASE	1		AGENTES DE TRATAMIENTO ANTIADICCIÓN/ABUSO DE SUSTANCIAS		
ZUBSOLV 0.7 MG-0.18 MG SUBLINGUAL TABLET	1		AGENTES DE TRATAMIENTO ANTIADICCIÓN/ABUSO DE SUSTANCIAS		
ZUBSOLV 1.4 MG-0.36 MG SUBLINGUAL TABLET	1		AGENTES DE TRATAMIENTO ANTIADICCIÓN/ABUSO DE SUSTANCIAS		
ZUBSOLV 11.4 MG-2.9 MG SUBLINGUAL TABLET	1		AGENTES DE TRATAMIENTO ANTIADICCIÓN/ABUSO DE SUSTANCIAS		
ZUBSOLV 2.9 MG-0.71 MG SUBLINGUAL TABLET	1		AGENTES DE TRATAMIENTO ANTIADICCIÓN/ABUSO DE SUSTANCIAS		
ZUBSOLV 5.7 MG-1.4 MG SUBLINGUAL TABLET	1		AGENTES DE TRATAMIENTO ANTIADICCIÓN/ABUSO DE SUSTANCIAS		
ZUBSOLV 8.6 MG-2.1 MG SUBLINGUAL TABLET	1		AGENTES DE TRATAMIENTO ANTIADICCIÓN/ABUSO DE SUSTANCIAS		
ZURNAI 1.5 MG/0.5 ML INJECTION,AUTO-INJECTOR[NP]	*		AGENTES DE TRATAMIENTO ANTIADICCIÓN/ABUSO DE SUSTANCIAS		
ADDERALL 10 MG TABLET[NP]	*	PA,QL(90 cada 30 dÍas)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL		
ADDERALL 12.5 MG TABLET[NP]	*	PA,QL(90 cada 30 dÍas)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL		
ADDERALL 15 MG TABLET[NP]	*	PA,QL(90 cada 30 dÍas)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL		
ADDERALL 20 MG TABLET[NP]	*	PA,QL(90 cada 30 dÍas)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL		
ADDERALL 30 MG TABLET[NP]	*	PA,QL(60 cada 30 dÍas)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL		
ADDERALL 5 MG TABLET[NP]	*	PA,QL(90 cada 30 dÍas)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL		
ADDERALL 7.5 MG TABLET[NP]	*	PA,QL(90 cada 30 dÍas)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL		
ADDERALL XR 10 MG CAPSULE,EXTENDED RELEASE[NP]	*	PA,QL(30 cada 30 dÍas)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL		

• NP – no preferido • OTC – sin receta • PA – autorización previa • QL – Límite de cantidad
• ST – Terapia por fases

Nombre del medicamento	Grupo del nivel del medica-mento	Requisitos de manejo de utilización	Nombre de la categoría terapéutica	Edad mínima	Edad máxima
ADDERALL XR 15 MG CAPSULE,EXTENDED RELEASE[NP]	*	PA,QL(30 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL		
ADDERALL XR 20 MG CAPSULE,EXTENDED RELEASE[NP]	*	PA,QL(60 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL		
ADDERALL XR 25 MG CAPSULE,EXTENDED RELEASE[NP]	*	PA,QL(60 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL		
ADDERALL XR 30 MG CAPSULE,EXTENDED RELEASE[NP]	*	PA,QL(60 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL		
ADDERALL XR 5 MG CAPSULE,EXTENDED RELEASE[NP]	*	PA,QL(30 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL		
ADZENYS XR-ODT 12.5 MG EXTENDED RELEASE DISINTEGRATING TABLET[NP]	*	PA,QL(30 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL		
ADZENYS XR-ODT 15.7 MG EXTENDED RELEASE DISINTEGRATING TABLET[NP]	*	PA,QL(30 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL		
ADZENYS XR-ODT 18.8 MG EXTENDED RELEASE DISINTEGRATING TABLET[NP]	*	PA,QL(30 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL		
ADZENYS XR-ODT 3.1 MG EXTENDED RELEASE DISINTEGRATING TABLET[NP]	*	PA,QL(30 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL		
ADZENYS XR-ODT 6.3 MG EXTENDED RELEASE DISINTEGRATING TABLET[NP]	*	PA,QL(30 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL		
ADZENYS XR-ODT 9.4 MG EXTENDED RELEASE DISINTEGRATING TABLET[NP]	*	PA,QL(30 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL		
amphetamine er 12.5 mg extended release-disintegrating 24 hr tablet[NP]	*	PA,QL(30 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL		
amphetamine er 15.7 mg extended release-disintegrating 24 hr tablet[NP]	*	PA,QL(30 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL		
amphetamine er 18.8 mg extended release-disintegrating 24 hr tablet[NP]	*	PA,QL(30 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL		
amphetamine er 3.1 mg extended release-disintegrating 24 hr tablet[NP]	*	PA,QL(30 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL		
amphetamine er 6.3 mg extended release-disintegrating 24 hr tablet[NP]	*	PA,QL(30 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL		
amphetamine er 9.4 mg extended release-disintegrating 24 hr tablet[NP]	*	PA,QL(30 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL		
amphetamine sulfate 10 mg tablet[NP]	*	PA,QL(90 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL		
amphetamine sulfate 5 mg tablet[NP]	*	PA,QL(90 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL		
AMPYRA 10 MG TABLET,EXTENDED RELEASE[NP]	*	QL(60 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL		
ARYNTA 10 MG/ML ORAL SOLUTION[NP]	*	PA,QL(210 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL		
atomoxetine 10 mg capsule	1	QL(60 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL		
atomoxetine 100 mg capsule	1	QL(30 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL		
atomoxetine 18 mg capsule	1	QL(60 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL		
atomoxetine 25 mg capsule	1	QL(60 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL		

• NP – no preferido • OTC – sin receta • PA – autorización previa • QL – Límite de cantidad
• ST – Terapia por fases

Nombre del medicamento	Grupo del nivel del medica-mento	Requisitos de manejo de utilización	Nombre de la categoría terapéutica	Edad mínima	Edad máxima
atomoxetine 4 mg/ml oral solution	1	QL(750 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL		
atomoxetine 40 mg capsule	1	QL(60 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL		
atomoxetine 60 mg capsule	1	QL(30 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL		
atomoxetine 80 mg capsule	1	QL(30 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL		
ATONCY 4 MG/ML ORAL SOLUTION[NP]	*	QL(750 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL		
AUBAGIO 14 MG TABLET[NP]	*	QL(30 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL		
AUBAGIO 7 MG TABLET[NP]	*	QL(30 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL		
AUSTEDO 12 MG TABLET	1	PA,QL(120 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL		
AUSTEDO 6 MG TABLET	1	PA,QL(60 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL		
AUSTEDO 9 MG TABLET	1	PA,QL(120 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL		
AUSTEDO XR 12 MG TABLET,EXTENDED RELEASE	1	PA,QL(90 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL		
AUSTEDO XR 18 MG TABLET,EXTENDED RELEASE	1	PA,QL(30 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL		
AUSTEDO XR 24 MG TABLET,EXTENDED RELEASE	1	PA,QL(60 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL		
AUSTEDO XR 30 MG TABLET,EXTENDED RELEASE	1	PA,QL(30 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL		
AUSTEDO XR 36 MG TABLET,EXTENDED RELEASE	1	PA,QL(30 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL		
AUSTEDO XR 42 MG TABLET,EXTENDED RELEASE	1	PA,QL(30 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL		
AUSTEDO XR 48 MG TABLET,EXTENDED RELEASE	1	PA,QL(30 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL		
AUSTEDO XR 6 MG TABLET,EXTENDED RELEASE	1	PA,QL(90 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL		
AUSTEDO XR TITRATION (WEEK 1-4) 12-18-24-30 MG TABLET, ER 24HR DOSE PK	1	PA,QL(28 cada 28 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL		
AVONEX 30 MCG/0.5 ML INTRAMUSCULAR PEN KIT[NP]	*	QL(1 cada 28 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL		
AVONEX 30 MCG/0.5 ML INTRAMUSCULAR SYRINGE KIT[NP]	*	QL(1 cada 28 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL		
AZSTARYS 26.1 MG-5.2 MG CAPSULE[NP]	*	PA,QL(30 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL		
AZSTARYS 39.2 MG-7.8 MG CAPSULE[NP]	*	PA,QL(30 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL		
AZSTARYS 52.3 MG-10.4 MG CAPSULE[NP]	*	PA,QL(30 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL		
BAFIERTAM 95 MG CAPSULE,DELAYED RELEASE[NP]	*	QL(120 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL		

• NP – no preferido • OTC – sin receta • PA – autorización previa • QL – Límite de cantidad
• ST – Terapia por fases

Nombre del medicamento	Grupo del nivel del medica-mento	Requisitos de manejo de utilización	Nombre de la categoría terapéutica	Edad mínima	Edad máxima
BETASERON 0.3 MG SUBCUTANEOUS KIT	1	QL(15 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL		
BRIUMVI 25 MG/ML INTRAVENOUS SOLUTION[NP]	*		AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL		
cladribine (multiple sclerosis) 10 mg tablet[NP]	*		AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL		
clonidine hcl er 0.1 mg tablet,extended release,12 hr	1	QL(120 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL	8	
CONCERTA 18 MG TABLET,EXTENDED RELEASE	1	QL(30 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL		
CONCERTA 27 MG TABLET,EXTENDED RELEASE	1	QL(30 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL		
CONCERTA 36 MG TABLET,EXTENDED RELEASE	1	QL(60 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL		
CONCERTA 54 MG TABLET,EXTENDED RELEASE	1	QL(30 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL		
COPAXONE 20 MG/ML SUBCUTANEOUS SYRINGE	1	QL(30 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL		
COPAXONE 40 MG/ML SUBCUTANEOUS SYRINGE	1	QL(12 cada 28 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL		
COTEMPLA XR-ODT 17.3 MG EXTENDED RELEASE DISINTEGRATING TABLET[NP]	*	PA,QL(30 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL		
COTEMPLA XR-ODT 25.9 MG EXTENDED RELEASE DISINTEGRATING TABLET[NP]	*	PA,QL(60 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL		
COTEMPLA XR-ODT 8.6 MG EXTENDED RELEASE DISINTEGRATING TABLET[NP]	*	PA,QL(30 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL		
dalfampridine er 10 mg tablet,extended release,12 hr[NP]	*	QL(60 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL		
DEXEDRINE SPANSULE 10 MG CAPSULE,EXTENDED RELEASE[NP]	*	PA,QL(180 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL		
DEXEDRINE SPANSULE 15 MG CAPSULE,EXTENDED RELEASE[NP]	*	PA,QL(120 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL		
dexmethylphenidate 10 mg tablet	1	QL(60 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL	8	
dexmethylphenidate 2.5 mg tablet	1	QL(60 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL		
dexmethylphenidate 5 mg tablet	1	QL(60 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL		
dexmethylphenidate er 10 mg capsule,extended release biphasic50-50	1	QL(30 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL		
dexmethylphenidate er 15 mg capsule,extended release biphasic50-50	1	QL(30 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL		
dexmethylphenidate er 20 mg capsule,extended release biphasic50-50	1	QL(30 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL		
dexmethylphenidate er 25 mg capsule,extended release biphasic50-50	1	QL(30 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL	8	
dexmethylphenidate er 30 mg capsule,extended release biphasic50-50	1	QL(30 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL		
dexmethylphenidate er 35 mg capsule,extended release biphasic50-50	1	QL(30 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL		

• NP – no preferido • OTC – sin receta • PA – autorización previa • QL – Límite de cantidad
• ST – Terapia por fases

Nombre del medicamento	Grupo del nivel del medica-mento	Requisitos de manejo de utilización	Nombre de la categoría terapéutica	Edad mínima	Edad máxima
dexmethylphenidate er 40 mg capsule,extended release biphasic50-50	1	QL(30 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL	8	
dexmethylphenidate er 5 mg capsule,extended release biphasic50-50	1	QL(30 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL		
dextroamphetamine sulfate 10 mg tablet[NP]	*	PA,QL(180 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL		
dextroamphetamine sulfate 15 mg tablet[NP]	*	PA,QL(120 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL		
dextroamphetamine sulfate 2.5 mg tablet[NP]	*	PA,QL(90 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL		
dextroamphetamine sulfate 20 mg tablet[NP]	*	PA,QL(90 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL		
dextroamphetamine sulfate 30 mg tablet[NP]	*	PA,QL(60 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL		
dextroamphetamine sulfate 5 mg tablet[NP]	*	PA,QL(150 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL		
dextroamphetamine sulfate 5 mg/5 ml oral solution[NP]	*	PA,QL(1800 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL		
dextroamphetamine sulfate 7.5 mg tablet[NP]	*	PA,QL(90 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL		
dextroamphetamine sulfate er 10 mg capsule,extended release[NP]	*	PA,QL(180 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL		
dextroamphetamine sulfate er 15 mg capsule,extended release[NP]	*	PA,QL(120 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL		
dextroamphetamine sulfate er 5 mg capsule,extended release[NP]	*	PA,QL(60 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL		
dextroamphetamine-amphetamine 10 mg tablet	1	QL(90 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL		
dextroamphetamine-amphetamine 12.5 mg tablet	1	QL(90 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL		
dextroamphetamine-amphetamine 15 mg tablet	1	QL(90 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL		
dextroamphetamine-amphetamine 20 mg tablet	1	QL(90 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL		
dextroamphetamine-amphetamine 30 mg tablet	1	QL(60 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL		
dextroamphetamine-amphetamine 5 mg tablet	1	QL(90 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL		
dextroamphetamine-amphetamine 7.5 mg tablet	1	QL(90 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL		
dextroamphetamine-amphetamine er 10 mg 24hr capsule,extend release	1	QL(30 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL		
dextroamphetamine-amphetamine er 12.5 mg capsule, 3 bead, ext rel 24hr[NP]	*	PA,QL(30 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL		
dextroamphetamine-amphetamine er 15 mg 24hr capsule,extend release	1	QL(30 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL		
dextroamphetamine-amphetamine er 20 mg 24hr capsule,extend release	1	QL(60 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL		
dextroamphetamine-amphetamine er 25 mg 24hr capsule,extend release	1	QL(60 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL		

• NP – no preferido • OTC – sin receta • PA – autorización previa • QL – Límite de cantidad
• ST – Terapia por fases

Nombre del medicamento	Grupo del nivel del medica-mento	Requisitos de manejo de utilización	Nombre de la categoría terapéutica	Edad mínima	Edad máxima
dextroamphetamine-amphetamine er 25 mg capsule,3 bead,ext release 24hr[NP]	*	PA,QL(30 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL		
dextroamphetamine-amphetamine er 30 mg 24hr capsule,extend release	1	QL(60 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL		
dextroamphetamine-amphetamine er 37.5 mg capsule, 3 bead, ext rel 24hr[NP]	*	PA,QL(30 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL		
dextroamphetamine-amphetamine er 5 mg 24hr capsule,extend release	1	QL(30 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL		
dextroamphetamine-amphetamine er 50 mg capsule,3 bead,ext release 24hr[NP]	*	PA,QL(30 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL		
dextromethorphan 20 mg-quinidine 10 mg capsule[NP]	*	QL(60 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL		
dimethyl fumarate 120 mg (14)-240 mg (46) capsule,delayed release	1	QL(60 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL		
dimethyl fumarate 120 mg capsule,delayed release	1	QL(14 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL		
dimethyl fumarate 240 mg capsule,delayed release	1	QL(60 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL		
DRIZALMA SPRINKLE 20 MG CAPSULE,DELAYED RELEASE[NP]	*	QL(180 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL		
DRIZALMA SPRINKLE 30 MG CAPSULE,DELAYED RELEASE[NP]	*	QL(120 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL		
DRIZALMA SPRINKLE 40 MG CAPSULE,DELAYED RELEASE[NP]	*	QL(90 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL		
DRIZALMA SPRINKLE 60 MG CAPSULE,DELAYED RELEASE[NP]	*	QL(60 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL		
duloxetine 120 mg capsule,delayed release	1	QL(30 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL		
duloxetine 20 mg capsule,delayed release	1	QL(180 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL		
duloxetine 30 mg capsule,delayed release	1	QL(120 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL		
duloxetine 40 mg capsule,delayed release	1	QL(90 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL		
duloxetine 60 mg capsule,delayed release	1	QL(60 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL		
duloxetine 80 mg capsule,delayed release	1	QL(30 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL		
duloxetine 90 mg capsule,delayed release	1	QL(30 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL		
DYANAVEL XR 10 MG TABLET, EXTENDED RELEASE[NP]	*	PA,QL(30 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL		
DYANAVEL XR 15 MG TABLET, EXTENDED RELEASE[NP]	*	PA,QL(30 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL		
DYANAVEL XR 2.5 MG/ML ORAL 24 HR EXTENDED RELEASE SUSPENSION	1	PA,QL(240 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL		
DYANAVEL XR 20 MG TABLET, EXTENDED RELEASE[NP]	*	PA,QL(30 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL		
DYANAVEL XR 5 MG TABLET, EXTENDED RELEASE[NP]	*	PA,QL(30 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL		

• NP – no preferido • OTC – sin receta • PA – autorización previa • QL – Límite de cantidad
• ST – Terapia por fases

Nombre del medicamento	Grupo del nivel del medica-mento	Requisitos de manejo de utilización	Nombre de la categoría terapéutica	Edad mínima	Edad máxima
EVEKEO 10 MG TABLET[NP]	*	PA,QL(90 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL		
EVEKEO 5 MG TABLET[NP]	*	PA,QL(90 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL		
fingolimod 0.5 mg capsule[NP]	*	QL(30 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL		
FIRDAPSE 10 MG TABLET[NP]	*	QL(300 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL		
FOCALIN 10 MG TABLET[NP]	*	PA,QL(60 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL		
FOCALIN 2.5 MG TABLET[NP]	*	PA,QL(60 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL		
FOCALIN 5 MG TABLET[NP]	*	PA,QL(60 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL		
FOCALIN XR 10 MG CAPSULE,EXTENDED RELEASE	1	QL(30 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL		
FOCALIN XR 15 MG CAPSULE,EXTENDED RELEASE	1	QL(30 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL		
FOCALIN XR 20 MG CAPSULE,EXTENDED RELEASE	1	QL(30 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL		
FOCALIN XR 25 MG CAPSULE,EXTENDED RELEASE	1	QL(30 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL		
FOCALIN XR 30 MG CAPSULE,EXTENDED RELEASE	1	QL(30 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL		
FOCALIN XR 35 MG CAPSULE,EXTENDED RELEASE	1	QL(30 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL		
FOCALIN XR 40 MG CAPSULE,EXTENDED RELEASE	1	QL(30 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL		
FOCALIN XR 5 MG CAPSULE,EXTENDED RELEASE	1	QL(30 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL		
gabapentin er 300 mg tablet,extended release 24 hr[NP]	*	QL(30 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL		
gabapentin er 450 mg tablet,extended release 24 hr[NP]	*	QL(90 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL		
gabapentin er 600 mg tablet,extended release 24 hr[NP]	*	QL(90 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL		
gabapentin er 750 mg tablet,extended release 24 hr[NP]	*	QL(60 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL		
gabapentin er 900 mg tablet,extended release 24 hr[NP]	*	QL(60 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL		
GILENYA 0.25 MG CAPSULE[NP]	*	QL(30 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL		
GILENYA 0.5 MG CAPSULE	1	PA,QL(30 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL		
glatiramer 20 mg/ml subcutaneous syringe[NP]	*	QL(30 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL		
glatiramer 40 mg/ml subcutaneous syringe[NP]	*	QL(12 cada 28 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL		
glatopa 20 mg/ml subcutaneous syringe	1	QL(30 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL		

• NP – no preferido • OTC – sin receta • PA – autorización previa • QL – Límite de cantidad
• ST – Terapia por fases

Nombre del medicamento	Grupo del nivel del medica-mento	Requisitos de manejo de utilización	Nombre de la categoría terapéutica	Edad mínima	Edad máxima
glatopa 40 mg/ml subcutaneous syringe	1	QL(12 cada 28 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL		
GRALISE 300 MG (9)-600 MG (24) TABLET, ER 24 HR DOSE PACK[NP]	*	QL(33 cada 15 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL		
GRALISE 300 MG TABLET,EXTENDED RELEASE[NP]	*	QL(30 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL		
GRALISE 450 MG TABLET,EXTENDED RELEASE[NP]	*	QL(90 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL		
GRALISE 600 MG TABLET,EXTENDED RELEASE[NP]	*	QL(90 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL		
GRALISE 750 MG TABLET,EXTENDED RELEASE[NP]	*	QL(60 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL		
GRALISE 900 MG TABLET,EXTENDED RELEASE[NP]	*	QL(60 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL		
guanfacine er 1 mg tablet,extended release 24 hr	1	QL(30 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL		
guanfacine er 2 mg tablet,extended release 24 hr	1	QL(30 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL		
guanfacine er 3 mg tablet,extended release 24 hr	1	QL(30 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL		
guanfacine er 4 mg tablet,extended release 24 hr	1	QL(30 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL		
HORIZANT ER 300 MG TABLET,EXTENDED RELEASE[NP]	*	QL(60 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL		
HORIZANT ER 600 MG TABLET,EXTENDED RELEASE[NP]	*	QL(60 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL		
INGREZZA 40 MG CAPSULE	1	PA,QL(30 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL		
INGREZZA 60 MG CAPSULE	1	PA,QL(30 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL		
INGREZZA 80 MG CAPSULE	1	PA,QL(30 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL		
INGREZZA INITIATION (TARDIVE) 40 MG (7)-80 MG (21) CAPSULES, DOSE PACK	1	PA,QL(28 cada 28 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL		
INGREZZA SPRINKLE 40 MG CAPSULE	1	PA,QL(30 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL		
INGREZZA SPRINKLE 60 MG CAPSULE	1	PA,QL(30 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL		
INGREZZA SPRINKLE 80 MG CAPSULE	1	PA,QL(30 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL		
INTUNIV ER 1 MG TABLET,EXTENDED RELEASE[NP]	*	PA,QL(30 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL		
INTUNIV ER 2 MG TABLET,EXTENDED RELEASE[NP]	*	PA,QL(30 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL		
INTUNIV ER 3 MG TABLET,EXTENDED RELEASE[NP]	*	PA,QL(30 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL		
INTUNIV ER 4 MG TABLET,EXTENDED RELEASE[NP]	*	PA,QL(30 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL		
JORNAY PM 100 MG CAPSULE,DELAYED RELEASE,EXTENDED RELEASE SPRINKLE	1	PA,QL(30 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL		

• NP – no preferido • OTC – sin receta • PA – autorización previa • QL – Límite de cantidad
• ST – Terapia por fases

Nombre del medicamento	Grupo del nivel del medica-mento	Requisitos de manejo de utilización	Nombre de la categoría terapéutica	Edad mínima	Edad máxima
JORNAY PM 20 MG CAPSULE,DELAYED RELEASE,EXTENDED RELEASE SPRINKLE	1	PA,QL(30 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL		
JORNAY PM 40 MG CAPSULE,DELAYED RELEASE,EXTENDED RELEASE SPRINKLE	1	PA,QL(30 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL		
JORNAY PM 60 MG CAPSULE,DELAYED RELEASE,EXTENDED RELEASE SPRINKLE	1	PA,QL(30 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL		
JORNAY PM 80 MG CAPSULE,DELAYED RELEASE,EXTENDED RELEASE SPRINKLE	1	PA,QL(30 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL		
KESIMPTA PEN 20 MG/0.4 ML SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR	1	PA,QL(6 cada 365 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL		
LEMTRADA 12 MG/1.2 ML INTRAVENOUS SOLUTION[NP]	*	QL(6 cada 365 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL		
lisdexamfetamine 10 mg capsule[NP]	*	PA,QL(30 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL		
lisdexamfetamine 10 mg chewable tablet[NP]	*	PA,QL(30 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL		
lisdexamfetamine 20 mg capsule[NP]	*	PA,QL(30 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL		
lisdexamfetamine 20 mg chewable tablet[NP]	*	PA,QL(30 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL		
lisdexamfetamine 30 mg capsule[NP]	*	PA,QL(30 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL		
lisdexamfetamine 30 mg chewable tablet[NP]	*	PA,QL(30 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL		
lisdexamfetamine 40 mg capsule[NP]	*	PA,QL(30 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL		
lisdexamfetamine 40 mg chewable tablet[NP]	*	PA,QL(30 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL		
lisdexamfetamine 50 mg capsule[NP]	*	PA,QL(30 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL		
lisdexamfetamine 50 mg chewable tablet[NP]	*	PA,QL(30 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL		
lisdexamfetamine 60 mg capsule[NP]	*	PA,QL(30 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL		
lisdexamfetamine 60 mg chewable tablet[NP]	*	PA,QL(30 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL		
lisdexamfetamine 70 mg capsule[NP]	*	PA,QL(30 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL		
LYNKUET 60 MG CAPSULE[NP]	*	QL(60 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL		
LYRICA 100 MG CAPSULE[NP]	*	QL(90 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL		
LYRICA 150 MG CAPSULE[NP]	*	QL(90 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL		
LYRICA 20 MG/ML ORAL SOLUTION[NP]	*	QL(900 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL		
LYRICA 200 MG CAPSULE[NP]	*	QL(90 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL		
LYRICA 225 MG CAPSULE[NP]	*	QL(60 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL		

• NP – no preferido • OTC – sin receta • PA – autorización previa • QL – Límite de cantidad
• ST – Terapia por fases

Nombre del medicamento	Grupo del nivel del medica-mento	Requisitos de manejo de utilización	Nombre de la categoría terapéutica	Edad mínima	Edad máxima
LYRICA 25 MG CAPSULE[NP]	*	QL(90 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL		
LYRICA 300 MG CAPSULE[NP]	*	QL(60 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL		
LYRICA 50 MG CAPSULE[NP]	*	QL(90 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL		
LYRICA 75 MG CAPSULE[NP]	*	QL(90 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL		
LYRICA CR 165 MG TABLET,EXTENDED RELEASE[NP]	*	QL(30 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL		
LYRICA CR 330 MG TABLET,EXTENDED RELEASE[NP]	*	QL(60 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL		
LYRICA CR 82.5 MG TABLET,EXTENDED RELEASE[NP]	*	QL(30 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL		
MAVENCLAD (10 TABLET PACK) 10 MG TABLET[NP]	*		AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL		
MAVENCLAD (4 TABLET PACK) 10 MG TABLET[NP]	*		AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL		
MAVENCLAD (5 TABLET PACK) 10 MG TABLET[NP]	*		AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL		
MAVENCLAD (6 TABLET PACK) 10 MG TABLET[NP]	*		AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL		
MAVENCLAD (7 TABLET PACK) 10 MG TABLET[NP]	*		AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL		
MAVENCLAD (8 TABLET PACK) 10 MG TABLET[NP]	*		AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL		
MAVENCLAD (9 TABLET PACK) 10 MG TABLET[NP]	*		AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL		
MAYZENT 0.25 MG TABLET[NP]	*	QL(120 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL		
MAYZENT 1 MG TABLET[NP]	*	QL(30 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL		
MAYZENT 2 MG TABLET[NP]	*	QL(30 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL		
MAYZENT STARTER PACK (FOR 1 MG MAINT DOSE) 0.25 MG (7 TABS) TABLETS[NP]	*	QL(7 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL		
MAYZENT STARTER PACK (FOR 2 MG MAINT DOSE) 0.25 MG (12 TABS) TABLETS[NP]	*	QL(12 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL		
methamphetamine 5 mg tablet[NP]	*	PA,QL(150 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL		
METHYLIN 10 MG/5 ML ORAL SOLUTION[NP]	*	PA,QL(900 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL		
METHYLIN 5 MG/5 ML ORAL SOLUTION[NP]	*	PA,QL(1800 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL		
methylphenidate 10 mg chewable tablet[NP]	*	PA,QL(180 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL		
methylphenidate 10 mg tablet	1	QL(90 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL		

• NP – no preferido • OTC – sin receta • PA – autorización previa • QL – Límite de cantidad
• ST – Terapia por fases

Nombre del medicamento	Grupo del nivel del medica-mento	Requisitos de manejo de utilización	Nombre de la categoría terapéutica	Edad mínima	Edad máxima
methylphenidate 10 mg/5 ml oral solution[NP]	*	PA,QL(900 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL		
methylphenidate 10 mg/9 hr daily transdermal patch[NP]	*	PA,QL(30 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL		
methylphenidate 15 mg/9 hr daily transdermal patch[NP]	*	PA,QL(30 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL		
methylphenidate 17.3 mg er,ir disintegrating 24 hr tablet[NP]	*	QL(30 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL		
methylphenidate 2.5 mg chewable tablet[NP]	*	PA,QL(150 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL		
methylphenidate 20 mg tablet	1	QL(90 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL		
methylphenidate 20 mg/9 hr daily transdermal patch[NP]	*	PA,QL(30 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL		
methylphenidate 25.9 mg er,ir disintegrating 24 hr tablet[NP]	*	QL(60 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL		
methylphenidate 30 mg/9 hr daily transdermal patch[NP]	*	PA,QL(30 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL		
methylphenidate 5 mg chewable tablet[NP]	*	PA,QL(150 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL		
methylphenidate 5 mg tablet	1	QL(90 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL		
methylphenidate 5 mg/5 ml oral solution[NP]	*	PA,QL(1800 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL		
methylphenidate 8.6 mg er,ir disintegrating 24 hr tablet[NP]	*	QL(30 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL		
methylphenidate cd 10 mg biphasic 30-70 capsule,extended release[NP]	*	PA,QL(30 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL		
methylphenidate cd 20 mg biphasic 30-70 capsule,extended release[NP]	*	PA,QL(60 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL		
methylphenidate cd 30 mg biphasic 30-70 capsule,extended release[NP]	*	PA,QL(60 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL		
methylphenidate cd 40 mg biphasic 30-70 capsule,extended release[NP]	*	PA,QL(30 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL		
methylphenidate cd 50 mg biphasic 30-70 capsule,extended release[NP]	*	PA,QL(30 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL		
methylphenidate cd 60 mg biphasic 30-70 capsule,extended release[NP]	*	PA,QL(30 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL		
methylphenidate er 10 mg capsule,extended release (40-60) sprinkle[NP]	*	PA,QL(30 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL		
methylphenidate er 10 mg tablet,extended release	1	QL(180 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL		
methylphenidate er 15 mg capsule,extended release (40-60) sprinkle[NP]	*	PA,QL(30 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL		
methylphenidate er 18 mg tablet,extended release 24 hr[NP]	*	PA,QL(30 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL		
methylphenidate er 20 mg capsule,extended release (40-60) sprinkle[NP]	*	PA,QL(30 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL		

• NP – no preferido • OTC – sin receta • PA – autorización previa • QL – Límite de cantidad
• ST – Terapia por fases

Nombre del medicamento	Grupo del nivel del medica-mento	Requisitos de manejo de utilización	Nombre de la categoría terapéutica	Edad mínima	Edad máxima
methylphenidate er 20 mg tablet,extended release	1	QL(90 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL		
methylphenidate er 27 mg tablet,extended release 24 hr[NP]	*	PA,QL(30 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL		
methylphenidate er 30 mg capsule,extended release (40-60) sprinkle[NP]	*	PA,QL(30 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL		
methylphenidate er 36 mg tablet,extended release 24 hr[NP]	*	PA,QL(60 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL		
methylphenidate er 40 mg capsule,extended release (40-60) sprinkle[NP]	*	PA,QL(30 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL		
methylphenidate er 45 mg tablet,extended release 24 hr[NP]	*	PA,QL(30 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL		
methylphenidate er 50 mg capsule,extended release (40-60) sprinkle[NP]	*	PA,QL(30 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL		
methylphenidate er 54 mg tablet,extended release 24 hr[NP]	*	PA,QL(30 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL		
methylphenidate er 60 mg capsule,extended release (40-60) sprinkle[NP]	*	PA,QL(30 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL		
methylphenidate er 63 mg tablet,extended release 24 hr[NP]	*	PA,QL(30 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL		
methylphenidate er 72 mg tablet,extended release 24 hr[NP]	*	PA,QL(30 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL		
methylphenidate la 10 mg biphasic 50-50 capsule,extended release[NP]	*	PA,QL(30 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL		
methylphenidate la 20 mg biphasic 50-50 capsule,extended release[NP]	*	PA,QL(30 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL		
methylphenidate la 30 mg biphasic 50-50 capsule,extended release[NP]	*	PA,QL(60 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL		
methylphenidate la 40 mg biphasic 50-50 capsule,extended release[NP]	*	PA,QL(30 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL		
methylphenidate la 60 mg biphasic 50-50 capsule,extended release[NP]	*	PA,QL(30 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL		
milnacipran 100 mg tablet[NP]	*	QL(60 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL		
milnacipran 12.5 mg (5)-25 mg(8)-50mg(42) tablets in a dose pack[NP]	*	QL(60 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL		
milnacipran 12.5 mg tablet[NP]	*	QL(60 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL		
milnacipran 25 mg tablet[NP]	*	QL(60 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL		
milnacipran 50 mg tablet[NP]	*	QL(60 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL		
MYDAYIS 12.5 MG CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HR[NP]	*	PA,QL(30 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL		
MYDAYIS 25 MG CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HR[NP]	*	PA,QL(30 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL		
MYDAYIS 37.5 MG CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HR[NP]	*	PA,QL(30 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL		

• NP – no preferido • OTC – sin receta • PA – autorización previa • QL – Límite de cantidad
• ST – Terapia por fases

Nombre del medicamento	Grupo del nivel del medica-mento	Requisitos de manejo de utilización	Nombre de la categoría terapéutica	Edad mínima	Edad máxima
MYDAYIS 50 MG CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HR[NP]	*	PA,QL(30 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL		
NUEDEXTA 20 MG-10 MG CAPSULE[NP]	*	QL(60 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL		
OCREVUS 30 MG/ML INTRAVENOUS SOLUTION[NP]	*	PA,QL(40 cada 365 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL		
OCREVUS ZUNOVO 920 MG-23,000 UNIT/23 ML SUBCUTANEOUS SOLUTION[NP]	*	QL(46 cada 365 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL		
ONYDA XR 0.1 MG/ML ORAL SUSPENSION,EXTENDED RELEASE	1	PA,QL(120 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL		
PLEGRIDY 125 MCG/0.5 ML INTRAMUSCULAR SYRINGE[NP]	*	QL(1 cada 28 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL		
PLEGRIDY 125 MCG/0.5 ML SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR[NP]	*	QL(1 cada 28 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL		
PLEGRIDY 125 MCG/0.5 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE[NP]	*	QL(1 cada 28 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL		
PLEGRIDY 63 MCG/0.5 ML-94 MCG/0.5 ML SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR[NP]	*	QL(1 cada 28 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL		
PLEGRIDY 63 MCG/0.5 ML-94 MCG/0.5 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE[NP]	*	QL(1 cada 28 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL		
PONVORY 14-DAY STARTER PACK 2-3-4-5-6-7-8-9-10 MG TABLETS[NP]	*	QL(14 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL		
PONVORY 20 MG TABLET[NP]	*	QL(30 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL		
pregabalin 100 mg capsule	1	QL(90 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL		
pregabalin 150 mg capsule	1	QL(90 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL		
pregabalin 20 mg/ml oral solution	1	QL(900 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL		
pregabalin 200 mg capsule	1	QL(90 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL		
pregabalin 225 mg capsule	1	QL(60 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL		
pregabalin 25 mg capsule	1	QL(90 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL		
pregabalin 300 mg capsule	1	QL(60 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL		
pregabalin 50 mg capsule	1	QL(90 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL		
pregabalin 75 mg capsule	1	QL(90 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL		
pregabalin er 165 mg tablet, extended release 24 hr[NP]	*	QL(30 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL		
pregabalin er 330 mg tablet, extended release 24 hr[NP]	*	QL(60 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL		
pregabalin er 82.5 mg tablet, extended release 24 hr[NP]	*	QL(30 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL		
procentra 5 mg/5 ml oral solution[NP]	*	PA,QL(1800 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL		

• NP – no preferido • OTC – sin receta • PA – autorización previa • QL – Límite de cantidad
• ST – Terapia por fases

Nombre del medicamento	Grupo del nivel del medica-mento	Requisitos de manejo de utilización	Nombre de la categoría terapéutica	Edad mínima	Edad máxima
QELBREE 100 MG CAPSULE,EXTENDED RELEASE	1	QL(90 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL		
QELBREE 150 MG CAPSULE,EXTENDED RELEASE	1	QL(60 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL		
QELBREE 200 MG CAPSULE,EXTENDED RELEASE	1	QL(90 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL		
QUILLICHEW ER 20 MG CHEWABLE TABLET, EXTENDED RELEASE	1	PA,QL(30 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL		
QUILLICHEW ER 30 MG CHEWABLE TABLET, EXTENDED RELEASE	1	PA,QL(60 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL		
QUILLICHEW ER 40 MG CHEWABLE, EXTENDED RELEASE TABLET	1	PA,QL(30 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL		
QUILLIVANT XR 5 MG/ML (25 MG/5 ML) ORAL SUSPENSION,EXTEND RELEASE 24HR	1	PA,QL(360 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL		
RADICAVA ORS 105 MG/5 ML ORAL SUSPENSION[NP]	*	PA,QL(70 cada 28 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL		
RADICAVA ORS STARTER KIT SUSPENSION 105 MG/5 ML ORAL[NP]	*	PA,QL(70 cada 28 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL		
REBIF (WITH ALBUMIN) 22 MCG/0.5 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE	1	QL(6 cada 28 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL		
REBIF (WITH ALBUMIN) 44 MCG/0.5 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE	1	QL(6 cada 28 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL		
REBIF REBIDOSE 22 MCG/0.5 ML SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR	1	QL(6 cada 28 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL		
REBIF REBIDOSE 44 MCG/0.5 ML SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR	1	QL(6 cada 28 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL		
REBIF REBIDOSE 8.8 MCG/0.2 ML-22 MCG/0.5 ML (6) SUBCUTANEOUS PEN INJ.	1	QL(4.2 cada 28 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL		
REBIF TITRATION PACK 8.8 MCG/0.2 ML-22 MCG/0.5 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE	1	QL(4.2 cada 28 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL		
RELEXXII 18 MG TABLET,EXTENDED RELEASE[NP]	*	PA,QL(30 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL		
RELEXXII 27 MG TABLET,EXTENDED RELEASE[NP]	*	PA,QL(30 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL		
RELEXXII 36 MG TABLET,EXTENDED RELEASE[NP]	*	PA,QL(60 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL		
RELEXXII 45 MG TABLET,EXTENDED RELEASE[NP]	*	PA,QL(30 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL		
RELEXXII 54 MG TABLET,EXTENDED RELEASE[NP]	*	PA,QL(30 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL		
RELEXXII 63 MG TABLET,EXTENDED RELEASE[NP]	*	PA,QL(30 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL		
RELEXXII 72 MG TABLET,EXTENDED RELEASE[NP]	*	PA,QL(30 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL		
riluzole 50 mg tablet	1		AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL		
RITALIN 10 MG TABLET[NP]	*	PA,QL(90 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL		

• NP – no preferido • OTC – sin receta • PA – autorización previa • QL – Límite de cantidad
• ST – Terapia por fases

Nombre del medicamento	Grupo del nivel del medica-mento	Requisitos de manejo de utilización	Nombre de la categoría terapéutica	Edad mínima	Edad máxima
RITALIN 20 MG TABLET[NP]	*	PA,QL(90 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL		
RITALIN 5 MG TABLET[NP]	*	PA,QL(90 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL		
RITALIN LA 20 MG CAPSULE,EXTENDED RELEASE[NP]	*	PA,QL(30 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL		
RITALIN LA 40 MG CAPSULE,EXTENDED RELEASE[NP]	*	PA,QL(30 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL		
SAVELLA 100 MG TABLET[NP]	*	QL(60 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL		
SAVELLA 12.5 MG (5)-25 MG(8)-50MG(42) TABLETS IN A DOSE PACK[NP]	*	QL(60 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL		
SAVELLA 12.5 MG TABLET[NP]	*	QL(60 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL		
SAVELLA 25 MG TABLET[NP]	*	QL(60 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL		
SAVELLA 50 MG TABLET[NP]	*	QL(60 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL		
STRATTERA 10 MG CAPSULE	1	QL(60 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL		
STRATTERA 100 MG CAPSULE	1	QL(30 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL		
STRATTERA 18 MG CAPSULE	1	QL(60 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL		
STRATTERA 25 MG CAPSULE	1	QL(60 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL		
STRATTERA 40 MG CAPSULE	1	QL(60 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL		
STRATTERA 60 MG CAPSULE	1	QL(30 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL		
STRATTERA 80 MG CAPSULE	1	QL(30 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL		
TASCENSO ODT 0.25 MG DISINTEGRATING TABLET[NP]	*	QL(30 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL		
TASCENSO ODT 0.5 MG DISINTEGRATING TABLET[NP]	*	QL(30 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL		
TECFIDERA 120 MG (14)-240 MG (46) CAPSULE,DELAYED RELEASE	1	QL(60 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL		
TECFIDERA 120 MG CAPSULE,DELAYED RELEASE	1	QL(14 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL		
TECFIDERA 240 MG CAPSULE,DELAYED RELEASE	1	QL(60 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL		
TEGLUTIK 50 MG/10 ML ORAL SUSPENSION[NP]	*	QL(600 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL		
teriflunomide 14 mg tablet[NP]	*	QL(30 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL		
teriflunomide 7 mg tablet[NP]	*	QL(30 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL		
tetrabenazine 12.5 mg tablet[NP]	*	QL(240 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL		

• NP – no preferido • OTC – sin receta • PA – autorización previa • QL – Límite de cantidad
• ST – Terapia por fases

Nombre del medicamento	Grupo del nivel del medica-mento	Requisitos de manejo de utilización	Nombre de la categoría terapéutica	Edad mínima	Edad máxima
tetrabenazine 25 mg tablet[NP]	*	QL(120 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL		
TIGLUTIK 50 MG/10 ML ORAL SUSPENSION[NP]	*	QL(600 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL		
TYRUKO 300 MG/15 ML INTRAVENOUS SOLUTION[NP]	*	QL(15 cada 28 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL		
TYSABRI 300 MG/15 ML INTRAVENOUS SOLUTION[NP]	*	QL(15 cada 28 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL		
VEOZAH 45 MG TABLET[NP]	*	QL(30 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL		
VUMERITY 231 MG CAPSULE,DELAYED RELEASE[NP]	*	QL(120 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL		
VYVANSE 10 MG CAPSULE	1	QL(30 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL		
VYVANSE 10 MG CHEWABLE TABLET	1	QL(30 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL		
VYVANSE 20 MG CAPSULE	1	QL(30 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL		
VYVANSE 20 MG CHEWABLE TABLET	1	QL(30 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL		
VYVANSE 30 MG CAPSULE	1	QL(30 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL		
VYVANSE 30 MG CHEWABLE TABLET	1	QL(30 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL		
VYVANSE 40 MG CAPSULE	1	QL(30 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL		
VYVANSE 40 MG CHEWABLE TABLET	1	QL(30 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL		
VYVANSE 50 MG CAPSULE	1	QL(30 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL		
VYVANSE 50 MG CHEWABLE TABLET	1	QL(30 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL		
VYVANSE 60 MG CAPSULE	1	QL(30 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL		
VYVANSE 60 MG CHEWABLE TABLET	1	QL(30 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL		
VYVANSE 70 MG CAPSULE	1	QL(30 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL		
XELSTRYM 13.5 MG/9 HOUR TRANSDERMAL 24 HOUR PATCH[NP]	*	PA,QL(30 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL		
XELSTRYM 18 MG/9 HOUR TRANSDERMAL 24 HOUR PATCH[NP]	*	PA,QL(30 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL		
XELSTRYM 4.5 MG/9 HOUR TRANSDERMAL 24 HOUR PATCH[NP]	*	PA,QL(30 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL		
XELSTRYM 9 MG/9 HOUR TRANSDERMAL 24 HOUR PATCH[NP]	*	PA,QL(30 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL		
XENAZINE 12.5 MG TABLET[NP]	*	QL(240 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL		
XENAZINE 25 MG TABLET[NP]	*	QL(120 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL		

• NP – no preferido • OTC – sin receta • PA – autorización previa • QL – Límite de cantidad
• ST – Terapia por fases

Nombre del medicamento	Grupo del nivel del medica-mento	Requisitos de manejo de utilización	Nombre de la categoría terapéutica	Edad mínima	Edad máxima
zenzedi 10 mg tablet[NP]	*	PA,QL(180 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL		
ZENZEDI 15 MG TABLET[NP]	*	PA,QL(120 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL		
ZENZEDI 2.5 MG TABLET[NP]	*	PA,QL(90 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL		
ZENZEDI 20 MG TABLET[NP]	*	PA,QL(90 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL		
ZENZEDI 30 MG TABLET[NP]	*	PA,QL(60 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL		
zenzedi 5 mg tablet[NP]	*	PA,QL(150 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL		
ZENZEDI 7.5 MG TABLET[NP]	*	PA,QL(90 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL		
ZEPOSIA 0.92 MG CAPSULE[NP]	*	QL(30 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL		
ZEPOSIA STARTER KIT (28-DAY) 0.23 MG-0.46 MG-0.92 MG CAPSULES DOSEPACK[NP]	*	QL(28 cada 28 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL		
ZEPOSIA STARTER PACK (7-DAY) 0.23 MG (4)-0.46 MG (3) CAPSULES DOSEPACK[NP]	*	QL(7 cada 7 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL		
cevimeline 30 mg capsule[NP]	*		AGENTES DENTALES Y ORALES		
chlorhexidine gluconate 0.12 % mouthwash	1		AGENTES DENTALES Y ORALES		
EVOXAC 30 MG CAPSULE[NP]	*		AGENTES DENTALES Y ORALES		
pilocarpine 5 mg tablet	1		AGENTES DENTALES Y ORALES		
pilocarpine 7.5 mg tablet	1		AGENTES DENTALES Y ORALES		
triamcinolone acetonide 0.1 % dental paste	1		AGENTES DENTALES Y ORALES		
ABSORICA 10 MG CAPSULE[NP]	*	PA,QL(60 cada 30 días)	AGENTES DERMATOLÓGICOS		
ABSORICA 20 MG CAPSULE[NP]	*	PA,QL(60 cada 30 días)	AGENTES DERMATOLÓGICOS		
ABSORICA 25 MG CAPSULE[NP]	*	PA,QL(60 cada 30 días)	AGENTES DERMATOLÓGICOS		
ABSORICA 30 MG CAPSULE[NP]	*	PA,QL(60 cada 30 días)	AGENTES DERMATOLÓGICOS		
ABSORICA 35 MG CAPSULE[NP]	*	PA,QL(60 cada 30 días)	AGENTES DERMATOLÓGICOS		
ABSORICA 40 MG CAPSULE[NP]	*	PA,QL(120 cada 30 días)	AGENTES DERMATOLÓGICOS		
ABSORICA LD 16 MG CAPSULE[NP]	*	PA,QL(60 cada 30 días)	AGENTES DERMATOLÓGICOS		
ABSORICA LD 24 MG CAPSULE[NP]	*	PA,QL(60 cada 30 días)	AGENTES DERMATOLÓGICOS		
ABSORICA LD 32 MG CAPSULE[NP]	*	PA,QL(120 cada 30 días)	AGENTES DERMATOLÓGICOS		

• NP – no preferido • OTC – sin receta • PA – autorización previa • QL – Límite de cantidad
• ST – Terapia por fases

Nombre del medicamento	Grupo del nivel del medica-mento	Requisitos de manejo de utilización	Nombre de la categoría terapéutica	Edad mínima	Edad máxima
ABSORICA LD 8 MG CAPSULE[NP]	*	PA,QL(60 cada 30 días)	AGENTES DERMATOLÓGICOS		
acitretin 10 mg capsule[NP]	*		AGENTES DERMATOLÓGICOS		
acitretin 17.5 mg capsule[NP]	*		AGENTES DERMATOLÓGICOS		
acitretin 25 mg capsule[NP]	*		AGENTES DERMATOLÓGICOS		
adapalene 0.1 % topical cream[NP]	*		AGENTES DERMATOLÓGICOS		
adapalene 0.1 % topical gel[OTC]	1		AGENTES DERMATOLÓGICOS		
adapalene 0.1 %-benzoyl peroxide 2.5 % topical gel with pump[NP]	*		AGENTES DERMATOLÓGICOS		
adapalene 0.3 % topical gel[NP]	*		AGENTES DERMATOLÓGICOS		
adapalene 0.3 % topical gel with pump[NP]	*		AGENTES DERMATOLÓGICOS		
adapalene 0.3 %-benzoyl peroxide 2.5 % topical gel with pump[NP]	*		AGENTES DERMATOLÓGICOS		
ADBRY 150 MG/ML SUBCUTANEOUS SYRINGE[NP]	*	QL(6 cada 28 días)	AGENTES DERMATOLÓGICOS		
ADBRY 300 MG/2 ML SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR[NP]	*	QL(6 cada 28 días)	AGENTES DERMATOLÓGICOS		
ADQUEY 1 % TOPICAL OINTMENT[NP]	*		AGENTES DERMATOLÓGICOS		
AKLIEF 0.005 % TOPICAL CREAM[NP]	*		AGENTES DERMATOLÓGICOS		
alclometasone 0.05 % topical cream	1		AGENTES DERMATOLÓGICOS		
alclometasone 0.05 % topical ointment	1		AGENTES DERMATOLÓGICOS		
amcinonide 0.1 % topical cream[NP]	*		AGENTES DERMATOLÓGICOS		
amcinonide 0.1 % topical ointment[NP]	*		AGENTES DERMATOLÓGICOS		
ammonium lactate 12 % lotion	1		AGENTES DERMATOLÓGICOS		
ammonium lactate 12 % lotion[OTC]	1		AGENTES DERMATOLÓGICOS		
ammonium lactate 12 % topical cream[NP]	*		AGENTES DERMATOLÓGICOS		
ammonium lactate 12 % topical cream[NP]	*		AGENTES DERMATOLÓGICOS		
amnesteem 10 mg capsule[NP]	*	PA,QL(60 cada 30 días)	AGENTES DERMATOLÓGICOS		
amnesteem 20 mg capsule[NP]	*	PA,QL(60 cada 30 días)	AGENTES DERMATOLÓGICOS		
amnesteem 30 mg capsule[NP]	*	PA,QL(60 cada 30 días)	AGENTES DERMATOLÓGICOS		

• NP – no preferido • OTC – sin receta • PA – autorización previa • QL – Límite de cantidad
• ST – Terapia por fases

Nombre del medicamento	Grupo del nivel del medica-mento	Requisitos de manejo de utilización	Nombre de la categoría terapéutica	Edad mínima	Edad máxima
amnesteem 40 mg capsule[NP]	*	PA,QL(120 cada 30 dÍas)	AGENTES DERMATOLÓGICOS		
ANALPRAM-HC 2.5 %-1 % LOTION[NP]	*		AGENTES DERMATOLÓGICOS		
anti-itch (hydrocortisone) 1 % lotion[OTC]	1		AGENTES DERMATOLÓGICOS		
anti-itch (hydrocortisone) 1 % topical spray[OTC]	1		AGENTES DERMATOLÓGICOS		
ANZUPGO 2 % TOPICAL CREAM[NP]	*	QL(60 cada 28 dÍas)	AGENTES DERMATOLÓGICOS		
aquanil hc 1 % lotion[OTC]	1		AGENTES DERMATOLÓGICOS		
AVEENO ANTI-ITCH (HYDROCORTISONE) 1 % TOPICAL CREAM[OTC]	1		AGENTES DERMATOLÓGICOS		
azelaic acid 15 % topical gel[NP]	*		AGENTES DERMATOLÓGICOS		
beta-hc 1 % lotion[OTC]	1		AGENTES DERMATOLÓGICOS		
betamethasone dipropionate 0.05 % lotion[NP]	*		AGENTES DERMATOLÓGICOS		
betamethasone dipropionate 0.05 % topical cream[NP]	*		AGENTES DERMATOLÓGICOS	42	
betamethasone dipropionate 0.05 % topical ointment[NP]	*		AGENTES DERMATOLÓGICOS		
betamethasone valerate 0.1 % lotion	1		AGENTES DERMATOLÓGICOS		
betamethasone valerate 0.1 % topical cream	1		AGENTES DERMATOLÓGICOS		
betamethasone valerate 0.1 % topical ointment	1		AGENTES DERMATOLÓGICOS		
betamethasone valerate 0.12 % topical foam[NP]	*		AGENTES DERMATOLÓGICOS		
betamethasone, augmented 0.05 % lotion[NP]	*		AGENTES DERMATOLÓGICOS		
betamethasone, augmented 0.05 % topical cream[NP]	*		AGENTES DERMATOLÓGICOS		
betamethasone, augmented 0.05 % topical gel[NP]	*		AGENTES DERMATOLÓGICOS		
betamethasone, augmented 0.05 % topical ointment[NP]	*		AGENTES DERMATOLÓGICOS		
bp 10-1 10 %-1 % topical cleanser[NP]	*		AGENTES DERMATOLÓGICOS		
bpo 4 % topical gel[OTC]	1		AGENTES DERMATOLÓGICOS		
bpo 8 % topical gel[OTC]	1		AGENTES DERMATOLÓGICOS		
brimonidine 0.33 % topical gel with pump[NP]	*		AGENTES DERMATOLÓGICOS		
calcipotriene 0.005 % scalp solution	1	QL(60 cada 30 dÍas)	AGENTES DERMATOLÓGICOS		

• NP – no preferido • OTC – sin receta • PA – autorización previa • QL – Límite de cantidad
• ST – Terapia por fases

Nombre del medicamento	Grupo del nivel del medica-mento	Requisitos de manejo de utilización	Nombre de la categoría terapéutica	Edad mínima	Edad máxima
calcipotriene 0.005 % topical cream	1	QL(120 cada 30 días)	AGENTES DERMATOLÓGICOS		
calcipotriene 0.005 % topical foam[NP]	*	QL(120 cada 28 días)	AGENTES DERMATOLÓGICOS		
calcipotriene 0.005 % topical ointment	1		AGENTES DERMATOLÓGICOS		
calcipotriene-betamethasone 0.005 %-0.064 % topical ointment[NP]	*	QL(60 cada 30 días)	AGENTES DERMATOLÓGICOS		
calcipotriene-betamethasone 0.005 %-0.064 % topical suspension[NP]	*	QL(420 cada 30 días)	AGENTES DERMATOLÓGICOS		
calcitriol 3 mcg/gram topical ointment[NP]	*	QL(800 cada 28 días)	AGENTES DERMATOLÓGICOS		
CENTANY 2 % TOPICAL OINTMENT[NP]	*		AGENTES DERMATOLÓGICOS		
CENTANY AT 2 % OINTMENT TOPICAL KIT[NP]	*		AGENTES DERMATOLÓGICOS		
claravis 10 mg capsule[NP]	*	PA,QL(60 cada 30 días)	AGENTES DERMATOLÓGICOS		
claravis 20 mg capsule[NP]	*	PA,QL(60 cada 30 días)	AGENTES DERMATOLÓGICOS		
claravis 30 mg capsule[NP]	*	PA,QL(60 cada 30 días)	AGENTES DERMATOLÓGICOS		
claravis 40 mg capsule[NP]	*	PA,QL(120 cada 30 días)	AGENTES DERMATOLÓGICOS	40	
CLEOCIN T 1 % LOTION[NP]	*		AGENTES DERMATOLÓGICOS	40	
clindacin 1 % topical foam[NP]	*		AGENTES DERMATOLÓGICOS	40	
CLINDACIN ETZ 1 % TOPICAL KIT[NP]	*		AGENTES DERMATOLÓGICOS	40	
clindacin etz 1 % topical swab	1		AGENTES DERMATOLÓGICOS	40	
clindacin p 1 % topical swab	1		AGENTES DERMATOLÓGICOS	40	
CLINDACIN PAC 1 % TOPICAL KIT[NP]	*		AGENTES DERMATOLÓGICOS		
clindamycin 1 % lotion	1		AGENTES DERMATOLÓGICOS		
clindamycin 1 % topical foam[NP]	*		AGENTES DERMATOLÓGICOS		
clindamycin 1 % topical gel	1		AGENTES DERMATOLÓGICOS		
clindamycin 1 % topical gel, once daily	1		AGENTES DERMATOLÓGICOS		
clindamycin 1 %-benzoyl peroxide 5 % topical gel[NP]	*		AGENTES DERMATOLÓGICOS		
clindamycin 1 %-benzoyl peroxide 5 % topical gel with pump[NP]	*		AGENTES DERMATOLÓGICOS		
clindamycin 1.2 % (1 % base)-benzoyl peroxide 5 % topical gel[NP]	*		AGENTES DERMATOLÓGICOS		

• NP – no preferido • OTC – sin receta • PA – autorización previa • QL – Límite de cantidad
• ST – Terapia por fases

Nombre del medicamento	Grupo del nivel del medica-mento	Requisitos de manejo de utilización	Nombre de la categoría terapéutica	Edad mínima	Edad máxima
clindamycin 1.2 %(1 %base)-benzoyl peroxide 3.75 % topical gel in pump[NP]	*		AGENTES DERMATOLÓGICOS		
clindamycin 1.2 %-benzoyl peroxide 2.5 % topical gel with pump[NP]	*		AGENTES DERMATOLÓGICOS		
clindamycin phosphate 1 % topical solution	1		AGENTES DERMATOLÓGICOS		
clindamycin phosphate 1 % topical swab	1		AGENTES DERMATOLÓGICOS		
clindamycin-tretinoin 1.2 %-0.025 % topical gel[NP]	*		AGENTES DERMATOLÓGICOS		
clobetasol 0.025 % topical cream[NP]	*	QL(120 cada 30 dÍas)	AGENTES DERMATOLÓGICOS		
clobetasol 0.05 % lotion[NP]	*		AGENTES DERMATOLÓGICOS		
clobetasol 0.05 % scalp solution	1		AGENTES DERMATOLÓGICOS		
clobetasol 0.05 % shampoo[NP]	*		AGENTES DERMATOLÓGICOS		
clobetasol 0.05 % topical cream	1		AGENTES DERMATOLÓGICOS		
clobetasol 0.05 % topical foam[NP]	*		AGENTES DERMATOLÓGICOS		
clobetasol 0.05 % topical gel	1		AGENTES DERMATOLÓGICOS		
clobetasol 0.05 % topical ointment	1		AGENTES DERMATOLÓGICOS		
clobetasol 0.05 % topical spray[NP]	*		AGENTES DERMATOLÓGICOS		
clobetasol-emollient 0.05 % topical cream	1		AGENTES DERMATOLÓGICOS		
clobetasol-emollient 0.05 % topical foam[NP]	*		AGENTES DERMATOLÓGICOS		
clocortolone pivalate 0.1 % topical cream[NP]	*		AGENTES DERMATOLÓGICOS		
clodan 0.05 % shampoo[NP]	*		AGENTES DERMATOLÓGICOS		
CLODAN KIT 0.05 % TOPICAL KIT, SHAMPOO AND CLEANSER[NP]	*		AGENTES DERMATOLÓGICOS		
CONDYLOX 0.5 % TOPICAL GEL	1		AGENTES DERMATOLÓGICOS		
CORTEF 10 MG TABLET[NP]	*		AGENTES DERMATOLÓGICOS		
CORTEF 20 MG TABLET[NP]	*		AGENTES DERMATOLÓGICOS		
CORTEF 5 MG TABLET[NP]	*		AGENTES DERMATOLÓGICOS		
cortisone (hydrocortisone) 1 % lotion[OTC]	1		AGENTES DERMATOLÓGICOS		
cortisone cooling 1 % topical gel[OTC]	1		AGENTES DERMATOLÓGICOS		

• NP – no preferido • OTC – sin receta • PA – autorización previa • QL – Límite de cantidad
• ST – Terapia por fases

Nombre del medicamento	Grupo del nivel del medica-mento	Requisitos de manejo de utilización	Nombre de la categoría terapéutica	Edad mínima	Edad máxima
cortisone with aloe 1 % topical cream[OTC]	1		AGENTES DERMATOLÓGICOS		
cortizone-10 1 % lotion[OTC]	1		AGENTES DERMATOLÓGICOS		
cortizone-10 1 % topical gel[OTC]	1		AGENTES DERMATOLÓGICOS		
cortizone-10 1 % topical solution[OTC]	1		AGENTES DERMATOLÓGICOS		
cortizone-10 feminine itch relief 1 % topical cream[OTC]	1		AGENTES DERMATOLÓGICOS		
cortizone-10 with aloe 1 % topical cream[OTC]	1		AGENTES DERMATOLÓGICOS		
crotan 10 % lotion[NP]	*		AGENTES DERMATOLÓGICOS		
dapsone 5 % topical gel[NP]	*		AGENTES DERMATOLÓGICOS		
dapsone 7.5 % topical gel[NP]	*		AGENTES DERMATOLÓGICOS		
dapsone 7.5 % topical gel with pump[NP]	*		AGENTES DERMATOLÓGICOS		
DERMA-SMOOTHE/FS BODY OIL 0.01 %[NP]	*		AGENTES DERMATOLÓGICOS		
DERMA-SMOOTHE/FS SCALP OIL 0.01 %[NP]	*		AGENTES DERMATOLÓGICOS		
dermarest eczema (hydrocortisone) 1 % lotion[OTC]	1		AGENTES DERMATOLÓGICOS		
desonide 0.05 % lotion[NP]	*		AGENTES DERMATOLÓGICOS		
desonide 0.05 % topical cream	1		AGENTES DERMATOLÓGICOS		
desonide 0.05 % topical ointment	1		AGENTES DERMATOLÓGICOS		
desoximetasone 0.05 % topical cream[NP]	*		AGENTES DERMATOLÓGICOS		
desoximetasone 0.05 % topical gel[NP]	*		AGENTES DERMATOLÓGICOS		
desoximetasone 0.05 % topical ointment[NP]	*		AGENTES DERMATOLÓGICOS		
desoximetasone 0.25 % topical cream[NP]	*		AGENTES DERMATOLÓGICOS		
desoximetasone 0.25 % topical ointment[NP]	*		AGENTES DERMATOLÓGICOS		
desoximetasone 0.25 % topical spray[NP]	*		AGENTES DERMATOLÓGICOS		
diclofenac 3 % topical gel[NP]	*		AGENTES DERMATOLÓGICOS		
DIFFERIN 0.1 % TOPICAL GEL[OTC]	1		AGENTES DERMATOLÓGICOS		
diflorasone 0.05 % topical cream[NP]	*		AGENTES DERMATOLÓGICOS		

• NP – no preferido • OTC – sin receta • PA – autorización previa • QL – Límite de cantidad
• ST – Terapia por fases

Nombre del medicamento	Grupo del nivel del medica-mento	Requisitos de manejo de utilización	Nombre de la categoría terapéutica	Edad mínima	Edad máxima
diflorasone 0.05 % topical ointment[NP]	*		AGENTES DERMATOLÓGICOS		
doxepin 5 % topical cream[NP]	*	QL(45 cada 30 días)	AGENTES DERMATOLÓGICOS		
EBGLYSS PEN 250 MG/2 ML SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR	1	PA,QL(8 cada 28 días)	AGENTES DERMATOLÓGICOS		
EBGLYSS SYRINGE 250 MG/2 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE	1	PA,QL(8 cada 28 días)	AGENTES DERMATOLÓGICOS		
effaclar adapalene 0.1 % topical gel[OTC]	1		AGENTES DERMATOLÓGICOS		
ENSTILAR 0.005 %-0.064 % TOPICAL FOAM[NP]	*	QL(120 cada 30 días)	AGENTES DERMATOLÓGICOS		
EPIDUO FORTE 0.3 %-2.5 % TOPICAL GEL WITH PUMP[NP]	*		AGENTES DERMATOLÓGICOS		
EPIFOAM 1 %-1 % TOPICAL[NP]	*		AGENTES DERMATOLÓGICOS		
EPSOLAY 5 % TOPICAL CREAM[NP]	*	QL(30 cada 30 días)	AGENTES DERMATOLÓGICOS		
ery pads 2 % topical swab[NP]	*		AGENTES DERMATOLÓGICOS		
erythromycin with ethanol 2 % topical gel	1		AGENTES DERMATOLÓGICOS		
erythromycin with ethanol 2 % topical solution	1		AGENTES DERMATOLÓGICOS		
erythromycin-benzoyl peroxide 3 %-5 % topical gel	1		AGENTES DERMATOLÓGICOS		
EUCRISA 2 % TOPICAL OINTMENT	1	PA,QL(300 cada 365 días)	AGENTES DERMATOLÓGICOS		
FABIOR 0.1 % TOPICAL FOAM[NP]	*		AGENTES DERMATOLÓGICOS		
FINACEA 15 % TOPICAL FOAM[NP]	*		AGENTES DERMATOLÓGICOS		
fluocinolone 0.01 % scalp oil and shower cap	1		AGENTES DERMATOLÓGICOS		
fluocinolone 0.01 % topical body oil	1		AGENTES DERMATOLÓGICOS		
fluocinolone 0.01 % topical cream	1		AGENTES DERMATOLÓGICOS		
fluocinolone 0.01 % topical solution	1		AGENTES DERMATOLÓGICOS		
fluocinolone 0.025 % topical cream	1		AGENTES DERMATOLÓGICOS		
fluocinolone 0.025 % topical ointment	1		AGENTES DERMATOLÓGICOS		
fluocinonide 0.05 % topical cream	1		AGENTES DERMATOLÓGICOS		
fluocinonide 0.05 % topical gel	1		AGENTES DERMATOLÓGICOS		
fluocinonide 0.05 % topical ointment	1		AGENTES DERMATOLÓGICOS		

• NP – no preferido • OTC – sin receta • PA – autorización previa • QL – Límite de cantidad
• ST – Terapia por fases

Nombre del medicamento	Grupo del nivel del medica-mento	Requisitos de manejo de utilización	Nombre de la categoría terapéutica	Edad mínima	Edad máxima
fluocinonide 0.05 % topical solution	1		AGENTES DERMATOLÓGICOS		
fluocinonide 0.1 % topical cream	1		AGENTES DERMATOLÓGICOS		
fluocinonide-e 0.05 % topical cream	1		AGENTES DERMATOLÓGICOS		
fluocinonide-emollient 0.05 % topical cream	1		AGENTES DERMATOLÓGICOS		
fluorouracil 0.5 % topical cream[NP]	*		AGENTES DERMATOLÓGICOS		
fluorouracil 2 % topical solution[NP]	*	QL(30 cada 30 dÍas)	AGENTES DERMATOLÓGICOS		
fluorouracil 5 % topical cream[NP]	*		AGENTES DERMATOLÓGICOS		
fluorouracil 5 % topical solution[NP]	*	QL(60 cada 30 dÍas)	AGENTES DERMATOLÓGICOS		
flurandrenolide 0.05 % lotion[NP]	*		AGENTES DERMATOLÓGICOS		
fluticasone propionate 0.005 % topical ointment	1		AGENTES DERMATOLÓGICOS		
fluticasone propionate 0.05 % lotion[NP]	*		AGENTES DERMATOLÓGICOS		
fluticasone propionate 0.05 % topical cream	1		AGENTES DERMATOLÓGICOS		
halcinonide 0.1 % topical cream[NP]	*		AGENTES DERMATOLÓGICOS		
halcinonide 0.1 % topical solution[NP]	*		AGENTES DERMATOLÓGICOS		
halobetasol propionate 0.05 % lotion[NP]	*		AGENTES DERMATOLÓGICOS		
halobetasol propionate 0.05 % topical cream	1		AGENTES DERMATOLÓGICOS		
halobetasol propionate 0.05 % topical foam[NP]	*		AGENTES DERMATOLÓGICOS		
halobetasol propionate 0.05 % topical ointment	1		AGENTES DERMATOLÓGICOS		
HALOG 0.1 % TOPICAL CREAM[NP]	*		AGENTES DERMATOLÓGICOS		
HALOG 0.1 % TOPICAL SOLUTION[NP]	*		AGENTES DERMATOLÓGICOS		
home lice-bedbug-dust mite spray 0.5 % spray[OTC]	1		AGENTES DERMATOLÓGICOS		
hydravex 2 % topical gel[NP]	*		AGENTES DERMATOLÓGICOS		
hydrocortisone 0.5 % topical cream[OTC]	1		AGENTES DERMATOLÓGICOS		
hydrocortisone 0.5 % topical ointment[OTC]	1		AGENTES DERMATOLÓGICOS		
hydrocortisone 1 % lotion[OTC]	1		AGENTES DERMATOLÓGICOS		

• NP – no preferido • OTC – sin receta • PA – autorización previa • QL – Límite de cantidad
• ST – Terapia por fases

Nombre del medicamento	Grupo del nivel del medica-mento	Requisitos de manejo de utilización	Nombre de la categoría terapéutica	Edad mínima	Edad máxima
hydrocortisone 1 % topical cream	1		AGENTES DERMATOLÓGICOS		
hydrocortisone 1 % topical cream[OTC]	1		AGENTES DERMATOLÓGICOS		
hydrocortisone 1 % topical cream packet[OTC]	1		AGENTES DERMATOLÓGICOS		
hydrocortisone 1 % topical cream with perineal applicator	1		AGENTES DERMATOLÓGICOS		
hydrocortisone 1 % topical ointment[OTC]	1		AGENTES DERMATOLÓGICOS		
hydrocortisone 1 % topical ointment	1		AGENTES DERMATOLÓGICOS		
hydrocortisone 10 mg tablet	1		AGENTES DERMATOLÓGICOS		
hydrocortisone 2 % topical gel[NP]	*		AGENTES DERMATOLÓGICOS		
hydrocortisone 2.5 % lotion	1		AGENTES DERMATOLÓGICOS		
hydrocortisone 2.5 % topical cream	1		AGENTES DERMATOLÓGICOS		
hydrocortisone 2.5 % topical cream with perineal applicator	1		AGENTES DERMATOLÓGICOS		
hydrocortisone 2.5 % topical ointment	1		AGENTES DERMATOLÓGICOS		
hydrocortisone 2.5 % topical solution	1		AGENTES DERMATOLÓGICOS		
hydrocortisone 20 mg tablet	1		AGENTES DERMATOLÓGICOS		
hydrocortisone 5 mg tablet	1		AGENTES DERMATOLÓGICOS		
hydrocortisone butyrate 0.1 % lotion[NP]	*		AGENTES DERMATOLÓGICOS		
hydrocortisone butyrate 0.1 % topical cream[NP]	*		AGENTES DERMATOLÓGICOS		
hydrocortisone butyrate 0.1 % topical ointment[NP]	*		AGENTES DERMATOLÓGICOS		
hydrocortisone butyrate 0.1 % topical solution[NP]	*		AGENTES DERMATOLÓGICOS		
hydrocortisone plus 1 % topical cream[OTC]	1		AGENTES DERMATOLÓGICOS		
hydrocortisone valerate 0.2 % topical cream	1		AGENTES DERMATOLÓGICOS		
hydrocortisone valerate 0.2 % topical ointment	1		AGENTES DERMATOLÓGICOS		
hydrocortisone-aloe vera 0.5 % topical cream[OTC]	1		AGENTES DERMATOLÓGICOS		
hydrocortisone-aloe vera 1 % topical cream[OTC]	1		AGENTES DERMATOLÓGICOS		
HYDROXYM 2 % TOPICAL GEL[NP]	*		AGENTES DERMATOLÓGICOS		

• NP – no preferido • OTC – sin receta • PA – autorización previa • QL – Límite de cantidad
• ST – Terapia por fases

Nombre del medicamento	Grupo del nivel del medica-mento	Requisitos de manejo de utilización	Nombre de la categoría terapéutica	Edad mínima	Edad máxima
HYFTOR 0.2 % TOPICAL GEL[NP]	*		AGENTES DERMATOLÓGICOS		
ICOTYDE 200 MG TABLET[NP]	*	QL(30 cada 30 días)	AGENTES DERMATOLÓGICOS		
imiquimod 3.75 % topical cream in a pump[NP]	*	QL(15 cada 30 días)	AGENTES DERMATOLÓGICOS		
imiquimod 3.75 % topical cream packet[NP]	*	QL(28 cada 28 días)	AGENTES DERMATOLÓGICOS		
imiquimod 5 % topical cream packet	1	QL(12 cada 30 días)	AGENTES DERMATOLÓGICOS		
isotretinoin 10 mg capsule[NP]	*	QL(60 cada 30 días)	AGENTES DERMATOLÓGICOS		
isotretinoin 20 mg capsule[NP]	*	QL(60 cada 30 días)	AGENTES DERMATOLÓGICOS		
isotretinoin 25 mg capsule[NP]	*	QL(60 cada 30 días)	AGENTES DERMATOLÓGICOS		
isotretinoin 30 mg capsule[NP]	*	QL(60 cada 30 días)	AGENTES DERMATOLÓGICOS		
isotretinoin 35 mg capsule[NP]	*	QL(60 cada 30 días)	AGENTES DERMATOLÓGICOS		
isotretinoin 40 mg capsule[NP]	*	QL(120 cada 30 días)	AGENTES DERMATOLÓGICOS		
itch relief (hc) with aloe 1 % topical cream[OTC]	1		AGENTES DERMATOLÓGICOS		
ivermectin 1 % topical cream[NP]	*		AGENTES DERMATOLÓGICOS		
LEXETTE 0.05 % TOPICAL FOAM[NP]	*		AGENTES DERMATOLÓGICOS		
lice bedding spray 0.5 % aerosol[OTC]	1		AGENTES DERMATOLÓGICOS		
lice killing (permethrin) 1 % topical liquid[OTC]	1		AGENTES DERMATOLÓGICOS		
lice-bedbug-mite bedding 0.5 % spray[OTC]	1		AGENTES DERMATOLÓGICOS		
lidocaine 3 %-hydrocortisone 0.5 % topical cream[NP]	*		AGENTES DERMATOLÓGICOS		
lidocort 3 %-0.5 % topical cream[NP]	*		AGENTES DERMATOLÓGICOS		
mafenide 50 gram topical packet	1		AGENTES DERMATOLÓGICOS		
malathion 0.5 % lotion[NP]	*		AGENTES DERMATOLÓGICOS		
methoxsalen 10 mg liquid-filled,rapid release capsule[NP]	*		AGENTES DERMATOLÓGICOS		
MIRVASO 0.33 % TOPICAL GEL WITH PUMP[NP]	*		AGENTES DERMATOLÓGICOS		
mometasone 0.1 % topical cream	1		AGENTES DERMATOLÓGICOS		
mometasone 0.1 % topical ointment	1		AGENTES DERMATOLÓGICOS		

• NP – no preferido • OTC – sin receta • PA – autorización previa • QL – Límite de cantidad
• ST – Terapia por fases

Nombre del medicamento	Grupo del nivel del medica-mento	Requisitos de manejo de utilización	Nombre de la categoría terapéutica	Edad mínima	Edad máxima
mometasone 0.1 % topical solution	1		AGENTES DERMATOLÓGICOS		
mupirocin 2 % topical ointment	1		AGENTES DERMATOLÓGICOS		
mupirocin calcium 2 % topical cream[NP]	*		AGENTES DERMATOLÓGICOS		
NATROBA 0.9 % TOPICAL SUSPENSION	1	QL(240 cada 30 dÍas)	AGENTES DERMATOLÓGICOS		
NEO-SYNALAR 0.5 % (0.35 % BASE)-0.025 % TOPICAL CREAM[NP]	*		AGENTES DERMATOLÓGICOS		
NEO-SYNALAR KIT 0.5 % (0.35 % BASE)-0.025 % TOPICAL CREAM[NP]	*		AGENTES DERMATOLÓGICOS		
neuac 1.2 % (1 % base)-5 % topical gel[NP]	*		AGENTES DERMATOLÓGICOS		
NEUAC KIT 1.2 %-5 % TOPICAL PACK,CREAM AND GEL[NP]	*		AGENTES DERMATOLÓGICOS		
NIX 0.25 % SPRAY[OTC]	1		AGENTES DERMATOLÓGICOS		
nizoral scalp itch 1 % topical solution[OTC]	1		AGENTES DERMATOLÓGICOS		
noble formula hc 1 % topical spray[OTC]	1		AGENTES DERMATOLÓGICOS		
OPZELURA 1.5 % TOPICAL CREAM[NP]	*	QL(240 cada 28 dÍas)	AGENTES DERMATOLÓGICOS		
OTEZLA 20 MG TABLET[NP]	*	QL(60 cada 30 dÍas)	AGENTES DERMATOLÓGICOS		
OTEZLA 30 MG TABLET[NP]	*	QL(60 cada 30 dÍas)	AGENTES DERMATOLÓGICOS		
OTEZLA STARTER 10 MG (4)-20 MG (4)-30 MG(47) TABLETS IN A DOSE PACK[NP]	*	QL(55 cada 28 dÍas)	AGENTES DERMATOLÓGICOS		
OTEZLA STARTER 10 MG (4)-20 MG (51) TABLETS IN A DOSE PACK[NP]	*	QL(55 cada 28 dÍas)	AGENTES DERMATOLÓGICOS		
OTEZLA XR 75 MG TABLET,EXTENDED RELEASE[NP]	*	QL(30 cada 30 dÍas)	AGENTES DERMATOLÓGICOS		
OTEZLA XR INITIATION 10 MG-20 MG-30 MG TABLET AND 75 MG TABLET,ER PACK[NP]	*	QL(41 cada 28 dÍas)	AGENTES DERMATOLÓGICOS		
oxymetazoline 1 % topical cream[NP]	*	QL(30 cada 30 dÍas)	AGENTES DERMATOLÓGICOS		
panoxyl (adapalene) 0.1 % topical gel[OTC]	1		AGENTES DERMATOLÓGICOS		
permethrin 5 % topical cream	1		AGENTES DERMATOLÓGICOS		
pimecrolimus 1 % topical cream	1	PA	AGENTES DERMATOLÓGICOS		
podofilox 0.5 % topical gel	1		AGENTES DERMATOLÓGICOS		
podofilox 0.5 % topical solution	1		AGENTES DERMATOLÓGICOS		
PRAMOSONE 1 %-1 % LOTION[NP]	*		AGENTES DERMATOLÓGICOS		

• NP – no preferido • OTC – sin receta • PA – autorización previa • QL – Límite de cantidad
• ST – Terapia por fases

Nombre del medicamento	Grupo del nivel del medica-mento	Requisitos de manejo de utilización	Nombre de la categoría terapéutica	Edad mínima	Edad máxima
PRAMOSONE 1 %-1 % TOPICAL CREAM[NP]	*		AGENTES DERMATOLÓGICOS		
PRAMOSONE 2.5 %-1 % LOTION[NP]	*		AGENTES DERMATOLÓGICOS		
procto-med hc 2.5 % topical cream perineal applicator	1		AGENTES DERMATOLÓGICOS		
proctosol hc 2.5 % topical cream perineal applicator	1		AGENTES DERMATOLÓGICOS		
proctozone-hc 2.5 % topical cream perineal applicator	1		AGENTES DERMATOLÓGICOS		
PRUDOXIN 5 % TOPICAL CREAM[NP]	*	QL(45 cada 30 dÍas)	AGENTES DERMATOLÓGICOS		
pruradik 10 % lotion[NP]	*		AGENTES DERMATOLÓGICOS		
RHOFADE 1 % TOPICAL CREAM[NP]	*	QL(30 cada 30 dÍas)	AGENTES DERMATOLÓGICOS		
RID COMPLETE LICE ELIMINATION KIT 0.5 % SPRAY[OTC]	1		AGENTES DERMATOLÓGICOS		
scalp relief (hydrocortisone) 1 % topical solution[OTC]	1		AGENTES DERMATOLÓGICOS		
scalpicin anti-itch 1 % topical solution[OTC]	1		AGENTES DERMATOLÓGICOS		
selenium sulfide 2.25 % shampoo[NP]	*		AGENTES DERMATOLÓGICOS		
selenium sulfide 2.5 % lotion	1		AGENTES DERMATOLÓGICOS		
SILVADENE 1 % TOPICAL CREAM[NP]	*		AGENTES DERMATOLÓGICOS		
silver sulfadiazine 1 % topical cream	1		AGENTES DERMATOLÓGICOS		
SOFDRA 12.45 % (72 MG/ACTUATION) TOPICAL GEL WITH PUMP[NP]	*	QL(40.2 cada 30 dÍas)	AGENTES DERMATOLÓGICOS		
SOOLANTRA 1 % TOPICAL CREAM[NP]	*		AGENTES DERMATOLÓGICOS		
SORILUX 0.005 % TOPICAL FOAM[NP]	*	QL(120 cada 28 dÍas)	AGENTES DERMATOLÓGICOS		
spinosad 0.9 % topical suspension	1	QL(240 cada 30 dÍas)	AGENTES DERMATOLÓGICOS		
SSD 1 % TOPICAL CREAM	1		AGENTES DERMATOLÓGICOS		
sss 10-5 10 %-5 % (w/w) topical cream[NP]	*		AGENTES DERMATOLÓGICOS		
stop lice 0.5 % spray[OTC]	1		AGENTES DERMATOLÓGICOS		
sulfacetamide sodium 10 %-sulfur 1 % topical cleanser[NP]	*		AGENTES DERMATOLÓGICOS		
sulfacetamide sodium 9 %-sulfur 4.25 % topical suspension[NP]	*		AGENTES DERMATOLÓGICOS		
sulfacetamide sodium 9.8 %-sulfur 4.8 % lotion[NP]	*		AGENTES DERMATOLÓGICOS		

• NP – no preferido • OTC – sin receta • PA – autorización previa • QL – Límite de cantidad
• ST – Terapia por fases

Nombre del medicamento	Grupo del nivel del medica-mento	Requisitos de manejo de utilización	Nombre de la categoría terapéutica	Edad mínima	Edad máxima
sulfacetamide sodium 9.8 %-sulfur 4.8 % topical cleanser[NP]	*		AGENTES DERMATOLÓGICOS		
sulfacetamide sodium-sulfur 10 %-2 % topical cleanser[NP]	*		AGENTES DERMATOLÓGICOS		
sulfacetamide sodium-sulfur 10 %-2 % topical cream[NP]	*		AGENTES DERMATOLÓGICOS		
sulfacetamide sodium-sulfur 10 %-4 % topical pads[NP]	*		AGENTES DERMATOLÓGICOS		
sulfacetamide sodium-sulfur 10 %-5 % (w/w) topical cleanser[NP]	*		AGENTES DERMATOLÓGICOS		
sulfacetamide sodium-sulfur 10 %-5 % (w/w) topical cream[NP]	*		AGENTES DERMATOLÓGICOS		
sulfacetamide sodium-sulfur 8 %-4 % topical suspension[NP]	*		AGENTES DERMATOLÓGICOS		
sulfacetamide sodium-sulfur 9 %-4 % topical cleanser[NP]	*		AGENTES DERMATOLÓGICOS		
sulfacetamide sodium-sulfur 9 %-4.5 % topical cleanser[NP]	*		AGENTES DERMATOLÓGICOS		
SULFAMYLON 85 MG/G TOPICAL CREAM	1		AGENTES DERMATOLÓGICOS		
SUMADAN 9 %-4.5 % TOPICAL CLEANSER[NP]	*		AGENTES DERMATOLÓGICOS		
SUMADAN 9 %-4.5 % TOPICAL KIT[NP]	*		AGENTES DERMATOLÓGICOS		
SUMADAN XLT 9 %-4.5 %-SPF 25 TOPICAL PACK,CLEANSER AND CREAM[NP]	*		AGENTES DERMATOLÓGICOS		
SUMAXIN 10 %-4 % TOPICAL PADS[NP]	*		AGENTES DERMATOLÓGICOS		
SUMAXIN CP 10 %-4 % TOPICAL KIT[NP]	*		AGENTES DERMATOLÓGICOS		
SYNALAR 0.01 % TOPICAL SOLUTION[NP]	*		AGENTES DERMATOLÓGICOS		
SYNALAR 0.025 % TOPICAL CREAM[NP]	*		AGENTES DERMATOLÓGICOS		
SYNALAR 0.025 % TOPICAL OINTMENT[NP]	*		AGENTES DERMATOLÓGICOS		
SYNALAR CREAM KIT 0.025 % TOPICAL[NP]	*		AGENTES DERMATOLÓGICOS		
SYNALAR OINTMENT KIT 0.025 % TOPICAL PACK,OINTMENT AND CREAM[NP]	*		AGENTES DERMATOLÓGICOS		
SYNALAR TS 0.01 % TOPICAL KIT[NP]	*		AGENTES DERMATOLÓGICOS		
TACLONEX 0.005 %-0.064 % TOPICAL SUSPENSION[NP]	*	QL(420 cada 30 días)	AGENTES DERMATOLÓGICOS		
tacrolimus 0.03 % topical ointment	1	PA	AGENTES DERMATOLÓGICOS		
tacrolimus 0.1 % topical ointment	1	PA	AGENTES DERMATOLÓGICOS		
tazarotene 0.05 % topical cream[NP]	*		AGENTES DERMATOLÓGICOS		

• NP – no preferido • OTC – sin receta • PA – autorización previa • QL – Límite de cantidad
• ST – Terapia por fases

Nombre del medicamento	Grupo del nivel del medica-mento	Requisitos de manejo de utilización	Nombre de la categoría terapéutica	Edad mínima	Edad máxima
tazarotene 0.05 % topical gel[NP]	*		AGENTES DERMATOLÓGICOS		
tazarotene 0.1 % topical cream[NP]	*		AGENTES DERMATOLÓGICOS		
tazarotene 0.1 % topical foam[NP]	*		AGENTES DERMATOLÓGICOS		
tazarotene 0.1 % topical gel[NP]	*		AGENTES DERMATOLÓGICOS		
TEXACORT 2.5 % TOPICAL SOLUTION[NP]	*		AGENTES DERMATOLÓGICOS		
tovet emollient 0.05 % topical foam[NP]	*		AGENTES DERMATOLÓGICOS		
TOVET KIT 0.05 % FOAM AND CREAM, TOPICAL PACK[NP]	*		AGENTES DERMATOLÓGICOS		
tretinoin 0.01 % topical gel	1		AGENTES DERMATOLÓGICOS		
tretinoin 0.025 % topical cream	1		AGENTES DERMATOLÓGICOS		
tretinoin 0.025 % topical gel	1		AGENTES DERMATOLÓGICOS		
tretinoin 0.05 % topical cream	1		AGENTES DERMATOLÓGICOS		
tretinoin 0.05 % topical gel	1		AGENTES DERMATOLÓGICOS		
tretinoin 0.1 % topical cream	1		AGENTES DERMATOLÓGICOS		
tretinoin microspheres 0.08 % topical gel with pump[NP]	*		AGENTES DERMATOLÓGICOS		
TWYNEO 0.1 %-3 % TOPICAL CREAM[NP]	*	QL(30 cada 30 dÍas)	AGENTES DERMATOLÓGICOS		
ULTRAVATE 0.05 % LOTION[NP]	*		AGENTES DERMATOLÓGICOS		
VEREGEN 15 % TOPICAL OINTMENT[NP]	*	QL(30 cada 30 dÍas)	AGENTES DERMATOLÓGICOS		
VTAMA 1 % TOPICAL CREAM[NP]	*	QL(60 cada 30 dÍas)	AGENTES DERMATOLÓGICOS		
WINLEVI 1 % TOPICAL CREAM[NP]	*		AGENTES DERMATOLÓGICOS		
XEPI 1 % TOPICAL CREAM[NP]	*		AGENTES DERMATOLÓGICOS		
ZELSUVMI 10.3 % TOPICAL GEL[NP]	*		AGENTES DERMATOLÓGICOS		
zenatane 10 mg capsule[NP]	*	PA,QL(60 cada 30 dÍas)	AGENTES DERMATOLÓGICOS		
zenatane 20 mg capsule[NP]	*	PA,QL(60 cada 30 dÍas)	AGENTES DERMATOLÓGICOS		
zenatane 30 mg capsule[NP]	*	PA,QL(60 cada 30 dÍas)	AGENTES DERMATOLÓGICOS		
zenatane 40 mg capsule[NP]	*	PA,QL(120 cada 30 dÍas)	AGENTES DERMATOLÓGICOS		

• NP – no preferido • OTC – sin receta • PA – autorización previa • QL – Límite de cantidad
• ST – Terapia por fases

Nombre del medicamento	Grupo del nivel del medica-mento	Requisitos de manejo de utilización	Nombre de la categoría terapéutica	Edad mínima	Edad máxima
ZONALON 5 % TOPICAL CREAM[NP]	*	QL(45 cada 30 días)	AGENTES DERMATOLÓGICOS		
ZORYVE 0.05 % TOPICAL CREAM[NP]	*	QL(120 cada 30 días)	AGENTES DERMATOLÓGICOS		
ZORYVE 0.15 % TOPICAL CREAM[NP]	*	QL(120 cada 30 días)	AGENTES DERMATOLÓGICOS		
ZORYVE 0.3 % TOPICAL CREAM[NP]	*	QL(120 cada 30 días)	AGENTES DERMATOLÓGICOS		
ZORYVE 0.3 % TOPICAL FOAM[NP]	*	QL(120 cada 30 días)	AGENTES DERMATOLÓGICOS		
acid controller 10 mg tablet[OTC]	1		AGENTES GASTROINTESTINALES		
acid gone antacid 95 mg-358 mg/15 ml oral suspension[OTC]	1		AGENTES GASTROINTESTINALES		
acid gone antacid extra strength 160 mg-105 mg chewable tablet[OTC]	1		AGENTES GASTROINTESTINALES		
acid reducer (famotidine) 10 mg tablet[OTC]	1		AGENTES GASTROINTESTINALES		
advanced antacid-antigas 200 mg-200 mg-20 mg/5 ml oral suspension[OTC]	1		AGENTES GASTROINTESTINALES		
advanced antacid-antigas 400 mg-400 mg-40 mg/5 ml oral suspension[OTC]	1		AGENTES GASTROINTESTINALES		
ALCALAK 168 MG (AS CALCIUM CARBONATE 420 MG) CHEWABLE TABLET[OTC]	1		AGENTES GASTROINTESTINALES		
ALKA-SELTZER GOLD 344 MG-1,050 MG-1,000 MG EFFERVESCENT TABLET[OTC]	1		AGENTES GASTROINTESTINALES		
ALKA-SELTZER HEARTBURN 1,650 MG-1,000 MG EFFERVESCENT TABLET[OTC]	1		AGENTES GASTROINTESTINALES		
ALKA-SELTZER HEARTBURN 1,976 MG-1,000 MG EFFERVESCENT TABLET[OTC]	1		AGENTES GASTROINTESTINALES		
alka-seltzer heartburn relief 300 mg (as carbonate 750 mg) chew tablet[OTC]	1		AGENTES GASTROINTESTINALES		
alkums 300 mg (as calcium carbonate 750 mg) chewable tablet[OTC]	1		AGENTES GASTROINTESTINALES		
almacone-2 400 mg-400 mg-40 mg/5 ml oral suspension[OTC]	1		AGENTES GASTROINTESTINALES		
alosetron 0.5 mg tablet[NP]	*	QL(60 cada 30 días)	AGENTES GASTROINTESTINALES		
alosetron 1 mg tablet[NP]	*	QL(60 cada 30 días)	AGENTES GASTROINTESTINALES		
aluminum hydroxide gel 320 mg/5 ml oral suspension[OTC]	1		AGENTES GASTROINTESTINALES		
aluminum-mag hydroxide-simethicone 200 mg-200 mg-20 mg/5 ml oral susp[OTC]	1		AGENTES GASTROINTESTINALES		
aluminum-mag hydroxide-simethicone 400 mg-400 mg-40 mg/5 ml oral susp[OTC]	1		AGENTES GASTROINTESTINALES		
alvimopan 12 mg capsule[NP]	*	QL(15 cada 365 días)	AGENTES GASTROINTESTINALES		
AMITIZA 24 MCG CAPSULE[NP]	*	QL(60 cada 30 días)	AGENTES GASTROINTESTINALES		

• NP – no preferido • OTC – sin receta • PA – autorización previa • QL – Límite de cantidad
• ST – Terapia por fases

Nombre del medicamento	Grupo del nivel del medica-mento	Requisitos de manejo de utilización	Nombre de la categoría terapéutica	Edad mínima	Edad máxima
AMITIZA 8 MCG CAPSULE[NP]	*	QL(60 cada 30 dÍas)	AGENTES GASTROINTESTINALES		
amoxicillin 500 mg-clarithromycin 500 mg-lansoprazole 30 mg combo pack[NP]	*		AGENTES GASTROINTESTINALES		
antacid 200 mg (as calcium carbonate 500 mg) chewable tablet[OTC]	1		AGENTES GASTROINTESTINALES		
antacid 200 mg-200 mg-20 mg/5 ml oral suspension[OTC]	1		AGENTES GASTROINTESTINALES		
antacid 215 mg (as calcium carbonate 500 mg) chewable tablet[OTC]	1		AGENTES GASTROINTESTINALES		
antacid anti-gas 200 mg-200 mg-20 mg/5 ml oral suspension[OTC]	1		AGENTES GASTROINTESTINALES		
antacid anti-gas 400 mg-400 mg-40 mg/5 ml oral suspension[OTC]	1		AGENTES GASTROINTESTINALES		
antacid calcium 215 mg (as calcium carbonate 500 mg) chewable tablet[OTC]	1		AGENTES GASTROINTESTINALES		
antacid extra strength (mag carb-al hyd) 160 mg-105 mg chewable tablet[OTC]	1		AGENTES GASTROINTESTINALES		
antacid extra strength 300 mg (as calcium carb 750 mg) chewable tablet[OTC]	1		AGENTES GASTROINTESTINALES		
ANTACID EXTRA-STRENGTH 168 MG (AS CALCIUM CARB 420 MG) CHEWABLE TABLET[OTC]	1		AGENTES GASTROINTESTINALES		
antacid liquid 200 mg-200 mg-20 mg/5 ml oral suspension[OTC]	1		AGENTES GASTROINTESTINALES		
antacid m 200 mg-200 mg-20 mg/5 ml oral suspension[OTC]	1		AGENTES GASTROINTESTINALES		
antacid maximum strength 400 mg-400 mg-40 mg/5 ml oral suspension[OTC]	1		AGENTES GASTROINTESTINALES		
ANTACID MELTS 100 MG CALCIUM (250 MG) MUCOSAL ADHESIVE TABLET[OTC]	1		AGENTES GASTROINTESTINALES		
antacid plus anti-gas 200 mg-200 mg-20 mg/5 ml oral suspension[OTC]	1		AGENTES GASTROINTESTINALES		
antacid plus anti-gas 400 mg-400 mg-40 mg/5 ml oral suspension[OTC]	1		AGENTES GASTROINTESTINALES		
antacid regular strength 200 mg-200 mg-20 mg/5 ml oral suspension[OTC]	1		AGENTES GASTROINTESTINALES		
antacid ultra strength 400 mg (calcium carb 1,000 mg) chewable tablet[OTC]	1		AGENTES GASTROINTESTINALES		
antacid ultra strength 430 mg (calcium carb 1,000 mg) chewable tablet[OTC]	1		AGENTES GASTROINTESTINALES		
antacid ultra strength 470 mg (calcium carb 1,177 mg) chewable tablet[OTC]	1		AGENTES GASTROINTESTINALES		
antacid-antigas 200 mg-200 mg-20 mg/5 ml oral suspension[OTC]	1		AGENTES GASTROINTESTINALES		
antacid-antigas 400 mg-400 mg-40 mg/5 ml oral suspension[OTC]	1		AGENTES GASTROINTESTINALES		
anti-diarrheal (loperamide) 1 mg/7.5 ml oral liquid[OTC]	1		AGENTES GASTROINTESTINALES		
anti-diarrheal (loperamide) 2 mg capsule[OTC]	1		AGENTES GASTROINTESTINALES		

• NP – no preferido • OTC – sin receta • PA – autorización previa • QL – Límite de cantidad
• ST – Terapia por fases

Nombre del medicamento	Grupo del nivel del medica-mento	Requisitos de manejo de utilización	Nombre de la categoría terapéutica	Edad mínima	Edad máxima
anti-diarrheal (loperamide) 2 mg tablet[OTC]	1		AGENTES GASTROINTESTINALES		
anti-diarrheal 262 mg/15 ml oral suspension[OTC]	1		AGENTES GASTROINTESTINALES		
ban-acid 300 mg (as calcium carbonate 750 mg) chewable tablet[OTC]	1		AGENTES GASTROINTESTINALES		
bismuth 262 mg chewable tablet[OTC]	1		AGENTES GASTROINTESTINALES		
bismuth subcit k 140 mg-metronidazole 125 mg-tetracycline 125 mg cap[NP]	*	QL(144 cada 30 dÍas)	AGENTES GASTROINTESTINALES		
bismuth subsalicylate 262 mg chewable tablet[OTC]	1		AGENTES GASTROINTESTINALES		
cal-gest antacid 200 mg (as calcium carbonate 500 mg) chewable tablet[OTC]	1		AGENTES GASTROINTESTINALES		
calcium 200 mg (as calcium carbonate 500 mg) chewable tablet[OTC]	1		AGENTES GASTROINTESTINALES		
calcium 260 mg (as calcium carbonate 648 mg) tablet[OTC]	1		AGENTES GASTROINTESTINALES		
calcium 400 mg (as calcium carbonate 1,000 mg) chewable tablet[OTC]	1		AGENTES GASTROINTESTINALES		
calcium antacid 200 mg (as calcium carbonate 500 mg) chewable tablet[OTC]	1		AGENTES GASTROINTESTINALES		
calcium antacid 300 mg (as calcium carbonate 750 mg) chewable tablet[OTC]	1		AGENTES GASTROINTESTINALES		
calcium antacid 320 mg (as calcium carbonate 750 mg) chewable tablet[OTC]	1		AGENTES GASTROINTESTINALES		
calcium antacid 400 mg (as carbonate 1,000 mg) chewable tablet[OTC]	1		AGENTES GASTROINTESTINALES		
CARAFATE 1 GRAM TABLET[NP]	*		AGENTES GASTROINTESTINALES		
children's antacid 400 mg/5 ml oral suspension[OTC]	1		AGENTES GASTROINTESTINALES		
children's pepto 160 mg (as calcium carbonate 400 mg) chewable tablet[OTC]	1		AGENTES GASTROINTESTINALES		
children's soothe 160 mg (as calcium carbonate 400 mg) chewable tablet[OTC]	1		AGENTES GASTROINTESTINALES		
chlordiazepoxide-clidinium 5 mg-2.5 mg capsule[NP]	*		AGENTES GASTROINTESTINALES		
cimetidine 200 mg tablet	1		AGENTES GASTROINTESTINALES		
cimetidine 200 mg tablet[OTC]	1		AGENTES GASTROINTESTINALES		
cimetidine 300 mg tablet	1		AGENTES GASTROINTESTINALES		
cimetidine 300 mg/5 ml oral solution	1		AGENTES GASTROINTESTINALES		
cimetidine 400 mg tablet	1		AGENTES GASTROINTESTINALES		
cimetidine 800 mg tablet	1		AGENTES GASTROINTESTINALES		

• NP – no preferido • OTC – sin receta • PA – autorización previa • QL – Límite de cantidad
• ST – Terapia por fases

Nombre del medicamento	Grupo del nivel del medica-mento	Requisitos de manejo de utilización	Nombre de la categoría terapéutica	Edad mínima	Edad máxima
clearlax 17 gram oral powder packet[OTC]	1	QL(36 cada 30 días)	AGENTES GASTROINTESTINALES		
clearlax 17 gram/dose oral powder[OTC]	1	QL(1054 cada 30 días)	AGENTES GASTROINTESTINALES		
comfort gel 200 mg-200 mg-20 mg/5 ml oral suspension[OTC]	1		AGENTES GASTROINTESTINALES		
comfort gel extra strength 400 mg-400 mg-40 mg/5 ml oral suspension[OTC]	1		AGENTES GASTROINTESTINALES		
CTEXLI 250 MG TABLET[NP]	*		AGENTES GASTROINTESTINALES		
CUVPOSA 1 MG/5 ML (0.2 MG/ML) ORAL SOLUTION[NP]	*		AGENTES GASTROINTESTINALES		
CYTOTEC 100 MCG TABLET[NP]	*		AGENTES GASTROINTESTINALES		
CYTOTEC 200 MCG TABLET[NP]	*		AGENTES GASTROINTESTINALES		
DARTISLA 1.7 MG DISINTEGRATING TABLET[NP]	*	QL(120 cada 30 días)	AGENTES GASTROINTESTINALES		
DEXILANT 30 MG CAPSULE, DELAYED RELEASE[NP]	*	PA,QL(30 cada 30 días)	AGENTES GASTROINTESTINALES		
DEXILANT 60 MG CAPSULE, DELAYED RELEASE[NP]	*	PA,QL(30 cada 30 días)	AGENTES GASTROINTESTINALES		
dexlansoprazole 30 mg capsule,biphase delayed release[NP]	*	PA,QL(30 cada 30 días)	AGENTES GASTROINTESTINALES		
dexlansoprazole 60 mg capsule,biphase delayed release[NP]	*	PA,QL(30 cada 30 días)	AGENTES GASTROINTESTINALES		
diamode 2 mg tablet[OTC]	1		AGENTES GASTROINTESTINALES		
diarrhea relief (bismuth subsalicylate) 262 mg/15 ml oral suspension[OTC]	1		AGENTES GASTROINTESTINALES		
dicyclomine 10 mg capsule	1		AGENTES GASTROINTESTINALES		
dicyclomine 10 mg/5 ml oral solution	1		AGENTES GASTROINTESTINALES		
dicyclomine 20 mg tablet	1		AGENTES GASTROINTESTINALES		
dicyclomine 40 mg tablet	1		AGENTES GASTROINTESTINALES		
digenyx 0.125 mg tablet[NP]	*		AGENTES GASTROINTESTINALES		
digestive relief 262 mg tablet[OTC]	1		AGENTES GASTROINTESTINALES		
digestive relief 262 mg/15 ml oral suspension[OTC]	1		AGENTES GASTROINTESTINALES		
diotame 262 mg chewable tablet[OTC]	1		AGENTES GASTROINTESTINALES		
ed-spaz 0.125 mg disintegrating tablet	1		AGENTES GASTROINTESTINALES		
ENDARI 5 GRAM ORAL POWDER PACKET	1		AGENTES GASTROINTESTINALES		

• NP – no preferido • OTC – sin receta • PA – autorización previa • QL – Límite de cantidad
• ST – Terapia por fases

Nombre del medicamento	Grupo del nivel del medica-mento	Requisitos de manejo de utilización	Nombre de la categoría terapéutica	Edad mínima	Edad máxima
enulose 10 gram/15 ml oral solution	1		AGENTES GASTROINTESTINALES		
esomeprazole magnesium 20 mg capsule,delayed release[NP]	*	PA,QL(60 cada 30 días)	AGENTES GASTROINTESTINALES		
esomeprazole magnesium 20 mg capsule,delayed release[NP]	*	PA,QL(60 cada 30 días)	AGENTES GASTROINTESTINALES		
esomeprazole magnesium 40 mg capsule,delayed release[NP]	*	PA,QL(60 cada 30 días)	AGENTES GASTROINTESTINALES		
esomeprazole magnesium dr 10 mg granules delayed release for susp[NP]	*	PA,QL(30 cada 30 días)	AGENTES GASTROINTESTINALES		
esomeprazole magnesium dr 2.5 mg granules delayed release for susp[NP]	*	PA,QL(30 cada 30 días)	AGENTES GASTROINTESTINALES		
esomeprazole magnesium dr 20 mg granules delayed release for susp[NP]	*	PA,QL(30 cada 30 días)	AGENTES GASTROINTESTINALES		
esomeprazole magnesium dr 40 mg granules delayed release for susp[NP]	*	PA,QL(30 cada 30 días)	AGENTES GASTROINTESTINALES		
esomeprazole magnesium dr 5 mg granules delayed release for susp[NP]	*	PA,QL(30 cada 30 días)	AGENTES GASTROINTESTINALES		
famotidine 10 mg tablet[OTC]	1		AGENTES GASTROINTESTINALES		
famotidine 20 mg tablet	1		AGENTES GASTROINTESTINALES		
famotidine 20 mg tablet[OTC]	1		AGENTES GASTROINTESTINALES		
famotidine 40 mg tablet	1		AGENTES GASTROINTESTINALES		
famotidine 40 mg/5 ml (8 mg/ml) oral suspension	1		AGENTES GASTROINTESTINALES		
flavor chews antacid 300 mg (as calcium carbonate 750 mg) tablet[OTC]	1		AGENTES GASTROINTESTINALES		
foaming antacid 95 mg-358 mg/15 ml oral suspension[OTC]	1		AGENTES GASTROINTESTINALES		
GATTEX 30-VIAL 5 MG SUBCUTANEOUS KIT[NP]	*	QL(1 cada 30 días)	AGENTES GASTROINTESTINALES		
GATTEX ONE-VIAL 5 MG SUBCUTANEOUS KIT[NP]	*	QL(1 cada 30 días)	AGENTES GASTROINTESTINALES		
gavilax 17 gram/dose oral powder[OTC]	1	QL(1054 cada 30 días)	AGENTES GASTROINTESTINALES		
GAVILAX 8.5 GRAM ORAL POWDER PACKET[OTC]	1		AGENTES GASTROINTESTINALES		
GAVISCON 95 MG-358 MG/15 ML ORAL SUSPENSION[OTC]	1		AGENTES GASTROINTESTINALES		
GAVISCON EXTRA STRENGTH 160 MG-105 MG CHEWABLE TABLET[OTC]	1		AGENTES GASTROINTESTINALES		
GAVISCON EXTRA STRENGTH 254 MG-237.5 MG/5 ML ORAL SUSPENSION[OTC]	1		AGENTES GASTROINTESTINALES		
GELUSIL ANTACID AND ANTI-GAS 200 MG-200 MG-25 MG CHEWABLE TABLET[OTC]	1		AGENTES GASTROINTESTINALES		
generlac 10 gram/15 ml oral solution	1		AGENTES GASTROINTESTINALES		

• NP – no preferido • OTC – sin receta • PA – autorización previa • QL – Límite de cantidad
• ST – Terapia por fases

Nombre del medicamento	Grupo del nivel del medica-mento	Requisitos de manejo de utilización	Nombre de la categoría terapéutica	Edad mínima	Edad máxima
gentlelax 17 gram/dose oral powder[OTC]	1	QL(1054 cada 30 días)	AGENTES GASTROINTESTINALES		
geri-lanta 200 mg-200 mg-20 mg/5 ml oral suspension[OTC]	1		AGENTES GASTROINTESTINALES		
geri-lanta 400 mg-400 mg-40 mg/5 ml oral suspension[OTC]	1		AGENTES GASTROINTESTINALES		
geri-mox antacid-antigas 200 mg-200 mg-20 mg/5 ml oral suspension[OTC]	1		AGENTES GASTROINTESTINALES		
geri-mox antacid-antigas 400 mg-400 mg-40 mg/5 ml oral suspension[OTC]	1		AGENTES GASTROINTESTINALES		
glutamine (sickle cell) 5 gram oral powder packet[NP]	*		AGENTES GASTROINTESTINALES		
GLYCATE 1.5 MG TABLET[NP]	*		AGENTES GASTROINTESTINALES		
glycopyrrolate 1 mg tablet	1		AGENTES GASTROINTESTINALES		
glycopyrrolate 1 mg/5 ml (0.2 mg/ml) oral solution	1		AGENTES GASTROINTESTINALES		
glycopyrrolate 2 mg tablet	1		AGENTES GASTROINTESTINALES		
healthylax 17 gram oral powder packet[OTC]	1	QL(36 cada 30 días)	AGENTES GASTROINTESTINALES		
heartburn antacid 160 mg-105 mg chewable tablet[OTC]	1		AGENTES GASTROINTESTINALES		
heartburn prevention 10 mg tablet[OTC]	1		AGENTES GASTROINTESTINALES		
heartburn relief (famotidine) 10 mg tablet[OTC]	1		AGENTES GASTROINTESTINALES		
heartburn relief 160 mg-105 mg chewable tablet[OTC]	1		AGENTES GASTROINTESTINALES		
heartburn relief 254 mg-237.5 mg/5 ml oral suspension[OTC]	1		AGENTES GASTROINTESTINALES		
hyoscyamine 0.125 mg disintegrating tablet	1		AGENTES GASTROINTESTINALES		
hyoscyamine 0.125 mg sublingual tablet	1		AGENTES GASTROINTESTINALES		
hyoscyamine 0.125 mg/5 ml oral elixir	1		AGENTES GASTROINTESTINALES		
hyoscyamine 0.125 mg/ml oral drops	1		AGENTES GASTROINTESTINALES		
hyoscyamine er 0.375 mg tablet,extended release,12 hr	1		AGENTES GASTROINTESTINALES		
hyoscyamine sulfate 0.125 mg tablet	1		AGENTES GASTROINTESTINALES		
IBSRELA 50 MG TABLET[NP]	*	QL(60 cada 30 días)	AGENTES GASTROINTESTINALES		
IMODIUM A-D 1 MG/7.5 ML ORAL LIQUID[OTC]	1		AGENTES GASTROINTESTINALES		
IMODIUM A-D 2 MG CAPSULE[OTC]	1		AGENTES GASTROINTESTINALES		

• NP – no preferido • OTC – sin receta • PA – autorización previa • QL – Límite de cantidad
• ST – Terapia por fases

Nombre del medicamento	Grupo del nivel del medica-mento	Requisitos de manejo de utilización	Nombre de la categoría terapéutica	Edad mínima	Edad máxima
IMODIUM A-D 2 MG TABLET[OTC]	1		AGENTES GASTROINTESTINALES		
instalax 17 gram/dose oral powder[OTC]	1	QL(1054 cada 30 días)	AGENTES GASTROINTESTINALES		
IQIRVO 80 MG TABLET[NP]	*	QL(30 cada 30 días)	AGENTES GASTROINTESTINALES		
k-pec antidiarrheal (bism sub) 262 mg/15 ml oral suspension[OTC]	1		AGENTES GASTROINTESTINALES		
kaopectate (bismuth subsalicylate) 262 mg chewable tablet[OTC]	1		AGENTES GASTROINTESTINALES		
KAOPECTATE (BISMUTH SUBSALICYLATE) 262 MG TABLET[OTC]	1		AGENTES GASTROINTESTINALES		
kaopectate (bismuth subsalicylate) 262 mg/15 ml oral suspension[OTC]	1		AGENTES GASTROINTESTINALES		
kaopectate ex str (bismuth ss) 525 mg/15 ml oral suspension[OTC]	1		AGENTES GASTROINTESTINALES		
kaopectate max 525 mg/15 ml oral suspension[OTC]	1		AGENTES GASTROINTESTINALES		
KONVOMEP 2 MG-84 MG/ML ORAL SUSPENSION[NP]	*	PA,QL(600 cada 30 días)	AGENTES GASTROINTESTINALES		
lactulose 10 gram/15 ml oral solution	1		AGENTES GASTROINTESTINALES		
lansoprazole 15 mg capsule,delayed release[NP]	*	PA,QL(60 cada 30 días)	AGENTES GASTROINTESTINALES		
lansoprazole 15 mg capsule,delayed release[NP]	*	PA,QL(60 cada 30 días)	AGENTES GASTROINTESTINALES		
lansoprazole 15 mg delayed release,disintegrating tablet	1	QL(30 cada 30 días)	AGENTES GASTROINTESTINALES		
lansoprazole 15 mg delayed release,disintegrating tablet[OTC]	1	QL(30 cada 30 días)	AGENTES GASTROINTESTINALES		
lansoprazole 30 mg capsule,delayed release[NP]	*	PA,QL(60 cada 30 días)	AGENTES GASTROINTESTINALES		
lansoprazole 30 mg delayed release,disintegrating tablet	1	QL(30 cada 30 días)	AGENTES GASTROINTESTINALES		
laxaclear 17 gram/dose oral powder[OTC]	1	QL(1054 cada 30 días)	AGENTES GASTROINTESTINALES		
laxative peg 3350 17 gram/dose oral powder[OTC]	1	QL(1054 cada 30 días)	AGENTES GASTROINTESTINALES		
LEVSIN 0.125 MG TABLET[NP]	*		AGENTES GASTROINTESTINALES		
LEVSIN/SL 0.125 MG SUBLINGUAL TABLET[NP]	*		AGENTES GASTROINTESTINALES		
LINZESS 145 MCG CAPSULE[NP]	*	QL(30 cada 30 días)	AGENTES GASTROINTESTINALES		
LINZESS 290 MCG CAPSULE[NP]	*	QL(30 cada 30 días)	AGENTES GASTROINTESTINALES		
LINZESS 72 MCG CAPSULE[NP]	*	QL(30 cada 30 días)	AGENTES GASTROINTESTINALES		
liquid antacid 400 mg-400 mg-40 mg/5 ml oral suspension[OTC]	1		AGENTES GASTROINTESTINALES		

• NP – no preferido • OTC – sin receta • PA – autorización previa • QL – Límite de cantidad
• ST – Terapia por fases

Nombre del medicamento	Grupo del nivel del medica-mento	Requisitos de manejo de utilización	Nombre de la categoría terapéutica	Edad mínima	Edad máxima
LIVDELZI 10 MG CAPSULE[NP]	*	QL(30 cada 30 días)	AGENTES GASTROINTESTINALES		
LIVMARLI 10 MG TABLET[NP]	*	QL(60 cada 30 días)	AGENTES GASTROINTESTINALES		
LIVMARLI 15 MG TABLET[NP]	*	QL(60 cada 30 días)	AGENTES GASTROINTESTINALES		
LIVMARLI 19 MG/ML ORAL SOLUTION[NP]	*	QL(60 cada 30 días)	AGENTES GASTROINTESTINALES		
LIVMARLI 20 MG TABLET[NP]	*	QL(60 cada 30 días)	AGENTES GASTROINTESTINALES		
LIVMARLI 30 MG TABLET[NP]	*	QL(30 cada 30 días)	AGENTES GASTROINTESTINALES		
LIVMARLI 9.5 MG/ML ORAL SOLUTION[NP]	*	QL(90 cada 30 días)	AGENTES GASTROINTESTINALES		
loperamide 1 mg/7.5 ml oral liquid[OTC]	1		AGENTES GASTROINTESTINALES		
loperamide 2 mg tablet[OTC]	1		AGENTES GASTROINTESTINALES		
LOTRONEX 0.5 MG TABLET[NP]	*	QL(60 cada 30 días)	AGENTES GASTROINTESTINALES		
LOTRONEX 1 MG TABLET[NP]	*	QL(60 cada 30 días)	AGENTES GASTROINTESTINALES		
lubiprostone 24 mcg capsule[NP]	*	QL(60 cada 30 días)	AGENTES GASTROINTESTINALES		
lubiprostone 8 mcg capsule[NP]	*	QL(60 cada 30 días)	AGENTES GASTROINTESTINALES		
LYNAVOY 40 MG TABLET[NP]	*	QL(60 cada 30 días)	AGENTES GASTROINTESTINALES		
MAALOX ADVANCED 200 MG-200 MG-20 MG/5 ML ORAL SUSPENSION[OTC]	1		AGENTES GASTROINTESTINALES		
maalox maximum strength 400 mg-400 mg-40 mg/5 ml oral suspension[OTC]	1		AGENTES GASTROINTESTINALES		
MAG-AL 200 MG-200 MG/5 ML ORAL SUSPENSION[OTC]	1		AGENTES GASTROINTESTINALES		
mag-al plus 200 mg-200 mg-20 mg/5 ml oral suspension[OTC]	1		AGENTES GASTROINTESTINALES		
mag-al plus extra strength 400 mg-400 mg-40 mg/5 ml oral suspension[OTC]	1		AGENTES GASTROINTESTINALES		
methscopolamine 2.5 mg tablet[NP]	*		AGENTES GASTROINTESTINALES		
methscopolamine 5 mg tablet[NP]	*		AGENTES GASTROINTESTINALES		
mintox maximum strength 400 mg-400 mg-40 mg/5 ml oral suspension[OTC]	1		AGENTES GASTROINTESTINALES		
mintox plus 200 mg-200 mg-25 mg chewable tablet[OTC]	1		AGENTES GASTROINTESTINALES	8	
MIRALAX 17 GRAM ORAL POWDER PACKET[OTC]	1	QL(36 cada 30 días)	AGENTES GASTROINTESTINALES	8	
MIRALAX 17 GRAM/DOSE ORAL POWDER[OTC]	1	QL(1054 cada 30 días)	AGENTES GASTROINTESTINALES	8	

• NP – no preferido • OTC – sin receta • PA – autorización previa • QL – Límite de cantidad
• ST – Terapia por fases

Nombre del medicamento	Grupo del nivel del medica-mento	Requisitos de manejo de utilización	Nombre de la categoría terapéutica	Edad mínima	Edad máxima
misoprostol 100 mcg tablet	1		AGENTES GASTROINTESTINALES	8	
misoprostol 200 mcg tablet	1		AGENTES GASTROINTESTINALES	8	
mix-in laxative 17 gram oral powder packet[OTC]	1	QL(36 cada 30 días)	AGENTES GASTROINTESTINALES	8	
MOTEGRITY 1 MG TABLET[NP]	*	QL(30 cada 30 días)	AGENTES GASTROINTESTINALES	8	
MOTEGRITY 2 MG TABLET[NP]	*	QL(30 cada 30 días)	AGENTES GASTROINTESTINALES	8	
MOVANTIK 12.5 MG TABLET[NP]	*	QL(30 cada 30 días)	AGENTES GASTROINTESTINALES		
MOVANTIK 25 MG TABLET[NP]	*	QL(30 cada 30 días)	AGENTES GASTROINTESTINALES	8	
mylanta maximum strength 400 mg-400 mg-40 mg/5 ml oral suspension[OTC]	1		AGENTES GASTROINTESTINALES	8	
natura-lax 17 gram/dose oral powder[OTC]	1	QL(1054 cada 30 días)	AGENTES GASTROINTESTINALES	8	
NEXIUM 20 MG CAPSULE,DELAYED RELEASE[NP]	*	PA,QL(60 cada 30 días)	AGENTES GASTROINTESTINALES	8	
NEXIUM 40 MG CAPSULE,DELAYED RELEASE[NP]	*	PA,QL(60 cada 30 días)	AGENTES GASTROINTESTINALES	8	
NEXIUM PACKET 10 MG GRANULES DELAYED RELEASE FOR SUSP[NP]	*	PA,QL(30 cada 30 días)	AGENTES GASTROINTESTINALES	8	
NEXIUM PACKET 2.5 MG GRANULES DELAYED RELEASE FOR SUSP[NP]	*	PA,QL(30 cada 30 días)	AGENTES GASTROINTESTINALES	8	
NEXIUM PACKET 20 MG GRANULES DELAYED RELEASE FOR SUSP[NP]	*	PA,QL(30 cada 30 días)	AGENTES GASTROINTESTINALES	8	
NEXIUM PACKET 40 MG GRANULES DELAYED RELEASE FOR SUSP[NP]	*	PA,QL(30 cada 30 días)	AGENTES GASTROINTESTINALES	8	
NEXIUM PACKET 5 MG GRANULES DELAYED RELEASE FOR SUSP[NP]	*	PA,QL(30 cada 30 días)	AGENTES GASTROINTESTINALES		
nizatidine 150 mg capsule	1		AGENTES GASTROINTESTINALES	8	
nizatidine 300 mg capsule	1		AGENTES GASTROINTESTINALES	8	
nulev 0.125 mg disintegrating tablet	1		AGENTES GASTROINTESTINALES	8	
OCALIVA 10 MG TABLET[NP]	*	QL(30 cada 30 días)	AGENTES GASTROINTESTINALES	8	
OCALIVA 5 MG TABLET[NP]	*	QL(30 cada 30 días)	AGENTES GASTROINTESTINALES	18	
omeprazole 10 mg capsule,delayed release	1	QL(60 cada 30 días)	AGENTES GASTROINTESTINALES	8	
omeprazole 20 mg capsule,delayed release	1	QL(60 cada 30 días)	AGENTES GASTROINTESTINALES	8	
omeprazole 20 mg-sodium bicarbonate 1,680 mg oral packet[NP]	*	PA,QL(30 cada 30 días)	AGENTES GASTROINTESTINALES	8	
omeprazole 20 mg-sodium bicarbonate 1.1 gram capsule[NP]	*	PA,QL(30 cada 30 días)	AGENTES GASTROINTESTINALES	8	

• NP – no preferido • OTC – sin receta • PA – autorización previa • QL – Límite de cantidad
• ST – Terapia por fases

Nombre del medicamento	Grupo del nivel del medica-mento	Requisitos de manejo de utilización	Nombre de la categoría terapéutica	Edad mínima	Edad máxima
omeprazole 20 mg-sodium bicarbonate 1.1 gram capsule[NP]	*	PA,QL(30 cada 30 días)	AGENTES GASTROINTESTINALES	8	
omeprazole 40 mg capsule,delayed release	1	QL(60 cada 30 días)	AGENTES GASTROINTESTINALES	8	
omeprazole 40 mg-sodium bicarbonate 1,680 mg oral packet[NP]	*	PA,QL(30 cada 30 días)	AGENTES GASTROINTESTINALES	8	
omeprazole 40 mg-sodium bicarbonate 1.1 gram capsule[NP]	*	PA,QL(30 cada 30 días)	AGENTES GASTROINTESTINALES	8	
oscimin 0.125 mg tablet	1		AGENTES GASTROINTESTINALES	8	
oscimin sl 0.125 mg sublingual tablet	1		AGENTES GASTROINTESTINALES	8	
pantoprazole 20 mg tablet,delayed release	1	QL(60 cada 30 días)	AGENTES GASTROINTESTINALES	8	
pantoprazole 40 mg tablet,delayed release	1	QL(60 cada 30 días)	AGENTES GASTROINTESTINALES	8	
pantoprazole dr 40 mg granules delayed-release for susp in packet[NP]	*	PA,QL(30 cada 30 días)	AGENTES GASTROINTESTINALES	8	
pep-t-med 262 mg chewable tablet[OTC]	1		AGENTES GASTROINTESTINALES	8	
PEPCID AC 10 MG TABLET[OTC]	1		AGENTES GASTROINTESTINALES	8	
PEPTO-BISMOL 262 MG CHEWABLE TABLET[OTC]	1		AGENTES GASTROINTESTINALES	8	
pepto-bismol 262 mg tablet[OTC]	1		AGENTES GASTROINTESTINALES	8	
PEPTO-BISMOL 262 MG/15 ML ORAL SUSPENSION[OTC]	1		AGENTES GASTROINTESTINALES	8	
PEPTO-BISMOL MAX ST 525 MG/15 ML ORAL SUSPENSION[OTC]	1		AGENTES GASTROINTESTINALES	8	
PEPTO-BISMOL TO-GO 262 MG CHEWABLE TABLET[OTC]	1		AGENTES GASTROINTESTINALES	18	
PEPTO-BISMOL ULTRA 525 MG TABLET[OTC]	1		AGENTES GASTROINTESTINALES	18	
pink bismuth 262 mg chewable tablet[OTC]	1		AGENTES GASTROINTESTINALES	18	
pink bismuth 262 mg tablet[OTC]	1		AGENTES GASTROINTESTINALES	8	
pink bismuth 262 mg/15 ml oral suspension[OTC]	1		AGENTES GASTROINTESTINALES	8	
pink bismuth 525 mg/15 ml oral suspension[OTC]	1		AGENTES GASTROINTESTINALES	8	
pink bismuth maximum strength 525 mg/15 ml oral suspension[OTC]	1		AGENTES GASTROINTESTINALES	8	
polyethylene glycol 3350 17 gram oral powder packet[OTC]	1	QL(36 cada 30 días)	AGENTES GASTROINTESTINALES	18	
polyethylene glycol 3350 17 gram/dose oral powder[OTC]	1	QL(1054 cada 30 días)	AGENTES GASTROINTESTINALES	18	
powderlax 17 gram oral powder packet[OTC]	1	QL(36 cada 30 días)	AGENTES GASTROINTESTINALES	8	

• NP – no preferido • OTC – sin receta • PA – autorización previa • QL – Límite de cantidad
• ST – Terapia por fases

Nombre del medicamento	Grupo del nivel del medica-mento	Requisitos de manejo de utilización	Nombre de la categoría terapéutica	Edad mínima	Edad máxima
powderlax 17 gram/dose oral[OTC]	1	QL(1054 cada 30 días)	AGENTES GASTROINTESTINALES	8	
PREVACID 30 MG CAPSULE,DELAYED RELEASE[NP]	*	PA,QL(60 cada 30 días)	AGENTES GASTROINTESTINALES	8	
PREVACID SOLUTAB 15 MG DELAYED RELEASE,DISINTEGRATING TABLET[NP]	*	PA,QL(30 cada 30 días)	AGENTES GASTROINTESTINALES	8	
PREVACID SOLUTAB 30 MG DELAYED RELEASE,DISINTEGRATING TABLET[NP]	*	PA,QL(30 cada 30 días)	AGENTES GASTROINTESTINALES	8	
PRILOSEC 10 MG ORAL SUSPENSION,DELAYED RELEASE[NP]	*	PA,QL(30 cada 30 días)	AGENTES GASTROINTESTINALES	18	
PRILOSEC 2.5 MG ORAL SUSPENSION,DELAYED RELEASE[NP]	*	PA,QL(30 cada 30 días)	AGENTES GASTROINTESTINALES	8	
PROTONIX 20 MG TABLET,DELAYED RELEASE[NP]	*	PA,QL(60 cada 30 días)	AGENTES GASTROINTESTINALES	8	
PROTONIX 40 MG GRANULES DELAYED-RELEASE PACKET[NP]	*	PA,QL(30 cada 30 días)	AGENTES GASTROINTESTINALES	8	
PROTONIX 40 MG TABLET,DELAYED RELEASE[NP]	*	PA,QL(60 cada 30 días)	AGENTES GASTROINTESTINALES	8	
prucalopride 1 mg tablet[NP]	*	QL(30 cada 30 días)	AGENTES GASTROINTESTINALES	18	
prucalopride 2 mg tablet[NP]	*	QL(30 cada 30 días)	AGENTES GASTROINTESTINALES	8	
purelax 17 gram oral powder packet[OTC]	1	QL(36 cada 30 días)	AGENTES GASTROINTESTINALES	8	
purelax 17 gram/dose oral powder[OTC]	1	QL(1054 cada 30 días)	AGENTES GASTROINTESTINALES	8	
PYLERA 140 MG-125 MG-125 MG CAPSULE[NP]	*	QL(144 cada 30 días)	AGENTES GASTROINTESTINALES	18	
rabeprazole 20 mg tablet,delayed release[NP]	*	PA,QL(60 cada 30 días)	AGENTES GASTROINTESTINALES	8	
ranitidine 150 mg tablet[NP]	*		AGENTES GASTROINTESTINALES	18	
ranitidine 300 mg tablet[NP]	*		AGENTES GASTROINTESTINALES	8	
RELTONE 200 MG CAPSULE[NP]	*	QL(150 cada 30 días)	AGENTES GASTROINTESTINALES	18	
RELTONE 400 MG CAPSULE[NP]	*	QL(60 cada 30 días)	AGENTES GASTROINTESTINALES	8	
ROBINUL 1 MG TABLET[NP]	*		AGENTES GASTROINTESTINALES	18	
ROBINUL FORTE 2 MG TABLET[NP]	*		AGENTES GASTROINTESTINALES	8	
smooth antacid 300 mg (as calcium carbonate 750 mg) chewable tablet[OTC]	1		AGENTES GASTROINTESTINALES	8	
smoothlax 17 gram oral powder packet[OTC]	1	QL(36 cada 30 días)	AGENTES GASTROINTESTINALES	18	
smoothlax 17 gram/dose oral powder[OTC]	1	QL(1054 cada 30 días)	AGENTES GASTROINTESTINALES	8	
sodium bicarbonate 325 mg tablet[OTC]	1		AGENTES GASTROINTESTINALES	8	

• NP – no preferido • OTC – sin receta • PA – autorización previa • QL – Límite de cantidad
• ST – Terapia por fases

Nombre del medicamento	Grupo del nivel del medica-mento	Requisitos de manejo de utilización	Nombre de la categoría terapéutica	Edad mínima	Edad máxima
sodium bicarbonate 650 mg tablet[OTC]	1		AGENTES GASTROINTESTINALES	8	
soothe (bismuth subsalicylate) 262 mg chewable tablet[OTC]	1		AGENTES GASTROINTESTINALES	8	
soothe (bismuth subsalicylate) 262 mg tablet[OTC]	1		AGENTES GASTROINTESTINALES	8	
soothe regular strength 262 mg/15 ml oral suspension[OTC]	1		AGENTES GASTROINTESTINALES	8	
stomach relief 262 mg chewable tablet[OTC]	1		AGENTES GASTROINTESTINALES	8	
stomach relief 262 mg tablet[OTC]	1		AGENTES GASTROINTESTINALES	8	
stomach relief 262 mg/15 ml oral suspension[OTC]	1		AGENTES GASTROINTESTINALES	8	
stomach relief 525 mg/15 ml oral suspension[OTC]	1		AGENTES GASTROINTESTINALES	18	
stomach relief max strength 525 mg/15 ml oral suspension[OTC]	1		AGENTES GASTROINTESTINALES	8	
stomach relief original 262 mg/15 ml oral suspension[OTC]	1		AGENTES GASTROINTESTINALES	18	
sucralfate 1 gram tablet	1		AGENTES GASTROINTESTINALES	8	
sucralfate 100 mg/ml oral suspension	1		AGENTES GASTROINTESTINALES	18	
SUFLAVE 178.7 GRAM-7.3 GRAM-0.5 GRAM ORAL SOLUTION	1		AGENTES GASTROINTESTINALES	18	
SUTAB 1.479-0.188-0.225 GRAM TABLET	1		AGENTES GASTROINTESTINALES	18	
SYMPROIC 0.2 MG TABLET[NP]	*	QL(30 cada 30 dÍas)	AGENTES GASTROINTESTINALES	18	
TALICIA 10 MG-250 MG-12.5 MG CAPSULE,IMMEDIATE - DELAY RELEASE[NP]	*		AGENTES GASTROINTESTINALES	8	
TAME THE FLAME 195 MG (AS CALCIUM CARBONATE 500 MG) CHEWABLE TABLET[OTC]	1		AGENTES GASTROINTESTINALES	8	
tum-ease 200 mg calcium (500 mg) chewable tablet[OTC]	1		AGENTES GASTROINTESTINALES	18	
TUMS 200 MG (AS CALCIUM CARBONATE 500 MG) CHEWABLE TABLET[OTC]	1		AGENTES GASTROINTESTINALES	8	
TUMS 300 MG (AS CALCIUM CARBONATE 750 MG) CHEWABLE TABLET[OTC]	1		AGENTES GASTROINTESTINALES	18	
TUMS 320 MG CALCIUM (750 MG) CHEWABLE TABLET[OTC]	1		AGENTES GASTROINTESTINALES	8	
TUMS E-X 300 MG (AS CALCIUM CARBONATE 750 MG) CHEWABLE TABLET[OTC]	1		AGENTES GASTROINTESTINALES	8	
TUMS EXTRA STRENGTH SMOOTHIES 300 MG (AS CARB 750 MG) CHEWABLE TABLET[OTC]	1		AGENTES GASTROINTESTINALES	8	
TUMS FRESHERS 200 MG (AS CALCIUM CARBONATE 500 MG) CHEWABLE TABLET[OTC]	1		AGENTES GASTROINTESTINALES	8	

• NP – no preferido • OTC – sin receta • PA – autorización previa • QL – Límite de cantidad
• ST – Terapia por fases

Nombre del medicamento	Grupo del nivel del medica-mento	Requisitos de manejo de utilización	Nombre de la categoría terapéutica	Edad mínima	Edad máxima
TUMS ULTRA 400 MG (AS CALCIUM CARBONATE 1,000 MG) CHEWABLE TABLET[OTC]	1		AGENTES GASTROINTESTINALES	18	
tums ultra 470 mg (as calcium carbonate 1,177 mg) chewable tablet[OTC]	1		AGENTES GASTROINTESTINALES	18	
ultra a-d 2 mg tablet[OTC]	1		AGENTES GASTROINTESTINALES	18	
ultra strength antacid 400 mg (calcium carb 1,000 mg) chewable tablet[OTC]	1		AGENTES GASTROINTESTINALES	8	
URSO FORTE 500 MG TABLET[NP]	*		AGENTES GASTROINTESTINALES	18	
ursodiol 250 mg tablet[NP]	*		AGENTES GASTROINTESTINALES	8	
ursodiol 300 mg capsule	1		AGENTES GASTROINTESTINALES	8	
ursodiol 500 mg tablet[NP]	*		AGENTES GASTROINTESTINALES	18	
URSOLIGN 150 MG CAPSULE[NP]	*		AGENTES GASTROINTESTINALES	8	
VIBERZI 100 MG TABLET[NP]	*	QL(60 cada 30 dÍas)	AGENTES GASTROINTESTINALES	18	
VIBERZI 75 MG TABLET[NP]	*	QL(60 cada 30 dÍas)	AGENTES GASTROINTESTINALES	8	
VOQUEZNA 10 MG TABLET[NP]	*	QL(30 cada 30 dÍas)	AGENTES GASTROINTESTINALES	18	
VOQUEZNA 20 MG TABLET[NP]	*	QL(60 cada 30 dÍas)	AGENTES GASTROINTESTINALES	8	
VOQUEZNA DUAL PAK 20 MG (28)-500 MG (84) ORAL PACK[NP]	*	QL(112 cada 30 dÍas)	AGENTES GASTROINTESTINALES	18	
VOQUEZNA TRIPLE PAK 20 MG-500 MG-500 MG ORAL PACK[NP]	*	QL(112 cada 30 dÍas)	AGENTES GASTROINTESTINALES	8	
alfuzosin er 10 mg tablet,extended release 24 hr	1	QL(30 cada 30 dÍas)	AGENTES GENITOURINARIOS	8	
bethanechol chloride 10 mg tablet	1		AGENTES GENITOURINARIOS	8	
bethanechol chloride 25 mg tablet	1		AGENTES GENITOURINARIOS	18	
bethanechol chloride 5 mg tablet	1		AGENTES GENITOURINARIOS	8	
bethanechol chloride 50 mg tablet	1		AGENTES GENITOURINARIOS	8	
CIALIS 5 MG TABLET[NP]	*	QL(30 cada 30 dÍas)	AGENTES GENITOURINARIOS	8	
darifenacin er 15 mg tablet,extended release 24 hr[NP]	*	QL(30 cada 30 dÍas)	AGENTES GENITOURINARIOS	8	
darifenacin er 7.5 mg tablet,extended release 24 hr[NP]	*	QL(30 cada 30 dÍas)	AGENTES GENITOURINARIOS	8	
dutasteride 0.5 mg capsule[NP]	*	QL(30 cada 30 dÍas)	AGENTES GENITOURINARIOS	8	
dutasteride 0.5 mg-tamsulosin er 0.4 mg capsule ext.release 24hr mphas[NP]	*	QL(30 cada 30 dÍas)	AGENTES GENITOURINARIOS	8	

• NP – no preferido • OTC – sin receta • PA – autorización previa • QL – Límite de cantidad
• ST – Terapia por fases

Nombre del medicamento	Grupo del nivel del medica-mento	Requisitos de manejo de utilización	Nombre de la categoría terapéutica	Edad mínima	Edad máxima
ELMIRON 100 MG CAPSULE[NP]	*	QL(90 cada 30 días)	AGENTES GENITOURINARIOS	8	
fesoterodine er 4 mg tablet,extended release 24 hr[NP]	*	QL(30 cada 30 días)	AGENTES GENITOURINARIOS	8	
fesoterodine er 8 mg tablet,extended release 24 hr[NP]	*	QL(30 cada 30 días)	AGENTES GENITOURINARIOS	8	
finasteride 5 mg tablet	1	QL(30 cada 30 días)	AGENTES GENITOURINARIOS	18	
flavoxate 100 mg tablet[NP]	*		AGENTES GENITOURINARIOS	18	
GEMTESA 75 MG TABLET	1	QL(30 cada 30 días)	AGENTES GENITOURINARIOS	18	
mirabegron er 25 mg tablet,extended release 24 hr	1	QL(30 cada 30 días)	AGENTES GENITOURINARIOS	8	
mirabegron er 50 mg tablet,extended release 24 hr	1	QL(30 cada 30 días)	AGENTES GENITOURINARIOS	18	
mirabegron er 8 mg/ml oral suspension,extended release	1	QL(300 cada 30 días)	AGENTES GENITOURINARIOS	18	
MYRBETRIQ 25 MG TABLET,EXTENDED RELEASE	1	QL(30 cada 30 días)	AGENTES GENITOURINARIOS	8	
MYRBETRIQ 50 MG TABLET,EXTENDED RELEASE	1	QL(30 cada 30 días)	AGENTES GENITOURINARIOS	8	
MYRBETRIQ 8 MG/ML ORAL SUSPENSION,EXTENDED RELEASE	1	QL(300 cada 30 días)	AGENTES GENITOURINARIOS	18	
oxybutynin chloride 2.5 mg tablet	1	QL(90 cada 30 días)	AGENTES GENITOURINARIOS	8	
oxybutynin chloride 5 mg tablet	1		AGENTES GENITOURINARIOS	18	
oxybutynin chloride 5 mg/5 ml oral syrup	1		AGENTES GENITOURINARIOS	8	
oxybutynin chloride er 10 mg tablet,extended release 24 hr	1	QL(60 cada 30 días)	AGENTES GENITOURINARIOS	8	
oxybutynin chloride er 15 mg tablet,extended release 24 hr	1	QL(60 cada 30 días)	AGENTES GENITOURINARIOS	8	
oxybutynin chloride er 5 mg tablet,extended release 24 hr	1	QL(60 cada 30 días)	AGENTES GENITOURINARIOS	8	
OXYTROL 3.9 MG/24 HR TRANSDERMAL PATCH[NP]	*	QL(8 cada 28 días)	AGENTES GENITOURINARIOS	8	
PROSCAR 5 MG TABLET[NP]	*	QL(30 cada 30 días)	AGENTES GENITOURINARIOS	8	
silodosin 4 mg capsule[NP]	*	QL(30 cada 30 días)	AGENTES GENITOURINARIOS	8	
silodosin 8 mg capsule[NP]	*	QL(30 cada 30 días)	AGENTES GENITOURINARIOS	8	
solifenacin 10 mg tablet	1	QL(30 cada 30 días)	AGENTES GENITOURINARIOS	8	
solifenacin 5 mg tablet	1	QL(30 cada 30 días)	AGENTES GENITOURINARIOS	8	
tadalafil 5 mg tablet[NP]	*	QL(30 cada 30 días)	AGENTES GENITOURINARIOS	8	

• NP – no preferido • OTC – sin receta • PA – autorización previa • QL – Límite de cantidad
• ST – Terapia por fases

Nombre del medicamento	Grupo del nivel del medica-mento	Requisitos de manejo de utilización	Nombre de la categoría terapéutica	Edad mínima	Edad máxima
tamsulosin 0.4 mg capsule	1	QL(60 cada 30 días)	AGENTES GENITOURINARIOS	8	
THIOLA 100 MG TABLET[NP]	*		AGENTES GENITOURINARIOS	8	
THIOLA EC 100 MG TABLET,DELAYED RELEASE[NP]	*		AGENTES GENITOURINARIOS	8	
THIOLA EC 300 MG TABLET,DELAYED RELEASE[NP]	*		AGENTES GENITOURINARIOS	8	
tiopronin 100 mg tablet[NP]	*		AGENTES GENITOURINARIOS	8	
tiopronin 100 mg tablet,delayed release[NP]	*		AGENTES GENITOURINARIOS	8	
tiopronin 300 mg tablet,delayed release[NP]	*		AGENTES GENITOURINARIOS	8	
tolterodine 1 mg tablet[NP]	*	QL(60 cada 30 días)	AGENTES GENITOURINARIOS	8	
tolterodine 2 mg tablet[NP]	*	QL(60 cada 30 días)	AGENTES GENITOURINARIOS	8	
tolterodine er 2 mg capsule,extended release 24 hr[NP]	*	QL(30 cada 30 días)	AGENTES GENITOURINARIOS	8	
tolterodine er 4 mg capsule,extended release 24 hr[NP]	*	QL(30 cada 30 días)	AGENTES GENITOURINARIOS	18	
TOVIAZ 4 MG TABLET,EXTENDED RELEASE[NP]	*	QL(30 cada 30 días)	AGENTES GENITOURINARIOS	18	
TOVIAZ 8 MG TABLET,EXTENDED RELEASE[NP]	*	QL(30 cada 30 días)	AGENTES GENITOURINARIOS	8	
trospium 20 mg tablet[NP]	*	QL(60 cada 30 días)	AGENTES GENITOURINARIOS	8	
trospium er 60 mg capsule,extended release 24 hr[NP]	*	QL(30 cada 30 días)	AGENTES GENITOURINARIOS	8	
venxxiva 100 mg tablet,delayed release[NP]	*		AGENTES GENITOURINARIOS	8	
venxxiva 300 mg tablet,delayed release[NP]	*		AGENTES GENITOURINARIOS	8	
l norgest/e estradiol-e estrad 0.1 mg-20 mcg (84)/10 mcg (7) tabs,3mos	1	QL(91 cada 90 días)	AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MOD	8	
levonorgestrel 0.15 mg-ethinyl estradiol 30 mcg tablets,3 mos pack(91)	1	QL(91 cada 90 días)	AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MOD	18	
norelgestromin 150 mcg-e.estradiol 35 mcg/24 hr weekly transderm patch	1	QL(3 cada 28 días)	AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODI	18	

• NP – no preferido • OTC – sin receta • PA – autorización previa • QL – Límite de cantidad
• ST – Terapia por fases

Nombre del medicamento	Grupo del nivel del medica-mento	Requisitos de manejo de utilización	Nombre de la categoría terapéutica	Edad mínima	Edad máxima
testosterone 12.5 mg/1.25 gram per pump actuation (1%) transdermal gel[NP]	*	QL(300 cada 30 días)	AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODI	18	
testosterone 20.25 mg/1.25 gram per pump act.(1.62 %) transdermal gel[NP]	*	QL(150 cada 30 días)	AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIF	18	
testosterone 30 mg/actuation (1.5 ml) transderm solution metered pump[NP]	*	QL(180 cada 30 días)	AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIF	8	
camrese lo 0.1 mg-20 mcg (84)/10 mcg (7) tablets,3 month dose pack	1	QL(91 cada 90 días)	AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFIC	8	
lojaimiess 0.1 mg-20 mcg (84)/10 mcg (7) tablets,3 month dose pack	1	QL(91 cada 90 días)	AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFIC	8	
etonogestrel 0.12 mg-ethinyl estradiol 0.015 mg/24 hr vaginal ring	1	QL(1 cada 28 días)	AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICA	8	
jaimiess 0.15 mg-30 mcg (84)/10 mcg(7) tablets,3 month dose pack	1	QL(91 cada 90 días)	AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICAD	8	
simpesse 0.15 mg-30 mcg (84)/10 mcg(7) tablets,3 month dose pack	1	QL(91 cada 90 días)	AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICAD	8	
ashlyna 0.15 mg-30 mcg (84)/10 mcg(7) tablets,3 month dose pack	1	QL(91 cada 90 días)	AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADO	8	
camrese 0.15 mg-30 mcg (84)/10 mcg(7) tablets,3 month dose pack	1	QL(91 cada 90 días)	AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADO	8	

• NP – no preferido • OTC – sin receta • PA – autorización previa • QL – Límite de cantidad
• ST – Terapia por fases

Nombre del medicamento	Grupo del nivel del medica-mento	Requisitos de manejo de utilización	Nombre de la categoría terapéutica	Edad mínima	Edad máxima
rivelsa 0.15 mg-20 mcg/0.15 mg-25 mcg tablets,3 month dose pack	1	QL(91 cada 90 dÍas)	AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADO	8	
rosyrah 0.15 mg-20 mcg/0.15 mg-25 mcg tablets,3 month dose pack	1	QL(91 cada 90 dÍas)	AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADO	8	
testosterone 1.62 % (20.25 mg/1.25 gram) transdermal gel packet[NP]	*	QL(37.5 cada 30 dÍas)	AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADO	8	
daysee 0.15 mg-30 mcg (84)/10 mcg(7) tablets,3 month dose pack	1	QL(91 cada 90 dÍas)	AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADOR	8	
testosterone 1.62 % (40.5 mg/2.5 gram) transdermal gel packet[NP]	*	QL(150 cada 30 dÍas)	AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES	8	
abigale 1 mg-0.5 mg tablet	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)	8	
abigale lo 0.5 mg-0.1 mg tablet	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)	8	
ACTIVELLA 1 MG-0.5 MG TABLET[NP]	*		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)	8	
after pill 1.5 mg tablet[OTC]	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)	8	

• NP – no preferido • OTC – sin receta • PA – autorización previa • QL – Límite de cantidad
• ST – Terapia por fases

Nombre del medicamento	Grupo del nivel del medica-mento	Requisitos de manejo de utilización	Nombre de la categoría terapéutica	Edad mínima	Edad máxima
AFTERA 1.5 MG TABLET[OTC]	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)	8	
altavera (28) 0.15 mg-0.03 mg tablet	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)	8	
alyacen 1/35 (28) 1 mg-35 mcg tablet	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)	8	
alyacen 7/7/7 (28) 0.5 mg/0.75 mg/1 mg-35 mcg tablet	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)	8	
amethyst (28) 90 mcg-20 mcg tablet	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)	18	
ANGELIQ 0.25 MG-0.5 MG TABLET[NP]	*		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)	18	
ANGELIQ 0.5 MG-1 MG TABLET[NP]	*		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)	8	
ANNOVERA 0.15 MG-0.013 MG/24 HR VAGINAL RING	1	QL(1 cada 365 dÍas)	AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)	18	
apri 0.15 mg-0.03 mg tablet	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)	18	

• NP – no preferido • OTC – sin receta • PA – autorización previa • QL – Límite de cantidad
• ST – Terapia por fases

Nombre del medicamento	Grupo del nivel del medica-mento	Requisitos de manejo de utilización	Nombre de la categoría terapéutica	Edad mínima	Edad máxima
aranelle (28) 0.5 mg/1 mg/0.5 mg-35 mcg tablet	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)	8	
aubra eq 0.1 mg-20 mcg tablet	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)	8	
aurovela 1.5/30 (21) 1.5 mg-30 mcg tablet	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)	18	
aurovela 1/20 (21) 1 mg-20 mcg tablet	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)	8	
aurovela 24 fe 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4) tablet	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)	18	
aurovela fe 1-20 (28) 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7) tablet	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)	8	
aurovela fe 1.5/30 (28) 1.5 mg-30 mcg (21)/75 mg (7) tablet	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)	8	
AVEED 750 MG/3 ML (250MG/ML) INTRAMUSCULAR SOLUTION[NP]	*		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)	18	
AVERI 0.15 MG-0.03 MG (21)/36.5 MG (7) TABLET	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)	18	

• NP – no preferido • OTC – sin receta • PA – autorización previa • QL – Límite de cantidad
• ST – Terapia por fases

Nombre del medicamento	Grupo del nivel del medica-mento	Requisitos de manejo de utilización	Nombre de la categoría terapéutica	Edad mínima	Edad máxima
aviane 0.1 mg-20 mcg tablet	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)	8	
ayuna 0.15 mg-0.03 mg tablet	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)	18	
AZMIRO 200 MG/ML INTRAMUSCULAR SYRINGE[NP]	*		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)	18	
azurette (28) 0.15 mg-0.02 mg (21)/0.01 mg (5) tablet	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)	8	
BALCOLTRA 0.1 MG-0.02 MG (21)/IRON (7) TABLET	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)	8	
balziva (28) 0.4 mg-35 mcg tablet	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)	8	
BEYAZ (28) 3 MG-0.02 MG-0.451 MG (24)/0.451 MG (4) TABLET	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)	18	
BIJUVA 0.5 MG-100 MG CAPSULE[NP]	*	QL(30 cada 30 dÍas)	AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)	8	
BIJUVA 1 MG-100 MG CAPSULE[NP]	*	QL(30 cada 30 dÍas)	AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)	8	

• NP – no preferido • OTC – sin receta • PA – autorización previa • QL – Límite de cantidad
• ST – Terapia por fases

Nombre del medicamento	Grupo del nivel del medica-mento	Requisitos de manejo de utilización	Nombre de la categoría terapéutica	Edad mínima	Edad máxima
blisovi 24 fe 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4) tablet	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)	8	
blisovi fe 1.5/30 (28) 1.5 mg-30 mcg (21)/75 mg (7) tablet	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)	8	
blisovi fe 1/20 (28) 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7) tablet	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)	8	
briellyn 0.4 mg-35 mcg tablet	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)	18	
camila 0.35 mg tablet	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)	8	
charlotte 24 fe 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4) chewable tablet	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)	8	
chateal eq (28) 0.15 mg-0.03 mg tablet	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)	8	
CLIMARA 0.025 MG/24 HR TRANSDERMAL PATCH[NP]	*	QL(4 cada 28 días)	AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)	8	
CLIMARA 0.0375 MG/24 HR TRANSDERMAL PATCH[NP]	*	QL(4 cada 28 días)	AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)	8	

• NP – no preferido • OTC – sin receta • PA – autorización previa • QL – Límite de cantidad
• ST – Terapia por fases

Nombre del medicamento	Grupo del nivel del medica-mento	Requisitos de manejo de utilización	Nombre de la categoría terapéutica	Edad mínima	Edad máxima
CLIMARA 0.05 MG/24 HR TRANSDERMAL PATCH[NP]	*	QL(4 cada 28 días)	AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)	8	
CLIMARA 0.06 MG/24 HR TRANSDERMAL PATCH[NP]	*	QL(4 cada 28 días)	AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)	18	
CLIMARA 0.075 MG/24 HR TRANSDERMAL PATCH[NP]	*	QL(4 cada 28 días)	AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)	8	
CLIMARA 0.1 MG/24 HR TRANSDERMAL PATCH[NP]	*	QL(4 cada 28 días)	AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)	8	
CLIMARA PRO 0.045 MG-0.015 MG/24 HR TRANSDERMAL PATCH[NP]	*	QL(4 cada 28 días)	AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)	18	
COMBIPATCH 0.05 MG-0.14 MG/24 HR TRANSDERMAL	1	QL(8 cada 28 días)	AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)	8	
COMBIPATCH 0.05 MG-0.25 MG/24 HR TRANSDERMAL	1	QL(8 cada 28 días)	AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)	8	
conjugated estrogens 0.3 mg tablet	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)	8	
conjugated estrogens 0.45 mg tablet	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)	8	

• NP – no preferido • OTC – sin receta • PA – autorización previa • QL – Límite de cantidad
• ST – Terapia por fases

Nombre del medicamento	Grupo del nivel del medica-mento	Requisitos de manejo de utilización	Nombre de la categoría terapéutica	Edad mínima	Edad máxima
conjugated estrogens 0.625 mg tablet	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)	8	
conjugated estrogens 0.9 mg tablet	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)	18	
conjugated estrogens 1.25 mg tablet	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)	8	
CRENESSITY 100 MG CAPSULE[NP]	*	QL(120 cada 30 dÍas)	AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)	8	
CRENESSITY 25 MG CAPSULE[NP]	*	QL(90 cada 30 dÍas)	AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)	8	
CRENESSITY 50 MG CAPSULE[NP]	*	QL(90 cada 30 dÍas)	AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)	8	
CRENESSITY 50 MG/ML ORAL SOLUTION[NP]	*	QL(240 cada 30 dÍas)	AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)	8	
CRINONE 4 % VAGINAL GEL[NP]	*	QL(8.7 cada 30 dÍas)	AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)	8	
CRINONE 8 % VAGINAL GEL[NP]	*	QL(21.75 cada 30 dÍas)	AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)	8	

• NP – no preferido • OTC – sin receta • PA – autorización previa • QL – Límite de cantidad
• ST – Terapia por fases

Nombre del medicamento	Grupo del nivel del medica-mento	Requisitos de manejo de utilización	Nombre de la categoría terapéutica	Edad mínima	Edad máxima
cryselle (28) 0.3 mg-30 mcg tablet	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)	8	
curae 1.5 mg tablet[OTC]	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)	8	
cyred eq 0.15 mg-0.03 mg tablet	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)	8	
danazol 100 mg capsule	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)	8	
danazol 200 mg capsule	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)	8	
danazol 50 mg capsule	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)	18	
dasetta 1/35 (28) 1 mg-35 mcg tablet	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)	8	
dasetta 7/7/7 (28) 0.5 mg(7)/0.75 mg(7)/1 mg(7)-35 mcg tablet	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)	8	
deblitane 0.35 mg tablet	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)	8	

• NP – no preferido • OTC – sin receta • PA – autorización previa • QL – Límite de cantidad
• ST – Terapia por fases

Nombre del medicamento	Grupo del nivel del medica-mento	Requisitos de manejo de utilización	Nombre de la categoría terapéutica	Edad mínima	Edad máxima
DELESTROGEN 10 MG/ML INTRAMUSCULAR OIL[NP]	*		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)	8	
DELESTROGEN 20 MG/ML INTRAMUSCULAR OIL[NP]	*		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)	8	
DEPO-ESTRADIOL 5 MG/ML INTRAMUSCULAR OIL[NP]	*	QL(5 cada 30 días)	AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)	8	
DEPO-PROVERA 150 MG/ML INTRAMUSCULAR SUSPENSION	1	QL(1 cada 90 días)	AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)	8	
DEPO-PROVERA 150 MG/ML INTRAMUSCULAR SYRINGE	1	QL(1 cada 90 días)	AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)	8	
DEPO-SUBQ PROVERA 104 104 MG/0.65 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE	1	QL(0.65 cada 90 días)	AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)	8	
DEPO-TESTOSTERONE 100 MG/ML INTRAMUSCULAR OIL[NP]	*	QL(24 cada 90 días)	AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)	8	
DEPO-TESTOSTERONE 200 MG/ML INTRAMUSCULAR OIL[NP]	*	QL(24 cada 90 días)	AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)	8	
DIVIGEL 0.25 MG/0.25 GRAM (0.1 %) TRANSDERMAL GEL PACKET[NP]	*		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)	8	

• NP – no preferido • OTC – sin receta • PA – autorización previa • QL – Límite de cantidad
• ST – Terapia por fases

Nombre del medicamento	Grupo del nivel del medica-mento	Requisitos de manejo de utilización	Nombre de la categoría terapéutica	Edad mínima	Edad máxima
DIVIGEL 0.5 MG/0.5 GRAM (0.1 %) TRANSDERMAL GEL PACKET[NP]	*		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)	8	
DIVIGEL 0.75 MG/0.75 GRAM (0.1%) TRANSDERMAL GEL PACKET[NP]	*		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)	8	
DIVIGEL 1 MG/GRAM (0.1 %) TRANSDERMAL GEL PACKET[NP]	*		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)		
DIVIGEL 1.25 MG/1.25 GRAM (0.1 %) TRANSDERMAL GEL PACKET[NP]	*		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)		
dolishale 90 mcg-20 mcg (28) tablet	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)		
dotti 0.025 mg/24 hr transdermal patch	1	QL(8 cada 28 días)	AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)		
dotti 0.0375 mg/24 hr transdermal patch	1	QL(8 cada 28 días)	AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)		
dotti 0.05 mg/24 hr transdermal patch	1	QL(8 cada 28 días)	AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)		
dotti 0.075 mg/24 hr transdermal patch	1	QL(8 cada 28 días)	AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)		

• NP – no preferido • OTC – sin receta • PA – autorización previa • QL – Límite de cantidad
• ST – Terapia por fases

Nombre del medicamento	Grupo del nivel del medica-mento	Requisitos de manejo de utilización	Nombre de la categoría terapéutica	Edad mínima	Edad máxima
dotti 0.1 mg/24 hr transdermal patch	1	QL(8 cada 28 días)	AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)		
drospiren-e.estrad-l.mefol 3 mg-0.02 mg-0.451 mg(24)/0.451 mg(4)tablet	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)		
drospiren-e.estrad-l.mefol 3 mg-0.03 mg-0.451 mg(21)/0.451 mg(7)tablet	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)		
drospirenone 3 mg-ethinyl estradiol 0.02 mg tablet	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)		
drospirenone 3 mg-ethinyl estradiol 0.03 mg tablet	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)		
DUAVEE 0.45 MG-20 MG TABLET[NP]	*	QL(30 cada 30 días)	AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)		
econtra ez 1.5 mg tablet[OTC]	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)		
econtra one-step 1.5 mg tablet[OTC]	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)		
ELESTRIN 0.87 GRAM/ACTUATION (0.06%) TRANSDERMAL GEL PUMP[NP]	*	QL(52 cada 30 días)	AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)		

• NP – no preferido • OTC – sin receta • PA – autorización previa • QL – Límite de cantidad
• ST – Terapia por fases

Nombre del medicamento	Grupo del nivel del medica-mento	Requisitos de manejo de utilización	Nombre de la categoría terapéutica	Edad mínima	Edad máxima
elinest 0.3 mg-30 mcg tablet	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)		
ELLA 30 MG TABLET	1	QL(1 cada 30 días)	AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)		
eluryng 0.12 mg-0.015 mg/24 hr vaginal ring	1	QL(1 cada 28 días)	AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)		
emzahh 0.35 mg tablet	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)		
ENDOMETRIN 100 MG VAGINAL INSERT	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)		
enilloring 0.12 mg-0.015 mg/24 hr vaginal ring	1	QL(1 cada 28 días)	AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)		
enpresse 50-30 (6)/75-40(5)/125-30(10) tablet	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)		
enskyce 0.15 mg-0.03 mg tablet	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)		
errin 0.35 mg tablet	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)		

• NP – no preferido • OTC – sin receta • PA – autorización previa • QL – Límite de cantidad
• ST – Terapia por fases

Nombre del medicamento	Grupo del nivel del medica-mento	Requisitos de manejo de utilización	Nombre de la categoría terapéutica	Edad mínima	Edad máxima
estarylla 0.25 mg-0.035 mg tablet	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)		
ESTRACE 0.01% (0.1 MG/GRAM) VAGINAL CREAM[NP]	*		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)		
estradiol 0.01% (0.1 mg/gram) vaginal cream	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)		
estradiol 0.025 mg/24 hr semiweekly transdermal patch	1	QL(8 cada 28 días)	AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)		
estradiol 0.025 mg/24 hr weekly transdermal patch	1	QL(4 cada 28 días)	AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)		
estradiol 0.0375 mg/24 hr semiweekly transdermal patch	1	QL(8 cada 28 días)	AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)		
estradiol 0.0375 mg/24 hr weekly transdermal patch	1	QL(4 cada 28 días)	AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)		
estradiol 0.05 mg/24 hr semiweekly transdermal patch	1	QL(8 cada 28 días)	AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)		
estradiol 0.05 mg/24 hr weekly transdermal patch	1	QL(4 cada 28 días)	AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)		

• NP – no preferido • OTC – sin receta • PA – autorización previa • QL – Límite de cantidad
• ST – Terapia por fases

Nombre del medicamento	Grupo del nivel del medica-mento	Requisitos de manejo de utilización	Nombre de la categoría terapéutica	Edad mínima	Edad máxima
estradiol 0.06 mg/24 hr weekly transdermal patch	1	QL(4 cada 28 días)	AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)		
estradiol 0.075 mg/24 hr semiweekly transdermal patch	1	QL(8 cada 28 días)	AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)		
estradiol 0.075 mg/24 hr weekly transdermal patch	1	QL(4 cada 28 días)	AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)		
estradiol 0.1 mg/24 hr semiweekly transdermal patch	1	QL(8 cada 28 días)	AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)		
estradiol 0.1 mg/24 hr weekly transdermal patch	1	QL(4 cada 28 días)	AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)		
estradiol 0.25 mg/0.25 gram (0.1 %) transdermal gel packet[NP]	*		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)		
estradiol 0.5 mg tablet	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)		
estradiol 0.5 mg/0.5 gram (0.1 %) transdermal gel packet[NP]	*		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)		
estradiol 0.75 mg/0.75 gram (0.1%) transdermal gel packet[NP]	*		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)		

• NP – no preferido • OTC – sin receta • PA – autorización previa • QL – Límite de cantidad
• ST – Terapia por fases

Nombre del medicamento	Grupo del nivel del medica-mento	Requisitos de manejo de utilización	Nombre de la categoría terapéutica	Edad mínima	Edad máxima
estradiol 1 mg tablet	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)		
estradiol 1 mg/gram (0.1 %) transdermal gel packet[NP]	*		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)		
estradiol 1.25 gram/actuation (0.06%) transdermal gel pump[NP]	*	QL(50 cada 30 dÍas)	AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)		
estradiol 1.25 mg/1.25 gram (0.1 %) transdermal gel packet[NP]	*		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)		
estradiol 10 mcg vaginal tablet[NP]	*		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)		
estradiol 2 mg tablet	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)		
estradiol valerate 10 mg/ml intramuscular oil[NP]	*		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)		
estradiol valerate 20 mg/ml intramuscular oil[NP]	*		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)		
estradiol valerate 40 mg/ml intramuscular oil[NP]	*		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)		

• NP – no preferido • OTC – sin receta • PA – autorización previa • QL – Límite de cantidad
• ST – Terapia por fases

Nombre del medicamento	Grupo del nivel del medica-mento	Requisitos de manejo de utilización	Nombre de la categoría terapéutica	Edad mínima	Edad máxima
estradiol-norethindrone acet 0.5 mg-0.1 mg tablet	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)		
estradiol-norethindrone acet 1 mg-0.5 mg tablet	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)		
ESTRING 2 MG (7.5 MCG/24 HOUR) VAGINAL RING[NP]	*	QL(1 cada 90 días)	AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)		
EVAMIST 1.53 MG/SPRAY (1.7 %) TRANSDERMAL SPRAY[NP]	*		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)		
EVISTA 60 MG TABLET[NP]	*	QL(30 cada 30 días)	AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)		
falmina (28) 0.1 mg-20 mcg tablet	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)		
feirza 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7) tablet	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)		
feirza 1.5 mg-30 mcg (21)/75 mg (7) tablet	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)		
FEMLYV 1 MG-20 MCG DISINTEGRATING TABLET	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)		

• NP – no preferido • OTC – sin receta • PA – autorización previa • QL – Límite de cantidad
• ST – Terapia por fases

Nombre del medicamento	Grupo del nivel del medica-mento	Requisitos de manejo de utilización	Nombre de la categoría terapéutica	Edad mínima	Edad máxima
FEMRING 0.05 MG/24 HR VAGINAL[NP]	*	QL(1 cada 90 días)	AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)		
FEMRING 0.1 MG/24 HR VAGINAL[NP]	*	QL(1 cada 90 días)	AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)		
finzala 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4) chewable tablet	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)		
fyavolv 0.5 mg-2.5 mcg tablet[NP]	*		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)		
fyavolv 1 mg-5 mcg tablet[NP]	*		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)		
galbriela 0.8 mg-25 mcg (24)/75 mg (4) chewable tablet	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)		
gallifrey 5 mg tablet[NP]	*		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)		
gemmily 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4) capsule	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)		
GWYN LO 220 MCG-20 MCG/24 HR TRANSDERMAL PATCH	1	QL(3 cada 28 días)	AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)		

• NP – no preferido • OTC – sin receta • PA – autorización previa • QL – Límite de cantidad
• ST – Terapia por fases

Nombre del medicamento	Grupo del nivel del medica-mento	Requisitos de manejo de utilización	Nombre de la categoría terapéutica	Edad mínima	Edad máxima
hailey 1.5 mg-30 mcg tablet	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)		
hailey 24 fe 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4) tablet	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)		
hailey fe 1.5/30 (28) 1.5 mg-30 mcg (21)/75 mg (7) tablet	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)		
hailey fe 1/20 (28) 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7) tablet	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)		
heather 0.35 mg tablet	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)		
her style 1.5 mg tablet[OTC]	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)		
IMVEXXY MAINTENANCE PACK 10 MCG VAGINAL INSERT[NP]	*	QL(114 cada 365 días)	AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)		
IMVEXXY MAINTENANCE PACK 4 MCG VAGINAL INSERT[NP]	*	QL(114 cada 365 días)	AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)		
IMVEXXY STARTER PACK 10 MCG VAGINAL INSERT, DOSE PACK[NP]	*	QL(114 cada 365 días)	AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)		

• NP – no preferido • OTC – sin receta • PA – autorización previa • QL – Límite de cantidad
• ST – Terapia por fases

Nombre del medicamento	Grupo del nivel del medica-mento	Requisitos de manejo de utilización	Nombre de la categoría terapéutica	Edad mínima	Edad máxima
IMVEXXY STARTER PACK 4 MCG VAGINAL INSERT, DOSE PACK[NP]	*	QL(114 cada 365 dÍas)	AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)		
incassia 0.35 mg tablet	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)		
INTRAROSA 6.5 MG VAGINAL INSERT[NP]	*	QL(28 cada 28 dÍas)	AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)		
introvale 0.15 mg-30 mcg (91) tablets,3 month dose pack	1	QL(91 cada 90 dÍas)	AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)		
isibloom 0.15 mg-0.03 mg tablet	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)		
jasmiel (28) 3 mg-0.02 mg tablet	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)		
JATENZO 158 MG CAPSULE[NP]	*	QL(120 cada 30 dÍas)	AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)		
JATENZO 198 MG CAPSULE[NP]	*	QL(120 cada 30 dÍas)	AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)		
JATENZO 237 MG CAPSULE[NP]	*	QL(60 cada 30 dÍas)	AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)		

• NP – no preferido • OTC – sin receta • PA – autorización previa • QL – Límite de cantidad
• ST – Terapia por fases

Nombre del medicamento	Grupo del nivel del medica-mento	Requisitos de manejo de utilización	Nombre de la categoría terapéutica	Edad mínima	Edad máxima
jencycla 0.35 mg tablet	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)		
jinteli 1 mg-5 mcg tablet[NP]	*		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)		
jolessa 0.15 mg-30 mcg (91) tablets,3 month dose pack	1	QL(91 cada 90 dÍas)	AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)		
joyeaux 0.1 mg-0.02 mg (21)/iron (7) tablet	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)		
juleber 0.15 mg-0.03 mg tablet	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)		
julie 1.5 mg tablet[OTC]	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)		
junel 1.5/30 (21) 1.5 mg-30 mcg tablet	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)		
junel 1/20 (21) 1 mg-20 mcg tablet	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)		
junel fe 1.5/30 (28) 1.5 mg-30 mcg (21)/75 mg (7) tablet	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)		

• NP – no preferido • OTC – sin receta • PA – autorización previa • QL – Límite de cantidad
• ST – Terapia por fases

Nombre del medicamento	Grupo del nivel del medica-mento	Requisitos de manejo de utilización	Nombre de la categoría terapéutica	Edad mínima	Edad máxima
junel fe 1/20 (28) 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7) tablet	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)		
junel fe 24 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4) tablet	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)		
kaitlib fe 0.8 mg-25 mcg (24)/75 mg (4) chewable tablet	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)		
kalliga 0.15 mg-0.03 mg tablet	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)		
kariva (28) 0.15 mg-0.02 mg (21)/0.01 mg (5) tablet	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)		
kelnor 1/35 (28) 1 mg-35 mcg tablet	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)		
kurvelo (28) 0.15 mg-0.03 mg tablet	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)		
l.norgest-eth.estradiol triphasic 50-30 (6)/75-40(5)/125-30(10) tablet	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)		
larin 1.5/30 (21) 1.5 mg-30 mcg tablet	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)		

• NP – no preferido • OTC – sin receta • PA – autorización previa • QL – Límite de cantidad
• ST – Terapia por fases

Nombre del medicamento	Grupo del nivel del medica-mento	Requisitos de manejo de utilización	Nombre de la categoría terapéutica	Edad mínima	Edad máxima
larin 1/20 (21) 1 mg-20 mcg tablet	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)		
larin 24 fe 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4) tablet	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)		
larin fe 1.5/30 (28) 1.5 mg-30 mcg (21)/75 mg (7) tablet	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)		
larin fe 1/20 (28) 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7) tablet	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)		
lessina 0.1 mg-20 mcg tablet	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)		
levonest (28) 50-30 (6)/75-40(5)/125-30(10) tablet	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)		
levonorgestrel 0.1 mg-ethinyl estradiol 0.02 mg (21)/iron (7) tablet	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)		
levonorgestrel 1.5 mg tablet[OTC]	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)		
levonorgestrel-ethinyl estradiol 0.1 mg-20 mcg tablet	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)		

• NP – no preferido • OTC – sin receta • PA – autorización previa • QL – Límite de cantidad
• ST – Terapia por fases

Nombre del medicamento	Grupo del nivel del medica-mento	Requisitos de manejo de utilización	Nombre de la categoría terapéutica	Edad mínima	Edad máxima
levonorgestrel-ethinyl estradiol 90 mcg-20 mcg (28) tablet	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)		
LO LOESTRIN FE 1 MG-10 MCG (24)/10 MCG (2) TABLET	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)		
lo-zumandimine (28) 3 mg-0.02 mg tablet	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)		
LOESTRIN 1.5/30 (21) 1.5 MG-30 MCG TABLET	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)		
LOESTRIN 1/20 (21) 1 MG-20 MCG TABLET	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)		
LOESTRIN FE 1.5/30 (28-DAY) 1.5 MG-30 MCG (21)/75 MG (7) TABLET	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)		
LOESTRIN FE 1/20 (28-DAY) 1 MG-20 MCG (21)/75 MG (7) TABLET	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)		
loryna (28) 3 mg-0.02 mg tablet	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)		
low-ogestrel (28) 0.3 mg-30 mcg tablet	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)		

• NP – no preferido • OTC – sin receta • PA – autorización previa • QL – Límite de cantidad
• ST – Terapia por fases

Nombre del medicamento	Grupo del nivel del medica-mento	Requisitos de manejo de utilización	Nombre de la categoría terapéutica	Edad mínima	Edad máxima
luizza 1 mg-20 mcg tablet	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)		
luizza 1.5 mg-30 mcg tablet	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)		
lyleq 0.35 mg tablet	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)		
lyllana 0.025 mg/24 hr transdermal patch	1	QL(8 cada 28 días)	AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)		
lyllana 0.0375 mg/24 hr transdermal patch	1	QL(8 cada 28 días)	AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)		
lyllana 0.05 mg/24 hr transdermal patch	1	QL(8 cada 28 días)	AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)		
lyllana 0.075 mg/24 hr transdermal patch	1	QL(8 cada 28 días)	AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)		
lyllana 0.1 mg/24 hr transdermal patch	1	QL(8 cada 28 días)	AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)		
marlissa (28) 0.15 mg-0.03 mg tablet	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)		

• NP – no preferido • OTC – sin receta • PA – autorización previa • QL – Límite de cantidad
• ST – Terapia por fases

Nombre del medicamento	Grupo del nivel del medica-mento	Requisitos de manejo de utilización	Nombre de la categoría terapéutica	Edad mínima	Edad máxima
medroxyprogesterone 10 mg tablet	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)		
medroxyprogesterone 150 mg/ml intramuscular suspension	1	QL(1 cada 90 días)	AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)		
medroxyprogesterone 150 mg/ml intramuscular syringe	1	QL(1 cada 90 días)	AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)		
medroxyprogesterone 2.5 mg tablet	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)		
medroxyprogesterone 5 mg tablet	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)		
megestrol 20 mg tablet	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)		
megestrol 40 mg tablet	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)		
megestrol 400 mg/10 ml (10 ml) oral suspension	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)		
megestrol 400 mg/10 ml (40 mg/ml) oral suspension	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)		

• NP – no preferido • OTC – sin receta • PA – autorización previa • QL – Límite de cantidad
• ST – Terapia por fases

Nombre del medicamento	Grupo del nivel del medica-mento	Requisitos de manejo de utilización	Nombre de la categoría terapéutica	Edad mínima	Edad máxima
megestrol 625 mg/5 ml (125 mg/ml) oral suspension[NP]	*		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)		
meleya 0.35 mg tablet	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)		
MENOSTAR 14 MCG/24 HR TRANSDERMAL PATCH[NP]	*	QL(8 cada 28 días)	AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)		
METHITEST 10 MG TABLET[NP]	*		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)		
methyltestosterone 10 mg capsule[NP]	*		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)		
mibelas 24 fe 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4) chewable tablet	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)		
microgestin 1.5/30 (21) 1.5 mg-30 mcg tablet	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)		
microgestin 1/20 (21) 1 mg-20 mcg tablet	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)		
microgestin fe 1.5/30 (28) 1.5 mg-30 mcg (21)/75 mg (7) tablet	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)		

• NP – no preferido • OTC – sin receta • PA – autorización previa • QL – Límite de cantidad
• ST – Terapia por fases

Nombre del medicamento	Grupo del nivel del medica-mento	Requisitos de manejo de utilización	Nombre de la categoría terapéutica	Edad mínima	Edad máxima
microgestin fe 1/20 (28) 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7) tablet	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)		
mili 0.25 mg-0.035 mg tablet	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)		
mimvey 1 mg-0.5 mg tablet	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)		
MINIVELLE 0.025 MG/24 HR TRANSDERMAL PATCH[NP]	*	QL(8 cada 28 días)	AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)		
MINIVELLE 0.0375 MG/24 HR TRANSDERMAL PATCH[NP]	*	QL(8 cada 28 días)	AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)		
MINIVELLE 0.05 MG/24 HR TRANSDERMAL PATCH[NP]	*	QL(8 cada 28 días)	AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)		
MINIVELLE 0.075 MG/24 HR TRANSDERMAL PATCH[NP]	*	QL(8 cada 28 días)	AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)		
MINIVELLE 0.1 MG/24 HR TRANSDERMAL PATCH[NP]	*	QL(8 cada 28 días)	AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)		
minzoya 0.1 mg-0.02 mg (21)/iron (7) tablet	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)		

• NP – no preferido • OTC – sin receta • PA – autorización previa • QL – Límite de cantidad
• ST – Terapia por fases

Nombre del medicamento	Grupo del nivel del medica-mento	Requisitos de manejo de utilización	Nombre de la categoría terapéutica	Edad mínima	Edad máxima
mono-linyah 0.25 mg-0.035 mg tablet	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)		
my choice 1.5 mg tablet[OTC]	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)		
my way 1.5 mg tablet[OTC]	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)		
NATAZIA 3 MG/2 MG-2 MG/2 MG-3 MG/1 MG TABLET	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)		
NATESTO 5.5 MG/0.122 GRAM PER ACTUATION NASAL GEL PUMP[NP]	*	QL(21.96 cada 30 días)	AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)		
necon 0.5/35 (28) 0.5 mg-35 mcg tablet	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)		
new day 1.5 mg tablet[OTC]	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)		
NEXTSTELLIS 3 MG-14.2 MG (28) TABLET	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)		
nikki (28) 3 mg-0.02 mg tablet	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)		

• NP – no preferido • OTC – sin receta • PA – autorización previa • QL – Límite de cantidad
• ST – Terapia por fases

Nombre del medicamento	Grupo del nivel del medica-mento	Requisitos de manejo de utilización	Nombre de la categoría terapéutica	Edad mínima	Edad máxima
NORA-BE 0.35 MG TABLET	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)		
norethindrone (contraceptive) 0.35 mg tablet	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)		
norethindrone 1 mg-e. estradiol 20 mcg (24)-iron 75 mg (4) chew tablet	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)		
norethindrone 1 mg-ethin. estradiol 20 mcg (24)-iron 75 mg (4) capsule	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)		
norethindrone acetate 0.5 mg-ethinyl estradiol 2.5 mcg tablet[NP]	*		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)		
norethindrone acetate 1 mg-ethinyl estradiol 20 mcg tablet	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)		
norethindrone acetate 1 mg-ethinyl estradiol 5 mcg tablet[NP]	*		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)		
norethindrone acetate 5 mg tablet[NP]	*		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)		
norgestimate 0.25 mg-ethinyl estradiol 0.035 mg tablet	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)		

• NP – no preferido • OTC – sin receta • PA – autorización previa • QL – Límite de cantidad
• ST – Terapia por fases

Nombre del medicamento	Grupo del nivel del medica-mento	Requisitos de manejo de utilización	Nombre de la categoría terapéutica	Edad mínima	Edad máxima
norgestimate-ethinyl estradiol 0.18mg/0.215mg/0.25mg-0.035mg(28)tablet	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)		
nortrel 0.5/35 (28) 0.5 mg-35 mcg tablet	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)		
nortrel 1/35 (21) 1 mg-35 mcg tablet	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)		
nortrel 1/35 (28) 1 mg-35 mcg tablet	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)		
nortrel 7/7/7 (28) 0.5 mg/0.75 mg/1 mg-35 mcg tablet	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)		
NUVARING 0.12 MG-0.015 MG/24 HR VAGINAL	1	QL(1 cada 28 días)	AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)		
nylia 1/35 (28) 1 mg-35 mcg tablet	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)		
nylia 7/7/7 (28) 0.5/0.75/1 mg-35 mcg tablet	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)		
opcicon one-step 1.5 mg tablet[OTC]	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)		

• NP – no preferido • OTC – sin receta • PA – autorización previa • QL – Límite de cantidad
• ST – Terapia por fases

Nombre del medicamento	Grupo del nivel del medica-mento	Requisitos de manejo de utilización	Nombre de la categoría terapéutica	Edad mínima	Edad máxima
OPILL 0.075 MG TABLET[OTC]	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)		
option-2 1.5 mg tablet[OTC]	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)		
orquidea 0.35 mg tablet	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)		
OSPHENA 60 MG TABLET[NP]	*	QL(30 cada 30 dÍas)	AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)		
philith 0.4 mg-35 mcg tablet	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)		
pimtrea (28) 0.15 mg-0.02 mg (21)/0.01 mg (5) tablet	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)		
PLAN B ONE-STEP 1.5 MG TABLET[OTC]	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)		
portia 28 0.15 mg-0.03 mg tablet	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)		
PREMARIN 0.3 MG TABLET	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)		

• NP – no preferido • OTC – sin receta • PA – autorización previa • QL – Límite de cantidad
• ST – Terapia por fases

Nombre del medicamento	Grupo del nivel del medica-mento	Requisitos de manejo de utilización	Nombre de la categoría terapéutica	Edad mínima	Edad máxima
PREMARIN 0.45 MG TABLET	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)		
PREMARIN 0.625 MG TABLET	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)		
PREMARIN 0.625 MG/GRAM VAGINAL CREAM	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)		
PREMARIN 0.9 MG TABLET	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)		
PREMARIN 1.25 MG TABLET	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)		
PREMPHASE 0.625 MG(14)/0.625 MG-5MG(14) TABLET	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)		
PREMPRO 0.3 MG-1.5 MG TABLET	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)		
PREMPRO 0.45 MG-1.5 MG TABLET	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)		
PREMPRO 0.625 MG-2.5 MG TABLET	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)		

• NP – no preferido • OTC – sin receta • PA – autorización previa • QL – Límite de cantidad
• ST – Terapia por fases

Nombre del medicamento	Grupo del nivel del medica-mento	Requisitos de manejo de utilización	Nombre de la categoría terapéutica	Edad mínima	Edad máxima
PREMPRO 0.625 MG-5 MG TABLET	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)		
progesterone 50 mg/ml intramuscular oil	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)		
progesterone micronized 100 mg capsule	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)		
progesterone micronized 100 mg vaginal insert	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)		
progesterone micronized 200 mg capsule	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)		
PROMETRIUM 100 MG CAPSULE[NP]	*		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)	12	
PROMETRIUM 200 MG CAPSULE[NP]	*		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)	12	
PROVERA 10 MG TABLET[NP]	*		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)		
PROVERA 2.5 MG TABLET[NP]	*		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)	18	

• NP – no preferido • OTC – sin receta • PA – autorización previa • QL – Límite de cantidad
• ST – Terapia por fases

Nombre del medicamento	Grupo del nivel del medica-mento	Requisitos de manejo de utilización	Nombre de la categoría terapéutica	Edad mínima	Edad máxima
PROVERA 5 MG TABLET[NP]	*		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)	12	
raloxifene 60 mg tablet[NP]	*	QL(30 cada 30 dÍas)	AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)		
reclipsen (28) 0.15 mg-0.03 mg tablet	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)		
SAFYRAL 3 MG-0.03 MG-0.451 MG (21)/0.451 MG (7) TABLET	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)		
setlakin 0.15 mg-30 mcg (91) tablets,3 month dose pack	1	QL(91 cada 90 dÍas)	AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)		
sharobel 0.35 mg tablet	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)		
shewise 1.5 mg tablet[OTC]	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)		
simliya (28) 0.15 mg-0.02 mg (21)/0.01 mg (5) tablet	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)		
SLYND 4 MG (28) TABLET	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)		

• NP – no preferido • OTC – sin receta • PA – autorización previa • QL – Límite de cantidad
• ST – Terapia por fases

Nombre del medicamento	Grupo del nivel del medica-mento	Requisitos de manejo de utilización	Nombre de la categoría terapéutica	Edad mínima	Edad máxima
sprintec (28) 0.25 mg-0.035 mg tablet	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)		
syeda 3 mg-0.03 mg tablet	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)		
TAKE ACTION 1.5 MG TABLET[OTC]	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)		
tarina 24 fe 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4) tablet	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)		
tarina fe 1-20 eq (28) 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7) tablet	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)		
TAYTULLA 1 MG-20 MCG (24)/75 MG (4) CAPSULE	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)		
TESTIM 50 MG/5 GRAM (1 %) TRANSDERMAL GEL[NP]	*	QL(300 cada 30 dÍas)	AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)		
testosterone 1 % (25 mg/2.5 gram) transdermal gel packet[NP]	*	QL(300 cada 30 dÍas)	AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)		
testosterone 1 % (50 mg/5 gram) transdermal gel packet[NP]	*	QL(300 cada 30 dÍas)	AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)		

• NP – no preferido • OTC – sin receta • PA – autorización previa • QL – Límite de cantidad
• ST – Terapia por fases

Nombre del medicamento	Grupo del nivel del medica-mento	Requisitos de manejo de utilización	Nombre de la categoría terapéutica	Edad mínima	Edad máxima
testosterone 10 mg/0.5 gram/actuation transdermal gel pump[NP]	*	QL(120 cada 30 días)	AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)		
testosterone 50 mg/5 gram (1 %) transdermal gel[NP]	*	QL(300 cada 30 días)	AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)		
testosterone cypionate 100 mg/ml intramuscular oil[NP]	*	QL(24 cada 90 días)	AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)		
testosterone cypionate 200 mg/ml intramuscular oil[NP]	*	QL(24 cada 90 días)	AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)		
testosterone cypionate 200 mg/ml intramuscular oil[NP]	1	QL(24 cada 90 días)	AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)		
testosterone enanthate 200 mg/ml intramuscular oil[NP]	*	QL(25 cada 90 días)	AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)		
testosterone enanthate 200 mg/ml intramuscular oil[NP]	1	QL(25 cada 90 días)	AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)		
tilia fe 1-20 (5)/1-30(7)/1mg-35mcg(9) tablet	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)		
TLANDO 112.5 MG CAPSULE[NP]	*	QL(120 cada 30 días)	AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)		

• NP – no preferido • OTC – sin receta • PA – autorización previa • QL – Límite de cantidad
• ST – Terapia por fases

Nombre del medicamento	Grupo del nivel del medica-mento	Requisitos de manejo de utilización	Nombre de la categoría terapéutica	Edad mínima	Edad máxima
tri-estarylla (28) 0.18 mg(7)/0.215 mg(7)/0.25 mg(7)-0.035 mg tablet	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)		
tri-legest fe 1-20 (5)/1-30(7)/1mg-35mcg(9) tablet	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)		
tri-linyah (28) 0.18 mg(7)/0.215 mg(7)/0.25 mg(7)-0.035 mg tablet	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)		
tri-lo-estarylla 0.18 mg/0.215 mg/0.25 mg-0.025 mg tablet	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)		
tri-lo-marzia 0.18 mg/0.215 mg/0.25 mg-0.025 mg tablet	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)		
tri-lo-mili 0.18 mg/0.215 mg/0.25 mg-0.025 mg tablet	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)		
tri-lo-sprintec 0.18 mg/0.215 mg/0.25 mg-0.025 mg tablet	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)		
tri-mili (28) 0.18 mg(7)/0.215 mg(7)/0.25 mg(7)-0.035 mg tablet	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)		
tri-sprintec (28) 0.18 mg(7)/0.215 mg(7)/0.25 mg(7)-0.035 mg tablet	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)		

• NP – no preferido • OTC – sin receta • PA – autorización previa • QL – Límite de cantidad
• ST – Terapia por fases

Nombre del medicamento	Grupo del nivel del medica-mento	Requisitos de manejo de utilización	Nombre de la categoría terapéutica	Edad mínima	Edad máxima
tri-vylibra (28) 0.18 mg(7)/0.215 mg(7)/0.25 mg(7)-0.035 mg tablet	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)		
tri-vylibra lo 0.18 mg/0.215 mg/0.25 mg-0.025 mg tablet	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)		
turqoz (28) 0.3 mg-30 mcg tablet	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)		
TWIRLA 120 MCG-30 MCG/24 HR TRANSDERMAL PATCH	1	QL(3 cada 28 días)	AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)		
TYBLUME 0.1 MG-20 MCG CHEWABLE TABLET	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)		
tydemy 3 mg-0.03 mg-0.451 mg (21)(7) tablet	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)		
VAGIFEM 10 MCG VAGINAL TABLET[NP]	*		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)		
valtya 1 mg-35 mcg tablet	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)		
valtya 1 mg-50 mcg tablet	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)		

• NP – no preferido • OTC – sin receta • PA – autorización previa • QL – Límite de cantidad
• ST – Terapia por fases

Nombre del medicamento	Grupo del nivel del medica-mento	Requisitos de manejo de utilización	Nombre de la categoría terapéutica	Edad mínima	Edad máxima
velivet triphasic regimen (28) 0.1 mg/0.125 mg/0.15 mg-25 mcg tablet	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)		
vestura (28) 3 mg-0.02 mg tablet	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)		
vienva 0.1 mg-20 mcg tablet	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)		
viorele (28) 0.15 mg-0.02 mg (21)/0.01 mg (5) tablet	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)		
VIVELLE-DOT 0.025 MG/24 HR TRANSDERMAL PATCH[NP]	*	QL(8 cada 28 días)	AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)		
VIVELLE-DOT 0.0375 MG/24 HR TRANSDERMAL PATCH[NP]	*	QL(8 cada 28 días)	AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)		
VIVELLE-DOT 0.05 MG/24 HR TRANSDERMAL PATCH[NP]	*	QL(8 cada 28 días)	AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)		
VIVELLE-DOT 0.075 MG/24 HR TRANSDERMAL PATCH[NP]	*	QL(8 cada 28 días)	AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)		
VIVELLE-DOT 0.1 MG/24 HR TRANSDERMAL PATCH[NP]	*	QL(8 cada 28 días)	AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)		

• NP – no preferido • OTC – sin receta • PA – autorización previa • QL – Límite de cantidad
• ST – Terapia por fases

Nombre del medicamento	Grupo del nivel del medica-mento	Requisitos de manejo de utilización	Nombre de la categoría terapéutica	Edad mínima	Edad máxima
volnea (28) 0.15 mg-0.02 mg (21)/0.01 mg (5) tablet	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)		
vyfemla (28) 0.4 mg-35 mcg tablet	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)		
vylibra 0.25 mg-0.035 mg tablet	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)		
wera (28) 0.5 mg-35 mcg tablet	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)		
wymzya fe 0.4 mg-35 mcg (21)/75 mg (7) chewable tablet	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)		
xarah fe 1-20 (5)/1-30(7)/1mg-35mcg(9) tablet	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)		
xelria fe 0.4 mg-35 mcg (21)/75 mg (7) chewable tablet	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)		
xulane 150 mcg-35 mcg/24 hr transdermal patch	1	QL(3 cada 28 días)	AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)		
XYOSTED 100 MG/0.5 ML SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR[NP]	*	QL(2 cada 28 días)	AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)		

• NP – no preferido • OTC – sin receta • PA – autorización previa • QL – Límite de cantidad
• ST – Terapia por fases

Nombre del medicamento	Grupo del nivel del medica-mento	Requisitos de manejo de utilización	Nombre de la categoría terapéutica	Edad mínima	Edad máxima
XYOSTED 50 MG/0.5 ML SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR[NP]	*	QL(2 cada 28 días)	AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)		
XYOSTED 75 MG/0.5 ML SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR[NP]	*	QL(2 cada 28 días)	AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)		
YASMIN (28) 3 MG-0.03 MG TABLET	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)		
YAZ (28) 3 MG-0.02 MG TABLET	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)		
your choice 1.5 mg tablet[OTC]	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)		
yuvafem 10 mcg vaginal tablet[NP]	*		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)		
zafemy 150 mcg-35 mcg/24 hr transdermal patch	1	QL(3 cada 28 días)	AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)		
zovia 1-35 (28) 1 mg-35 mcg tablet	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)		
zumandimine (28) 3 mg-0.03 mg tablet	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)		

• NP – no preferido • OTC – sin receta • PA – autorización previa • QL – Límite de cantidad
• ST – Terapia por fases

Nombre del medicamento	Grupo del nivel del medica-mento	Requisitos de manejo de utilización	Nombre de la categoría terapéutica	Edad mínima	Edad máxima
DDAVP 0.1 MG TABLET[NP]	*	QL(180 cada 30 días)	AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (PITUITARIA)		
DDAVP 0.2 MG TABLET[NP]	*	QL(180 cada 30 días)	AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (PITUITARIA)		
DESMODA 0.05 MG/ML ORAL SOLUTION[NP]	*		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (PITUITARIA)		
desmopressin 0.1 mg tablet	1	QL(180 cada 30 días)	AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (PITUITARIA)		
desmopressin 0.2 mg tablet	1	QL(180 cada 30 días)	AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (PITUITARIA)		
desmopressin 10 mcg/spray (0.1 ml) nasal spray (non-refrigerated)	1	QL(25 cada 30 días)	AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (PITUITARIA)		
EGRIFTA SV 2 MG SUBCUTANEOUS SOLUTION[NP]	*	QL(30 cada 30 días)	AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (PITUITARIA)		
EGRIFTA WR 11.6 MG SUBCUTANEOUS KIT[NP]	*	QL(1 cada 28 días)	AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (PITUITARIA)		
GENOTROPIN 12 MG/ML (36 UNIT/ML) SUBCUTANEOUS CARTRIDGE	1	PA,QL(28 cada 30 días)	AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (PITUITARIA)		
GENOTROPIN 5 MG/ML (15 UNIT/ML) SUBCUTANEOUS CARTRIDGE	1	PA,QL(28 cada 30 días)	AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (PITUITARIA)		
GENOTROPIN MINIQUICK 0.2 MG/0.25 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE	1	PA,QL(28 cada 30 días)	AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (PITUITARIA)		
GENOTROPIN MINIQUICK 0.4 MG/0.25 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE	1	PA,QL(28 cada 30 días)	AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (PITUITARIA)		
GENOTROPIN MINIQUICK 0.6 MG/0.25 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE	1	PA,QL(28 cada 30 días)	AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (PITUITARIA)		

• NP – no preferido • OTC – sin receta • PA – autorización previa • QL – Límite de cantidad
• ST – Terapia por fases

Nombre del medicamento	Grupo del nivel del medica-mento	Requisitos de manejo de utilización	Nombre de la categoría terapéutica	Edad mínima	Edad máxima
GENOTROPIN MINIQUICK 0.8 MG/0.25 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE	1	PA,QL(28 cada 30 días)	AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (PITUITARIA)		
GENOTROPIN MINIQUICK 1 MG/0.25 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE	1	PA,QL(28 cada 30 días)	AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (PITUITARIA)		
GENOTROPIN MINIQUICK 1.2 MG/0.25 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE	1	PA,QL(28 cada 30 días)	AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (PITUITARIA)		
GENOTROPIN MINIQUICK 1.4 MG/0.25 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE	1	PA,QL(28 cada 30 días)	AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (PITUITARIA)		
GENOTROPIN MINIQUICK 1.6 MG/0.25 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE	1	PA,QL(28 cada 30 días)	AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (PITUITARIA)		
GENOTROPIN MINIQUICK 1.8 MG/0.25 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE	1	PA,QL(28 cada 30 días)	AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (PITUITARIA)		
GENOTROPIN MINIQUICK 2 MG/0.25 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE	1	PA,QL(28 cada 30 días)	AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (PITUITARIA)		
HUMATROPE 12 MG (36 UNIT) INJECTION CARTRIDGE[NP]	*	QL(4 cada 30 días)	AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (PITUITARIA)		
HUMATROPE 24 MG (72 UNIT) INJECTION CARTRIDGE[NP]	*	QL(4 cada 30 días)	AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (PITUITARIA)		
HUMATROPE 6 MG (18 UNIT) INJECTION CARTRIDGE[NP]	*	QL(4 cada 30 días)	AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (PITUITARIA)		
INCRELEX 10 MG/ML SUBCUTANEOUS SOLUTION[NP]	*	QL(52 cada 30 días)	AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (PITUITARIA)		
ISTURISA 1 MG TABLET[NP]	*	QL(240 cada 30 días)	AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (PITUITARIA)		
ISTURISA 5 MG TABLET[NP]	*	QL(60 cada 30 días)	AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (PITUITARIA)		

• NP – no preferido • OTC – sin receta • PA – autorización previa • QL – Límite de cantidad
• ST – Terapia por fases

Nombre del medicamento	Grupo del nivel del medica-mento	Requisitos de manejo de utilización	Nombre de la categoría terapéutica	Edad mínima	Edad máxima
NGENLA 24 MG/1.2 ML (20 MG/ML) SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR	1	PA,QL(4.8 cada 28 días)	AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (PITUITARIA)		
NGENLA 60 MG/1.2 ML (50 MG/ML) SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR	1	PA,QL(4.8 cada 28 días)	AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (PITUITARIA)		
NORDITROPIN FLEXPRO 10 MG/1.5 ML (6.7 MG/ML) SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR[NP]	*	QL(10 cada 30 días)	AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (PITUITARIA)		
NORDITROPIN FLEXPRO 15 MG/1.5 ML (10 MG/ML) SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR[NP]	*	QL(10 cada 30 días)	AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (PITUITARIA)		
NORDITROPIN FLEXPRO 5 MG/1.5 ML (3.3 MG/ML) SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR[NP]	*	QL(10 cada 30 días)	AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (PITUITARIA)		
OMNITROPE 10 MG/1.5 ML (6.7 MG/ML) SUBCUTANEOUS CARTRIDGE[NP]	*	QL(12 cada 28 días)	AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (PITUITARIA)		
OMNITROPE 5 MG/1.5 ML (3.3 MG/ML) SUBCUTANEOUS CARTRIDGE[NP]	*	QL(24 cada 28 días)	AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (PITUITARIA)		
OMNITROPE 5.8 MG SUBCUTANEOUS SOLUTION[NP]	*	QL(8 cada 28 días)	AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (PITUITARIA)		
SEROSTIM 4 MG SUBCUTANEOUS SOLUTION[NP]	*	QL(28 cada 28 días)	AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (PITUITARIA)		
SEROSTIM 5 MG SUBCUTANEOUS SOLUTION[NP]	*	QL(28 cada 28 días)	AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (PITUITARIA)		
SEROSTIM 6 MG SUBCUTANEOUS SOLUTION[NP]	*	QL(28 cada 28 días)	AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (PITUITARIA)		
SKYTROFA 0.7 MG SUBCUTANEOUS CARTRIDGE	1	PA,QL(4 cada 28 días)	AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (PITUITARIA)		
SKYTROFA 1.4 MG SUBCUTANEOUS CARTRIDGE	1	PA,QL(4 cada 28 días)	AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (PITUITARIA)		

• NP – no preferido • OTC – sin receta • PA – autorización previa • QL – Límite de cantidad
• ST – Terapia por fases

Nombre del medicamento	Grupo del nivel del medica-mento	Requisitos de manejo de utilización	Nombre de la categoría terapéutica	Edad mínima	Edad máxima
SKYTROFA 1.8 MG SUBCUTANEOUS CARTRIDGE	1	PA,QL(4 cada 28 días)	AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (PITUITARIA)		
SKYTROFA 11 MG SUBCUTANEOUS CARTRIDGE	1	PA,QL(8 cada 28 días)	AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (PITUITARIA)		
SKYTROFA 13.3 MG SUBCUTANEOUS CARTRIDGE	1	PA,QL(4 cada 28 días)	AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (PITUITARIA)		
SKYTROFA 2.1 MG SUBCUTANEOUS CARTRIDGE	1	PA,QL(4 cada 28 días)	AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (PITUITARIA)		
SKYTROFA 2.5 MG SUBCUTANEOUS CARTRIDGE	1	PA,QL(4 cada 28 días)	AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (PITUITARIA)		
SKYTROFA 3 MG SUBCUTANEOUS CARTRIDGE	1	PA,QL(4 cada 28 días)	AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (PITUITARIA)		
SKYTROFA 3.6 MG SUBCUTANEOUS CARTRIDGE	1	PA,QL(4 cada 28 días)	AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (PITUITARIA)		
SKYTROFA 4.3 MG SUBCUTANEOUS CARTRIDGE	1	PA,QL(4 cada 28 días)	AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (PITUITARIA)		
SKYTROFA 5.2 MG SUBCUTANEOUS CARTRIDGE	1	PA,QL(4 cada 28 días)	AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (PITUITARIA)		
SKYTROFA 6.3 MG SUBCUTANEOUS CARTRIDGE	1	PA,QL(4 cada 28 días)	AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (PITUITARIA)		
SKYTROFA 7.6 MG SUBCUTANEOUS CARTRIDGE	1	PA,QL(8 cada 28 días)	AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (PITUITARIA)		
SKYTROFA 9.1 MG SUBCUTANEOUS CARTRIDGE	1	PA,QL(8 cada 28 días)	AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (PITUITARIA)		
SOGROYA 10 MG/1.5 ML (6.7 MG/ML) SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR[NP]	*	QL(6 cada 28 días)	AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (PITUITARIA)		

• NP – no preferido • OTC – sin receta • PA – autorización previa • QL – Límite de cantidad
• ST – Terapia por fases

Nombre del medicamento	Grupo del nivel del medica-mento	Requisitos de manejo de utilización	Nombre de la categoría terapéutica	Edad mínima	Edad máxima
SOGROYA 15 MG/1.5 ML (10 MG/ML) SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR[NP]	*	QL(6 cada 28 días)	AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (PITUITARIA)		
SOGROYA 5 MG/1.5 ML (3.3 MG/ML) SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR[NP]	*	QL(6 cada 28 días)	AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (PITUITARIA)		
ZOMACTON 10 MG SUBCUTANEOUS SOLUTION[NP]	*	QL(28 cada 30 días)	AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (PITUITARIA)		
ZOMACTON 5 MG SUBCUTANEOUS SOLUTION[NP]	*	QL(28 cada 28 días)	AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (PITUITARIA)		
alprostadil 500 mcg/ml injection solution[NP]	*		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (PROSTAGLANDINAS)		
PROSTIN VR PEDIATRIC 500 MCG/ML INJECTION SOLUTION[NP]	*		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (PROSTAGLANDINAS)		
AGAMREE 40 MG/ML ORAL SUSPENSION[NP]	*	PA,QL(225 cada 30 días)	AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (SUPRARRENAL)		
ALKINDI SPRINKLE 0.5 MG CAPSULE[NP]	*		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (SUPRARRENAL)		
ALKINDI SPRINKLE 1 MG CAPSULE[NP]	*		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (SUPRARRENAL)		
ALKINDI SPRINKLE 2 MG CAPSULE[NP]	*		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (SUPRARRENAL)		
ALKINDI SPRINKLE 5 MG CAPSULE[NP]	*		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (SUPRARRENAL)		
cortisone 25 mg tablet[NP]	*		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (SUPRARRENAL)		
deflazacort 18 mg tablet[NP]	*		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (SUPRARRENAL)		

• NP – no preferido • OTC – sin receta • PA – autorización previa • QL – Límite de cantidad
• ST – Terapia por fases

Nombre del medicamento	Grupo del nivel del medica-mento	Requisitos de manejo de utilización	Nombre de la categoría terapéutica	Edad mínima	Edad máxima
deflazacort 22.75 mg/ml oral suspension[NP]	*		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (SUPRARRENAL)		
deflazacort 30 mg tablet[NP]	*		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (SUPRARRENAL)		
deflazacort 36 mg tablet[NP]	*		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (SUPRARRENAL)		
deflazacort 6 mg tablet[NP]	*		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (SUPRARRENAL)		
dexamethasone 0.5 mg tablet	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (SUPRARRENAL)		
dexamethasone 0.5 mg/5 ml oral elixir	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (SUPRARRENAL)		
dexamethasone 0.5 mg/5 ml oral solution	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (SUPRARRENAL)		
dexamethasone 0.75 mg tablet	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (SUPRARRENAL)		
dexamethasone 1 mg tablet	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (SUPRARRENAL)		
dexamethasone 1.5 mg (21 tabs) tablets in a dose pack	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (SUPRARRENAL)		
dexamethasone 1.5 mg tablet	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (SUPRARRENAL)		
dexamethasone 2 mg tablet	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (SUPRARRENAL)		
dexamethasone 4 mg tablet	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (SUPRARRENAL)		

• NP – no preferido • OTC – sin receta • PA – autorización previa • QL – Límite de cantidad
• ST – Terapia por fases

Nombre del medicamento	Grupo del nivel del medica-mento	Requisitos de manejo de utilización	Nombre de la categoría terapéutica	Edad mínima	Edad máxima
dexamethasone 6 mg tablet	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (SUPRARRENAL)		
dexamethasone intensol 1 mg/ml drops (concentrate)	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (SUPRARRENAL)		
dexlyt 0.25 mg tablet[NP]	*		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (SUPRARRENAL)		
EMFLAZA 18 MG TABLET[NP]	*		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (SUPRARRENAL)		
EMFLAZA 22.75 MG/ML ORAL SUSPENSION[NP]	*		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (SUPRARRENAL)		
EMFLAZA 30 MG TABLET[NP]	*		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (SUPRARRENAL)		
EMFLAZA 36 MG TABLET[NP]	*		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (SUPRARRENAL)		
EMFLAZA 6 MG TABLET[NP]	*		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (SUPRARRENAL)		
fludrocortisone 0.1 mg tablet	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (SUPRARRENAL)		
HEMADY 20 MG TABLET[NP]	*	QL(24 cada 28 dÍas)	AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (SUPRARRENAL)		
hydrocortisone acetate 0.5 % topical cream[OTC]	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (SUPRARRENAL)		
hydrocortisone acetate 1 % topical cream[OTC]	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (SUPRARRENAL)		
hydrocortisone acetate 1 % topical cream packet[OTC]	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (SUPRARRENAL)		

• NP – no preferido • OTC – sin receta • PA – autorización previa • QL – Límite de cantidad
• ST – Terapia por fases

Nombre del medicamento	Grupo del nivel del medica-mento	Requisitos de manejo de utilización	Nombre de la categoría terapéutica	Edad mínima	Edad máxima
hydrocortisone acetate 1 % topical ointment[OTC]	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (SUPRARRENAL)		
hydrocortisone acetate 2.5 % topical cream with perineal applicator	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (SUPRARRENAL)		
jaythari 18 mg tablet[NP]	*		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (SUPRARRENAL)		
jaythari 22.75 mg/ml oral suspension[NP]	*		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (SUPRARRENAL)		
jaythari 30 mg tablet[NP]	*		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (SUPRARRENAL)		
jaythari 36 mg tablet[NP]	*		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (SUPRARRENAL)		
jaythari 6 mg tablet[NP]	*		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (SUPRARRENAL)		
KHINDIVI 1 MG/ML ORAL SOLUTION[NP]	*		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (SUPRARRENAL)		
kymbee 18 mg tablet[NP]	*		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (SUPRARRENAL)		
kymbee 22.75 mg/ml oral suspension[NP]	*		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (SUPRARRENAL)		
kymbee 30 mg tablet[NP]	*		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (SUPRARRENAL)		
kymbee 36 mg tablet[NP]	*		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (SUPRARRENAL)		
kymbee 6 mg tablet[NP]	*		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (SUPRARRENAL)		

• NP – no preferido • OTC – sin receta • PA – autorización previa • QL – Límite de cantidad
• ST – Terapia por fases

Nombre del medicamento	Grupo del nivel del medica-mento	Requisitos de manejo de utilización	Nombre de la categoría terapéutica	Edad mínima	Edad máxima
MEDROL (PAK) 4 MG TABLETS IN A DOSE PACK[NP]	*		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (SUPRARRENAL)		
MEDROL 16 MG TABLET[NP]	*		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (SUPRARRENAL)		
MEDROL 2 MG TABLET[NP]	*		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (SUPRARRENAL)		
MEDROL 4 MG TABLET[NP]	*		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (SUPRARRENAL)		
MEDROL 8 MG TABLET[NP]	*		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (SUPRARRENAL)		
methylprednisolone 16 mg tablet	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (SUPRARRENAL)		
methylprednisolone 32 mg tablet	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (SUPRARRENAL)		
methylprednisolone 4 mg tablet	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (SUPRARRENAL)		
methylprednisolone 4 mg tablets in a dose pack	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (SUPRARRENAL)		
methylprednisolone 8 mg tablet	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (SUPRARRENAL)		
micort-hc 2.5 % topical cream with perineal applicator[NP]	*		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (SUPRARRENAL)		
prednisolone 10 mg disintegrating tablet[NP]	*		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (SUPRARRENAL)		
prednisolone 15 mg disintegrating tablet[NP]	*		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (SUPRARRENAL)		

• NP – no preferido • OTC – sin receta • PA – autorización previa • QL – Límite de cantidad
• ST – Terapia por fases

Nombre del medicamento	Grupo del nivel del medica-mento	Requisitos de manejo de utilización	Nombre de la categoría terapéutica	Edad mínima	Edad máxima
prednisolone 15 mg/5 ml oral solution	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (SUPRARRENAL)		
prednisolone 30 mg disintegrating tablet[NP]	*		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (SUPRARRENAL)		
prednisolone 5 mg tablet	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (SUPRARRENAL)		
prednisolone sodium phosphate 10 mg/5 ml oral solution	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (SUPRARRENAL)		
prednisolone sodium phosphate 15 mg/5 ml (3 mg/ml) oral solution	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (SUPRARRENAL)		
prednisolone sodium phosphate 20 mg/5 ml (4 mg/ml) oral solution	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (SUPRARRENAL)		
prednisolone sodium phosphate 25 mg/5 ml (5 mg/ml) oral solution	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (SUPRARRENAL)		
prednisolone sodium phosphate 5 mg base/5 ml (6.7 mg/5 ml) oral soln	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (SUPRARRENAL)		
prednisone 1 mg tablet	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (SUPRARRENAL)		
prednisone 1 mg tablet,delayed release[NP]	*		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (SUPRARRENAL)		
prednisone 10 mg tablet	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (SUPRARRENAL)		
prednisone 10 mg tablets in a dose pack	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (SUPRARRENAL)		
prednisone 2 mg tablet,delayed release[NP]	*		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (SUPRARRENAL)		

• NP – no preferido • OTC – sin receta • PA – autorización previa • QL – Límite de cantidad
• ST – Terapia por fases

Nombre del medicamento	Grupo del nivel del medica-mento	Requisitos de manejo de utilización	Nombre de la categoría terapéutica	Edad mínima	Edad máxima
prednisone 2.5 mg tablet	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (SUPRARRENAL)		
prednisone 20 mg tablet	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (SUPRARRENAL)		
prednisone 5 mg tablet	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (SUPRARRENAL)		
prednisone 5 mg tablet,delayed release[NP]	*		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (SUPRARRENAL)		
prednisone 5 mg tablets in a dose pack	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (SUPRARRENAL)		
prednisone 5 mg/5 ml oral solution	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (SUPRARRENAL)		
prednisone 50 mg tablet	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (SUPRARRENAL)		
prednisone intensol 5 mg/ml oral concentrate	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (SUPRARRENAL)		
pyquvi 22.75 mg/ml oral suspension[NP]	*		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (SUPRARRENAL)		
taperdex 1.5 mg (21 tabs) tablets in a dose pack[NP]	*		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (SUPRARRENAL)		
triamcinolone acetonide 0.025 % lotion	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (SUPRARRENAL)		
triamcinolone acetonide 0.025 % topical cream	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (SUPRARRENAL)		
triamcinolone acetonide 0.025 % topical ointment	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (SUPRARRENAL)		

• NP – no preferido • OTC – sin receta • PA – autorización previa • QL – Límite de cantidad
• ST – Terapia por fases

Nombre del medicamento	Grupo del nivel del medica-mento	Requisitos de manejo de utilización	Nombre de la categoría terapéutica	Edad mínima	Edad máxima
triamcinolone acetonide 0.05 % topical ointment[NP]	*		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (SUPRARRENAL)		
triamcinolone acetonide 0.1 % lotion	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (SUPRARRENAL)		
triamcinolone acetonide 0.1 % topical cream	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (SUPRARRENAL)		
triamcinolone acetonide 0.1 % topical ointment	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (SUPRARRENAL)		
triamcinolone acetonide 0.147 mg/gram topical aerosol[NP]	*		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (SUPRARRENAL)		
triamcinolone acetonide 0.5 % topical cream	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (SUPRARRENAL)		
triamcinolone acetonide 0.5 % topical ointment	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (SUPRARRENAL)		
vanicream hc 1 % topical[OTC]	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (SUPRARRENAL)		
ADTHYZA 120 MG TABLET	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (TIROIDES)		
ADTHYZA 130 MG TABLET	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (TIROIDES)		
ADTHYZA 15 MG TABLET	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (TIROIDES)		
ADTHYZA 16.25 MG TABLET	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (TIROIDES)		
ADTHYZA 30 MG TABLET	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (TIROIDES)		

• NP – no preferido • OTC – sin receta • PA – autorización previa • QL – Límite de cantidad
• ST – Terapia por fases

Nombre del medicamento	Grupo del nivel del medica-mento	Requisitos de manejo de utilización	Nombre de la categoría terapéutica	Edad mínima	Edad máxima
ADTHYZA 32.5 MG TABLET	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (TIROIDES)		
ADTHYZA 60 MG TABLET	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (TIROIDES)		
ADTHYZA 65 MG TABLET	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (TIROIDES)		
ADTHYZA 90 MG TABLET	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (TIROIDES)		
ADTHYZA 97.5 MG TABLET	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (TIROIDES)		
amerithroid 120 mg tablet	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (TIROIDES)		
amerithroid 15 mg tablet	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (TIROIDES)		
amerithroid 180 mg tablet	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (TIROIDES)		
amerithroid 240 mg tablet	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (TIROIDES)		
amerithroid 30 mg tablet	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (TIROIDES)		
amerithroid 300 mg tablet	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (TIROIDES)		
amerithroid 60 mg tablet	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (TIROIDES)		
amerithroid 90 mg tablet	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (TIROIDES)		

• NP – no preferido • OTC – sin receta • PA – autorización previa • QL – Límite de cantidad
• ST – Terapia por fases

Nombre del medicamento	Grupo del nivel del medica-mento	Requisitos de manejo de utilización	Nombre de la categoría terapéutica	Edad mínima	Edad máxima
ARMOUR THYROID 120 MG TABLET	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (TIROIDES)		
ARMOUR THYROID 15 MG TABLET	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (TIROIDES)		
ARMOUR THYROID 180 MG TABLET	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (TIROIDES)		
ARMOUR THYROID 240 MG TABLET	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (TIROIDES)		
ARMOUR THYROID 30 MG TABLET	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (TIROIDES)		
ARMOUR THYROID 300 MG TABLET	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (TIROIDES)		
ARMOUR THYROID 60 MG TABLET	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (TIROIDES)		
ARMOUR THYROID 90 MG TABLET	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (TIROIDES)		
CYTOMEL 25 MCG TABLET[NP]	*		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (TIROIDES)		
CYTOMEL 5 MCG TABLET[NP]	*		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (TIROIDES)		
CYTOMEL 50 MCG TABLET[NP]	*		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (TIROIDES)		
evexithroid 120 mg tablet	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (TIROIDES)		
evexithroid 15 mg tablet	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (TIROIDES)		

• NP – no preferido • OTC – sin receta • PA – autorización previa • QL – Límite de cantidad
• ST – Terapia por fases

Nombre del medicamento	Grupo del nivel del medica-mento	Requisitos de manejo de utilización	Nombre de la categoría terapéutica	Edad mínima	Edad máxima
evexithroid 180 mg tablet	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (TIROIDES)		
evexithroid 30 mg tablet	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (TIROIDES)		
evexithroid 45 mg tablet	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (TIROIDES)		
evexithroid 60 mg tablet	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (TIROIDES)		
evexithroid 75 mg tablet	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (TIROIDES)		
evexithroid 90 mg tablet	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (TIROIDES)		
LEVO-T 100 MCG TABLET	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (TIROIDES)		
LEVO-T 112 MCG TABLET	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (TIROIDES)		
LEVO-T 125 MCG TABLET	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (TIROIDES)		
LEVO-T 137 MCG TABLET	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (TIROIDES)		
LEVO-T 150 MCG TABLET	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (TIROIDES)		
LEVO-T 175 MCG TABLET	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (TIROIDES)		
LEVO-T 200 MCG TABLET	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (TIROIDES)		

• NP – no preferido • OTC – sin receta • PA – autorización previa • QL – Límite de cantidad
• ST – Terapia por fases

Nombre del medicamento	Grupo del nivel del medica-mento	Requisitos de manejo de utilización	Nombre de la categoría terapéutica	Edad mínima	Edad máxima
LEVO-T 25 MCG TABLET	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (TIROIDES)		
LEVO-T 300 MCG TABLET	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (TIROIDES)		
LEVO-T 50 MCG TABLET	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (TIROIDES)		
LEVO-T 75 MCG TABLET	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (TIROIDES)		
LEVO-T 88 MCG TABLET	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (TIROIDES)		
levothyroxine 100 mcg tablet	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (TIROIDES)		
levothyroxine 112 mcg tablet	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (TIROIDES)		
levothyroxine 125 mcg tablet	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (TIROIDES)		
levothyroxine 137 mcg tablet	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (TIROIDES)		
levothyroxine 150 mcg tablet	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (TIROIDES)		
levothyroxine 175 mcg tablet	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (TIROIDES)		
levothyroxine 200 mcg tablet	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (TIROIDES)		
levothyroxine 25 mcg tablet	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (TIROIDES)		

• NP – no preferido • OTC – sin receta • PA – autorización previa • QL – Límite de cantidad
• ST – Terapia por fases

Nombre del medicamento	Grupo del nivel del medica-mento	Requisitos de manejo de utilización	Nombre de la categoría terapéutica	Edad mínima	Edad máxima
levothyroxine 300 mcg tablet	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (TIROIDES)		
levothyroxine 50 mcg tablet	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (TIROIDES)		
levothyroxine 75 mcg tablet	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (TIROIDES)		
levothyroxine 88 mcg tablet	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (TIROIDES)		
LEVOXYL 100 MCG TABLET	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (TIROIDES)		
LEVOXYL 112 MCG TABLET	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (TIROIDES)		
LEVOXYL 125 MCG TABLET	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (TIROIDES)		
LEVOXYL 137 MCG TABLET	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (TIROIDES)		
LEVOXYL 150 MCG TABLET	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (TIROIDES)		
LEVOXYL 175 MCG TABLET	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (TIROIDES)		
LEVOXYL 200 MCG TABLET	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (TIROIDES)		
LEVOXYL 25 MCG TABLET	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (TIROIDES)		
LEVOXYL 50 MCG TABLET	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (TIROIDES)		

• NP – no preferido • OTC – sin receta • PA – autorización previa • QL – Límite de cantidad
• ST – Terapia por fases

Nombre del medicamento	Grupo del nivel del medica-mento	Requisitos de manejo de utilización	Nombre de la categoría terapéutica	Edad mínima	Edad máxima
LEVOXYL 75 MCG TABLET	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (TIROIDES)		
LEVOXYL 88 MCG TABLET	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (TIROIDES)		
liomny 25 mcg tablet	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (TIROIDES)		
liomny 5 mcg tablet	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (TIROIDES)		
liomny 50 mcg tablet	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (TIROIDES)		
liothyronine 25 mcg tablet	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (TIROIDES)		
liothyronine 5 mcg tablet	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (TIROIDES)		
liothyronine 50 mcg tablet	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (TIROIDES)		
niva thyroid 120 mg tablet	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (TIROIDES)		
niva thyroid 15 mg tablet	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (TIROIDES)		
niva thyroid 30 mg tablet	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (TIROIDES)		
niva thyroid 60 mg tablet	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (TIROIDES)		
niva thyroid 90 mg tablet	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (TIROIDES)		

• NP – no preferido • OTC – sin receta • PA – autorización previa • QL – Límite de cantidad
• ST – Terapia por fases

Nombre del medicamento	Grupo del nivel del medica-mento	Requisitos de manejo de utilización	Nombre de la categoría terapéutica	Edad mínima	Edad máxima
np thyroid 120 mg tablet	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (TIROIDES)		
np thyroid 15 mg tablet	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (TIROIDES)		
np thyroid 30 mg tablet	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (TIROIDES)		
np thyroid 60 mg tablet	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (TIROIDES)		
np thyroid 90 mg tablet	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (TIROIDES)		
renthyroid 120 mg tablet	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (TIROIDES)		
renthyroid 15 mg tablet	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (TIROIDES)		
renthyroid 30 mg tablet	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (TIROIDES)		
RENTHYROID 45 MG TABLET	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (TIROIDES)		
renthyroid 60 mg tablet	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (TIROIDES)		
RENTHYROID 75 MG TABLET	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (TIROIDES)		
renthyroid 90 mg tablet	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (TIROIDES)		
SYNTHROID 100 MCG TABLET[NP]	*		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (TIROIDES)		

• NP – no preferido • OTC – sin receta • PA – autorización previa • QL – Límite de cantidad
• ST – Terapia por fases

Nombre del medicamento	Grupo del nivel del medica-mento	Requisitos de manejo de utilización	Nombre de la categoría terapéutica	Edad mínima	Edad máxima
SYNTHROID 112 MCG TABLET[NP]	*		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (TIROIDES)		
SYNTHROID 125 MCG TABLET[NP]	*		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (TIROIDES)		
SYNTHROID 137 MCG TABLET[NP]	*		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (TIROIDES)		
SYNTHROID 150 MCG TABLET[NP]	*		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (TIROIDES)		
SYNTHROID 175 MCG TABLET[NP]	*		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (TIROIDES)		
SYNTHROID 200 MCG TABLET[NP]	*		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (TIROIDES)		
SYNTHROID 25 MCG TABLET[NP]	*		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (TIROIDES)		
SYNTHROID 300 MCG TABLET[NP]	*		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (TIROIDES)		
SYNTHROID 50 MCG TABLET[NP]	*		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (TIROIDES)		
SYNTHROID 75 MCG TABLET[NP]	*		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (TIROIDES)		
SYNTHROID 88 MCG TABLET[NP]	*		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (TIROIDES)		
THYQUIDITY 20 MCG/ML ORAL SOLUTION[NP]	*		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (TIROIDES)		
thyroid (pork) 120 mg tablet	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (TIROIDES)		

• NP – no preferido • OTC – sin receta • PA – autorización previa • QL – Límite de cantidad
• ST – Terapia por fases

Nombre del medicamento	Grupo del nivel del medica-mento	Requisitos de manejo de utilización	Nombre de la categoría terapéutica	Edad mínima	Edad máxima
thyroid (pork) 15 mg tablet	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (TIROIDES)		
thyroid (pork) 30 mg tablet	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (TIROIDES)		
thyroid (pork) 60 mg tablet	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (TIROIDES)		
thyroid (pork) 90 mg tablet	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (TIROIDES)		
UNITHROID 100 MCG TABLET	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (TIROIDES)		
UNITHROID 112 MCG TABLET	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (TIROIDES)		
UNITHROID 125 MCG TABLET	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (TIROIDES)		
UNITHROID 137 MCG TABLET	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (TIROIDES)		
UNITHROID 150 MCG TABLET	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (TIROIDES)		
UNITHROID 175 MCG TABLET	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (TIROIDES)		
UNITHROID 200 MCG TABLET	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (TIROIDES)		
UNITHROID 25 MCG TABLET	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (TIROIDES)		
UNITHROID 300 MCG TABLET	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (TIROIDES)		

• NP – no preferido • OTC – sin receta • PA – autorización previa • QL – Límite de cantidad
• ST – Terapia por fases

Nombre del medicamento	Grupo del nivel del medica-mento	Requisitos de manejo de utilización	Nombre de la categoría terapéutica	Edad mínima	Edad máxima
UNITHROID 50 MCG TABLET	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (TIROIDES)		
UNITHROID 75 MCG TABLET	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (TIROIDES)		
UNITHROID 88 MCG TABLET	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (TIROIDES)		
cabergoline 0.5 mg tablet	1		AGENTES HORMONALES, SUPRESORES (PITUITARIA O SUPRARRENAL)		
CAMCEVI (6 MONTH) 42 MG SUBCUTANEOUS SYRINGE[NP]	*	QL(1 cada 180 días)	AGENTES HORMONALES, SUPRESORES (PITUITARIA O SUPRARRENAL)		
ELIGARD 22.5 MG (3 MONTH) SUBCUTANEOUS SYRINGE	1	QL(1 cada 90 días)	AGENTES HORMONALES, SUPRESORES (PITUITARIA O SUPRARRENAL)		
ELIGARD 30 MG (4 MONTH) SUBCUTANEOUS SYRINGE	1	QL(1 cada 120 días)	AGENTES HORMONALES, SUPRESORES (PITUITARIA O SUPRARRENAL)		
ELIGARD 45 MG (6 MONTH) SUBCUTANEOUS SYRINGE	1	QL(1 cada 180 días)	AGENTES HORMONALES, SUPRESORES (PITUITARIA O SUPRARRENAL)		
ELIGARD 7.5 MG (1 MONTH) SUBCUTANEOUS SYRINGE	1	QL(1 cada 30 días)	AGENTES HORMONALES, SUPRESORES (PITUITARIA O SUPRARRENAL)		
FIRMAGON KIT WITH DILUENT SYRINGE 120 MG SUBCUTANEOUS SOLUTION	1		AGENTES HORMONALES, SUPRESORES (PITUITARIA O SUPRARRENAL)		
FIRMAGON KIT WITH DILUENT SYRINGE 80 MG SUBCUTANEOUS SOLUTION	1		AGENTES HORMONALES, SUPRESORES (PITUITARIA O SUPRARRENAL)		
lanreotide 120 mg/0.5 ml subcutaneous syringe[NP]	*	QL(0.5 cada 28 días)	AGENTES HORMONALES, SUPRESORES (PITUITARIA O SUPRARRENAL)		
MYCAPSSA 20 MG CAPSULE,DELAYED RELEASE[NP]	*	QL(112 cada 28 días)	AGENTES HORMONALES, SUPRESORES (PITUITARIA O SUPRARRENAL)		
MYFEMBREE 40 MG-1 MG-0.5 MG TABLET	1	PA,QL(28 cada 28 días)	AGENTES HORMONALES, SUPRESORES (PITUITARIA O SUPRARRENAL)		
octreotide acetate 1,000 mcg/ml injection solution[NP]	*		AGENTES HORMONALES, SUPRESORES (PITUITARIA O SUPRARRENAL)		
octreotide acetate 100 mcg/ml (1 ml) injection syringe[NP]	*		AGENTES HORMONALES, SUPRESORES (PITUITARIA O SUPRARRENAL)		

• NP – no preferido • OTC – sin receta • PA – autorización previa • QL – Límite de cantidad
• ST – Terapia por fases

Nombre del medicamento	Grupo del nivel del medica-mento	Requisitos de manejo de utilización	Nombre de la categoría terapéutica	Edad mínima	Edad máxima
octreotide acetate 100 mcg/ml injection solution[NP]	*		AGENTES HORMONALES, SUPRESORES (PITUITARIA O SUPRARRENAL)		
octreotide acetate 200 mcg/ml injection solution[NP]	*		AGENTES HORMONALES, SUPRESORES (PITUITARIA O SUPRARRENAL)		
octreotide acetate 50 mcg/ml (1 ml) injection syringe[NP]	*		AGENTES HORMONALES, SUPRESORES (PITUITARIA O SUPRARRENAL)		
octreotide acetate 50 mcg/ml injection solution[NP]	*		AGENTES HORMONALES, SUPRESORES (PITUITARIA O SUPRARRENAL)		
octreotide acetate 500 mcg/ml (1 ml) injection syringe[NP]	*		AGENTES HORMONALES, SUPRESORES (PITUITARIA O SUPRARRENAL)		
octreotide acetate 500 mcg/ml injection solution[NP]	*		AGENTES HORMONALES, SUPRESORES (PITUITARIA O SUPRARRENAL)		
octreotide,microspheres er 10 mg intramuscular susp, extended release[NP]	*		AGENTES HORMONALES, SUPRESORES (PITUITARIA O SUPRARRENAL)		
octreotide,microspheres er 20 mg intramuscular susp, extended release[NP]	*		AGENTES HORMONALES, SUPRESORES (PITUITARIA O SUPRARRENAL)		
octreotide,microspheres er 30 mg intramuscular susp, extended release[NP]	*		AGENTES HORMONALES, SUPRESORES (PITUITARIA O SUPRARRENAL)		
ORIAHNN 300-1-0.5 MG(AM)/300 MG(PM) CAPSULES	1	PA,QL(56 cada 28 dÍas)	AGENTES HORMONALES, SUPRESORES (PITUITARIA O SUPRARRENAL)		
ORILISSA 150 MG TABLET	1	PA,QL(28 cada 28 dÍas)	AGENTES HORMONALES, SUPRESORES (PITUITARIA O SUPRARRENAL)		
ORILISSA 200 MG TABLET	1	PA,QL(56 cada 28 dÍas)	AGENTES HORMONALES, SUPRESORES (PITUITARIA O SUPRARRENAL)		
PALSONIFY 20 MG TABLET[NP]	*	QL(90 cada 30 dÍas)	AGENTES HORMONALES, SUPRESORES (PITUITARIA O SUPRARRENAL)		
PALSONIFY 30 MG TABLET[NP]	*	QL(120 cada 30 dÍas)	AGENTES HORMONALES, SUPRESORES (PITUITARIA O SUPRARRENAL)		
RECORLEV 150 MG TABLET[NP]	*	QL(240 cada 30 dÍas)	AGENTES HORMONALES, SUPRESORES (PITUITARIA O SUPRARRENAL)		
SANDOSTATIN 100 MCG/ML INJECTION SOLUTION[NP]	*		AGENTES HORMONALES, SUPRESORES (PITUITARIA O SUPRARRENAL)		
SANDOSTATIN 50 MCG/ML INJECTION SOLUTION[NP]	*		AGENTES HORMONALES, SUPRESORES (PITUITARIA O SUPRARRENAL)		

• NP – no preferido • OTC – sin receta • PA – autorización previa • QL – Límite de cantidad
• ST – Terapia por fases

Nombre del medicamento	Grupo del nivel del medica-mento	Requisitos de manejo de utilización	Nombre de la categoría terapéutica	Edad mínima	Edad máxima
SANDOSTATIN 500 MCG/ML INJECTION SOLUTION[NP]	*		AGENTES HORMONALES, SUPRESORES (PITUITARIA O SUPRARRENAL)		
SANDOSTATIN LAR DEPOT 10 MG INTRAMUSCULAR SUSP,EXTENDED RELEASE[NP]	*		AGENTES HORMONALES, SUPRESORES (PITUITARIA O SUPRARRENAL)		
SANDOSTATIN LAR DEPOT 20 MG INTRAMUSCULAR SUSP,EXTENDED RELEASE[NP]	*		AGENTES HORMONALES, SUPRESORES (PITUITARIA O SUPRARRENAL)		
SANDOSTATIN LAR DEPOT 30 MG INTRAMUSCULAR SUSP,EXTENDED RELEASE[NP]	*		AGENTES HORMONALES, SUPRESORES (PITUITARIA O SUPRARRENAL)		
SIGNIFOR 0.3 MG/ML (1 ML) SUBCUTANEOUS SOLUTION[NP]	*	QL(60 cada 30 días)	AGENTES HORMONALES, SUPRESORES (PITUITARIA O SUPRARRENAL)		
SIGNIFOR 0.6 MG/ML (1 ML) SUBCUTANEOUS SOLUTION[NP]	*	QL(60 cada 30 días)	AGENTES HORMONALES, SUPRESORES (PITUITARIA O SUPRARRENAL)		
SIGNIFOR 0.9 MG/ML (1 ML) SUBCUTANEOUS SOLUTION[NP]	*	QL(60 cada 30 días)	AGENTES HORMONALES, SUPRESORES (PITUITARIA O SUPRARRENAL)		
SIGNIFOR LAR 10 MG IM SUSPENSION[NP]	*	QL(1 cada 28 días)	AGENTES HORMONALES, SUPRESORES (PITUITARIA O SUPRARRENAL)		
SIGNIFOR LAR 20 MG IM SUSPENSION[NP]	*	QL(1 cada 28 días)	AGENTES HORMONALES, SUPRESORES (PITUITARIA O SUPRARRENAL)		
SIGNIFOR LAR 30 MG IM SUSPENSION[NP]	*	QL(1 cada 28 días)	AGENTES HORMONALES, SUPRESORES (PITUITARIA O SUPRARRENAL)		
SIGNIFOR LAR 40 MG IM SUSPENSION[NP]	*	QL(1 cada 28 días)	AGENTES HORMONALES, SUPRESORES (PITUITARIA O SUPRARRENAL)		
SIGNIFOR LAR 60 MG IM SUSPENSION[NP]	*	QL(1 cada 28 días)	AGENTES HORMONALES, SUPRESORES (PITUITARIA O SUPRARRENAL)		
SOMATULINE DEPOT 120 MG/0.5 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE[NP]	*	QL(0.5 cada 28 días)	AGENTES HORMONALES, SUPRESORES (PITUITARIA O SUPRARRENAL)		
SOMATULINE DEPOT 60 MG/0.2 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE[NP]	*	QL(0.2 cada 28 días)	AGENTES HORMONALES, SUPRESORES (PITUITARIA O SUPRARRENAL)		
SOMATULINE DEPOT 90 MG/0.3 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE[NP]	*	QL(0.3 cada 28 días)	AGENTES HORMONALES, SUPRESORES (PITUITARIA O SUPRARRENAL)		
SYNAREL 2 MG/ML NASAL SPRAY[NP]	*	QL(32 cada 25 días)	AGENTES HORMONALES, SUPRESORES (PITUITARIA O SUPRARRENAL)		
methimazole 10 mg tablet	1		AGENTES HORMONALES, SUPRESORES (TIROIDES)		
methimazole 5 mg tablet	1		AGENTES HORMONALES, SUPRESORES (TIROIDES)		

• NP – no preferido • OTC – sin receta • PA – autorización previa • QL – Límite de cantidad
• ST – Terapia por fases

Nombre del medicamento	Grupo del nivel del medica-mento	Requisitos de manejo de utilización	Nombre de la categoría terapéutica	Edad mínima	Edad máxima
propylthiouracil 50 mg tablet	1		AGENTES HORMONALES, SUPRESORES (TIROIDES)		
ABRILADA(CF) 20 MG/0.4 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT[NP]	*	QL(2 cada 28 días)	AGENTES INMUNOLÓGICOS		
ABRILADA(CF) 40 MG/0.8 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT[NP]	*	QL(6 cada 28 días)	AGENTES INMUNOLÓGICOS		
ABRILADA(CF) PEN 40 MG/0.8 ML SUBCUTANEOUS KIT[NP]	*	QL(6 cada 28 días)	AGENTES INMUNOLÓGICOS		
ABRYSVO (PF) 120 MCG/0.5 ML INTRAMUSCULAR SOLUTION	1		AGENTES INMUNOLÓGICOS		
ACAM2000 (NATIONAL STOCKPILE) 1-5X10EXP8 UNIT/ML PERCUTANEOUS SOLUTION	1		AGENTES INMUNOLÓGICOS		
ACTEMRA 162 MG/0.9 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE[NP]	*	QL(3.6 cada 28 días)	AGENTES INMUNOLÓGICOS		
ACTEMRA 200 MG/10 ML (20 MG/ML) INTRAVENOUS SOLUTION[NP]	*		AGENTES INMUNOLÓGICOS		
ACTEMRA 400 MG/20 ML (20 MG/ML) INTRAVENOUS SOLUTION[NP]	*		AGENTES INMUNOLÓGICOS		
ACTEMRA 80 MG/4 ML (20 MG/ML) INTRAVENOUS SOLUTION[NP]	*		AGENTES INMUNOLÓGICOS		
ACTEMRA ACTPEN 162 MG/0.9 ML SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR[NP]	*	QL(3.6 cada 28 días)	AGENTES INMUNOLÓGICOS		
ACTHIB (PF) 10 MCG/0.5 ML INTRAMUSCULAR SOLUTION	1		AGENTES INMUNOLÓGICOS		
ACTIMMUNE 100 MCG (2 MILLION UNIT)/0.5 ML SUBCUTANEOUS SOLUTION[NP]	*	QL(12 cada 30 días)	AGENTES INMUNOLÓGICOS		
ADACEL (TDAP ADOLESN/ADULT)(PF)2 LF-(2.5-5-3-5)-5 LF/0.5 ML IM SYRINGE	1		AGENTES INMUNOLÓGICOS		
ADACEL (TDAP ADOLESN/ADULT)(PF)2LF-(2.5-5-3-5MCG) -5 LF/0.5 ML IM SUSP	1		AGENTES INMUNOLÓGICOS		
ADALIMUMAB-AACF 40 MG/0.8 ML SUBCUTANEOUS PEN KIT[NP]	*	QL(6 cada 28 días)	AGENTES INMUNOLÓGICOS		
ADALIMUMAB-AACF 40 MG/0.8 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT[NP]	*	QL(6 cada 28 días)	AGENTES INMUNOLÓGICOS		
ADALIMUMAB-AACF(CF) PEN CROHN'S-UC-HS STARTER 40 MG/0.8 ML SUBCUT KIT[NP]	*	QL(6 cada 28 días)	AGENTES INMUNOLÓGICOS		
ADALIMUMAB-AACF(CF) PEN PSORIASIS-UVEITIS STRT 40 MG/0.8 ML SUBCUT KIT[NP]	*	QL(6 cada 28 días)	AGENTES INMUNOLÓGICOS		
ADALIMUMAB-AATY 20 MG/0.2 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT[NP]	*	QL(6 cada 28 días)	AGENTES INMUNOLÓGICOS		
ADALIMUMAB-AATY 40 MG/0.4 ML SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR KIT[NP]	*	QL(6 cada 28 días)	AGENTES INMUNOLÓGICOS		
ADALIMUMAB-AATY 40 MG/0.4 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT[NP]	*	QL(6 cada 28 días)	AGENTES INMUNOLÓGICOS		
ADALIMUMAB-AATY 80 MG/0.8 ML SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR KIT[NP]	*	QL(6 cada 28 días)	AGENTES INMUNOLÓGICOS		

• NP – no preferido • OTC – sin receta • PA – autorización previa • QL – Límite de cantidad
• ST – Terapia por fases

Nombre del medicamento	Grupo del nivel del medica-mento	Requisitos de manejo de utilización	Nombre de la categoría terapéutica	Edad mínima	Edad máxima
ADALIMUMAB-AATY(CF) AUTOINJ CROHN-UC-HS START 80 MG/0.8 ML SUBCUT KIT[NP]	*	QL(6 cada 28 días)	AGENTES INMUNOLÓGICOS		
ADALIMUMAB-ADAZ 10 MG/0.1 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE[NP]	*	QL(0.2 cada 28 días)	AGENTES INMUNOLÓGICOS		
ADALIMUMAB-ADAZ 20 MG/0.2 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE[NP]	*	QL(1.2 cada 28 días)	AGENTES INMUNOLÓGICOS		
ADALIMUMAB-ADAZ 40 MG/0.4 ML SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR[NP]	*	QL(2.4 cada 28 días)	AGENTES INMUNOLÓGICOS		
ADALIMUMAB-ADAZ 40 MG/0.4 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE[NP]	*	QL(2.4 cada 28 días)	AGENTES INMUNOLÓGICOS		
ADALIMUMAB-ADAZ 80 MG/0.8 ML SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR[NP]	*	QL(4.8 cada 28 días)	AGENTES INMUNOLÓGICOS		
ADALIMUMAB-ADBM 10 MG/0.2 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT	1	PA,QL(2 cada 28 días)	AGENTES INMUNOLÓGICOS		
ADALIMUMAB-ADBM 20 MG/0.4 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT[NP]	*	QL(2 cada 28 días)	AGENTES INMUNOLÓGICOS		
ADALIMUMAB-ADBM 40 MG/0.4 ML SUBCUTANEOUS PEN KIT[NP]	*	QL(6 cada 28 días)	AGENTES INMUNOLÓGICOS		
ADALIMUMAB-ADBM 40 MG/0.4 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT[NP]	*	QL(6 cada 28 días)	AGENTES INMUNOLÓGICOS		
ADALIMUMAB-ADBM 40 MG/0.8 ML SUBCUTANEOUS PEN KIT[NP]	*	QL(6 cada 28 días)	AGENTES INMUNOLÓGICOS		
ADALIMUMAB-ADBM 40 MG/0.8 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT[NP]	*	QL(6 cada 28 días)	AGENTES INMUNOLÓGICOS		
ADALIMUMAB-FKJP 20 MG/0.4 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT[NP]	*	QL(2 cada 28 días)	AGENTES INMUNOLÓGICOS		
ADALIMUMAB-FKJP 40 MG/0.8 ML SUBCUTANEOUS PEN KIT[NP]	*	QL(6 cada 28 días)	AGENTES INMUNOLÓGICOS		
ADALIMUMAB-FKJP 40 MG/0.8 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT[NP]	*	QL(6 cada 28 días)	AGENTES INMUNOLÓGICOS		
ADALIMUMAB-RYVK 40 MG/0.4 ML SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR KIT[NP]	*	QL(6 cada 28 días)	AGENTES INMUNOLÓGICOS		
ADALIMUMAB-RYVK 40 MG/0.4 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT[NP]	*	QL(6 cada 28 días)	AGENTES INMUNOLÓGICOS		
ADALIMUMAB-RYVK 80 MG/0.8 ML SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR KIT[NP]	*	QL(6 cada 28 días)	AGENTES INMUNOLÓGICOS		
ADENOVIRUS VACCINE LIVE TYPE-4 TABLET, DELAYED RELEASE	1		AGENTES INMUNOLÓGICOS		
ADENOVIRUS VACCINE LIVE TYPE-7 TABLET, DELAYED RELEASE	1		AGENTES INMUNOLÓGICOS		
ADENOVIRUS VACCINE LIVE TYPES-4 AND 7 TABLET, DELAYED RELEASE	1		AGENTES INMUNOLÓGICOS		
AMJEVITA(CF) 10 MG/0.2 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE[NP]	*	QL(1.2 cada 28 días)	AGENTES INMUNOLÓGICOS		
AMJEVITA(CF) 20 MG/0.2 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE[NP]	*	QL(1.2 cada 28 días)	AGENTES INMUNOLÓGICOS		
AMJEVITA(CF) 40 MG/0.4 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE[NP]	*	QL(2.4 cada 28 días)	AGENTES INMUNOLÓGICOS		
AMJEVITA(CF) AUTOINJECTOR 40 MG/0.4 ML SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR[NP]	*	QL(2.4 cada 28 días)	AGENTES INMUNOLÓGICOS		

• NP – no preferido • OTC – sin receta • PA – autorización previa • QL – Límite de cantidad
• ST – Terapia por fases

Nombre del medicamento	Grupo del nivel del medica-mento	Requisitos de manejo de utilización	Nombre de la categoría terapéutica	Edad mínima	Edad máxima
AMJEVITA(CF) AUTOINJECTOR 40 MG/0.8 ML SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR[NP]	*	QL(4.8 cada 28 dÍas)	AGENTES INMUNOLÓGICOS		
AMJEVITA(CF) AUTOINJECTOR 80 MG/0.8 ML SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR[NP]	*	QL(4.8 cada 28 dÍas)	AGENTES INMUNOLÓGICOS		
ANDEMBRY AUTOINJECTOR 200 MG/1.2 ML SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR[NP]	*		AGENTES INMUNOLÓGICOS		
ARAVA 10 MG TABLET[NP]	*	QL(30 cada 30 dÍas)	AGENTES INMUNOLÓGICOS		
ARAVA 20 MG TABLET[NP]	*	QL(30 cada 30 dÍas)	AGENTES INMUNOLÓGICOS		
ARCALYST 220 MG SUBCUTANEOUS SOLUTION[NP]	*		AGENTES INMUNOLÓGICOS		
AREXVY (PF) 120 MCG/0.5 ML IM SUSPENSION	1		AGENTES INMUNOLÓGICOS		
ASTAGRAF XL 0.5 MG CAPSULE,EXTENDED RELEASE[NP]	*		AGENTES INMUNOLÓGICOS		
ASTAGRAF XL 1 MG CAPSULE,EXTENDED RELEASE[NP]	*		AGENTES INMUNOLÓGICOS		
ASTAGRAF XL 5 MG CAPSULE,EXTENDED RELEASE[NP]	*		AGENTES INMUNOLÓGICOS		
auranofin 3 mg capsule[NP]	*		AGENTES INMUNOLÓGICOS		
AVSOLA 100 MG INTRAVENOUS SOLUTION[NP]	*		AGENTES INMUNOLÓGICOS		
AVTOZMA 162 MG/0.9 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE[NP]	*	QL(3.6 cada 28 dÍas)	AGENTES INMUNOLÓGICOS		
AVTOZMA 200 MG/10 ML (20 MG/ML) INTRAVENOUS SOLUTION[NP]	*		AGENTES INMUNOLÓGICOS		
AVTOZMA 400 MG/20 ML (20 MG/ML) INTRAVENOUS SOLUTION[NP]	*		AGENTES INMUNOLÓGICOS		
AVTOZMA 80 MG/4 ML (20 MG/ML) INTRAVENOUS SOLUTION[NP]	*		AGENTES INMUNOLÓGICOS		
AVTOZMA AUTOINJECTOR 162 MG/0.9 ML SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR[NP]	*	QL(3.6 cada 28 dÍas)	AGENTES INMUNOLÓGICOS		
azathioprine 100 mg tablet[NP]	*		AGENTES INMUNOLÓGICOS		
azathioprine 50 mg tablet	1		AGENTES INMUNOLÓGICOS		
azathioprine 75 mg tablet[NP]	*		AGENTES INMUNOLÓGICOS		
BENLYSTA 200 MG/ML SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR[NP]	*	QL(8 cada 28 dÍas)	AGENTES INMUNOLÓGICOS		
BENLYSTA 200 MG/ML SUBCUTANEOUS SYRINGE[NP]	*	QL(8 cada 28 dÍas)	AGENTES INMUNOLÓGICOS		
BERINERT 500 UNIT (10 ML) INTRAVENOUS KIT	1	PA,QL(15 cada 30 dÍas)	AGENTES INMUNOLÓGICOS		
BESREMI 500 MCG/ML SUBCUTANEOUS SYRINGE[NP]	*	QL(2 cada 28 dÍas)	AGENTES INMUNOLÓGICOS		
BESREMI PEN 500 MCG/0.5 ML SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR[NP]	*	QL(1 cada 28 dÍas)	AGENTES INMUNOLÓGICOS		
BEXSERO 50 MCG-50 MCG-50 MCG-25 MCG/0.5 ML INTRAMUSCULAR SYRINGE	1		AGENTES INMUNOLÓGICOS		
BIMZELX 160 MG/ML SUBCUTANEOUS SYRINGE[NP]	*	QL(4 cada 28 dÍas)	AGENTES INMUNOLÓGICOS		

• NP – no preferido • OTC – sin receta • PA – autorización previa • QL – Límite de cantidad
• ST – Terapia por fases

Nombre del medicamento	Grupo del nivel del medica-mento	Requisitos de manejo de utilización	Nombre de la categoría terapéutica	Edad mínima	Edad máxima
BIMZELX 320 MG/2 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE[NP]	*	QL(4 cada 28 días)	AGENTES INMUNOLÓGICOS		
BIMZELX AUTOINJECTOR 160 MG/ML SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR[NP]	*	QL(4 cada 28 días)	AGENTES INMUNOLÓGICOS		
BIMZELX AUTOINJECTOR 320 MG/2 ML SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR[NP]	*	QL(4 cada 28 días)	AGENTES INMUNOLÓGICOS		
BKEMV 300 MG/30 ML INTRAVENOUS SOLUTION[NP]	*	QL(360 cada 30 días)	AGENTES INMUNOLÓGICOS		
BOOSTRIX TDAP 2.5 LF UNIT-8 MCG-5 LF/0.5 ML INTRAMUSCULAR SYRINGE	1		AGENTES INMUNOLÓGICOS		
CAPVAXIVE (PF) 0.5 ML INTRAMUSCULAR SYRINGE	1		AGENTES INMUNOLÓGICOS		
CELLCEPT 200 MG/ML ORAL SUSPENSION[NP]	*		AGENTES INMUNOLÓGICOS		
CELLCEPT 250 MG CAPSULE[NP]	*	QL(360 cada 30 días)	AGENTES INMUNOLÓGICOS		
CELLCEPT 500 MG TABLET[NP]	*	QL(180 cada 30 días)	AGENTES INMUNOLÓGICOS		
CIBINQO 100 MG TABLET[NP]	*	QL(30 cada 30 días)	AGENTES INMUNOLÓGICOS		
CIBINQO 200 MG TABLET[NP]	*	QL(30 cada 30 días)	AGENTES INMUNOLÓGICOS		
CIBINQO 50 MG TABLET[NP]	*	QL(30 cada 30 días)	AGENTES INMUNOLÓGICOS		
CIMZIA 200 MG/ML SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT	1	PA,QL(6 cada 30 días)	AGENTES INMUNOLÓGICOS		
CIMZIA 400 MG/2 ML (200 MG/ML X 2) SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT	1	PA,QL(3 cada 30 días)	AGENTES INMUNOLÓGICOS		
CIMZIA POWDER FOR RECON 400 MG (200 MG X 2 VIALS) SUBCUTANEOUS KIT	1	PA,QL(3 cada 30 días)	AGENTES INMUNOLÓGICOS		
CIMZIA STARTER KIT 400 MG/2 ML (200 MG/ML X2) SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT	1	PA,QL(3 cada 30 días)	AGENTES INMUNOLÓGICOS		
CINRYZE 500 UNIT (5 ML) INTRAVENOUS SOLUTION[NP]	*	PA,QL(20 cada 30 días)	AGENTES INMUNOLÓGICOS		
COMIRNATY 2026-2027(5-11Y)(PF) 10 MCG/0.3 ML INTRAMUSCULAR SUSPENSION	1		AGENTES INMUNOLÓGICOS		
COMIRNATY 2026-27 (12Y UP)(PF) 30 MCG/0.3 ML INTRAMUSCULAR SYRINGE	1		AGENTES INMUNOLÓGICOS		
COSENTYX 150 MG/ML SUBCUTANEOUS SYRINGE	1	PA,QL(32 cada 365 días)	AGENTES INMUNOLÓGICOS		
COSENTYX 300 MG/2 SYRINGES (150 MG/ML) SUBCUTANEOUS SYRINGE	1	PA,QL(32 cada 365 días)	AGENTES INMUNOLÓGICOS		
COSENTYX 75 MG/0.5 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE	1	PA,QL(8.5 cada 365 días)	AGENTES INMUNOLÓGICOS		
COSENTYX PEN 150 MG/ML SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR	1	PA,QL(32 cada 365 días)	AGENTES INMUNOLÓGICOS		

• NP – no preferido • OTC – sin receta • PA – autorización previa • QL – Límite de cantidad
• ST – Terapia por fases

Nombre del medicamento	Grupo del nivel del medica-mento	Requisitos de manejo de utilización	Nombre de la categoría terapéutica	Edad mínima	Edad máxima
COSENTYX PEN 300 MG/2 PENS (150 MG/ML) SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR	1	PA,QL(32 cada 365 días)	AGENTES INMUNOLÓGICOS		
COSENTYX UNOREADY PEN 300 MG/2 ML SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR	1	PA,QL(32 cada 365 días)	AGENTES INMUNOLÓGICOS		
cyclosporine 100 mg capsule	1	QL(720 cada 30 días)	AGENTES INMUNOLÓGICOS		
cyclosporine 25 mg capsule	1		AGENTES INMUNOLÓGICOS		
cyclosporine modified 100 mg capsule	1	QL(720 cada 30 días)	AGENTES INMUNOLÓGICOS		
cyclosporine modified 100 mg/ml oral solution	1		AGENTES INMUNOLÓGICOS		
cyclosporine modified 25 mg capsule	1		AGENTES INMUNOLÓGICOS		
cyclosporine modified 50 mg capsule	1		AGENTES INMUNOLÓGICOS		
CYLTEZO(CF) 10 MG/0.2 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT[NP]	*	QL(2 cada 28 días)	AGENTES INMUNOLÓGICOS		
CYLTEZO(CF) 20 MG/0.4 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT[NP]	*	QL(2 cada 28 días)	AGENTES INMUNOLÓGICOS		
CYLTEZO(CF) 40 MG/0.4 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT[NP]	*	QL(6 cada 28 días)	AGENTES INMUNOLÓGICOS		
CYLTEZO(CF) 40 MG/0.8 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT[NP]	*	QL(6 cada 28 días)	AGENTES INMUNOLÓGICOS		
CYLTEZO(CF) PEN 40 MG/0.4 ML SUBCUTANEOUS KIT[NP]	*	QL(6 cada 28 días)	AGENTES INMUNOLÓGICOS		
CYLTEZO(CF) PEN 40 MG/0.8 ML SUBCUTANEOUS KIT[NP]	*	QL(6 cada 28 días)	AGENTES INMUNOLÓGICOS		
DAPTACEL (DTAP PEDIATRIC) (PF) 15 LF UNIT-10 MCG-5 LF/0.5 ML IM SUSP	1		AGENTES INMUNOLÓGICOS		
DENGVAXIA (PF) 10EXP4.5-6 CCID50/0.5 ML SUBCUTANEOUS SUSPENSION	1		AGENTES INMUNOLÓGICOS		
DUPIXENT 200 MG/1.14 ML SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR	1	PA,QL(3.42 cada 28 días)	AGENTES INMUNOLÓGICOS		
DUPIXENT 200 MG/1.14 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE	1	PA,QL(3.42 cada 28 días)	AGENTES INMUNOLÓGICOS		
DUPIXENT 300 MG/2 ML SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR	1	PA,QL(8 cada 28 días)	AGENTES INMUNOLÓGICOS		
DUPIXENT 300 MG/2 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE	1	PA,QL(8 cada 28 días)	AGENTES INMUNOLÓGICOS		
EKTERLY 300 MG TABLET[NP]	*	QL(12 cada 30 días)	AGENTES INMUNOLÓGICOS		
ENBREL 25 MG/0.5 ML (0.5 ML) SUBCUTANEOUS SYRINGE	1	PA,QL(8.16 cada 28 días)	AGENTES INMUNOLÓGICOS		
ENBREL 25 MG/0.5 ML SUBCUTANEOUS SOLUTION	1	PA,QL(8 cada 28 días)	AGENTES INMUNOLÓGICOS		
ENBREL 50 MG/ML (1 ML) SUBCUTANEOUS SYRINGE	1	PA,QL(78 cada 365 días)	AGENTES INMUNOLÓGICOS		
ENBREL MINI 50 MG/ML (1 ML) SUBCUTANEOUS CARTRIDGE	1	PA,QL(8 cada 28 días)	AGENTES INMUNOLÓGICOS		

• NP – no preferido • OTC – sin receta • PA – autorización previa • QL – Límite de cantidad
• ST – Terapia por fases

Nombre del medicamento	Grupo del nivel del medica-mento	Requisitos de manejo de utilización	Nombre de la categoría terapéutica	Edad mínima	Edad máxima
ENBREL SURECLICK 50 MG/ML (1 ML) SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR	1	PA,QL(78 cada 365 dÍas)	AGENTES INMUNOLÓGICOS		
ENGERIX-B (PF) 20 MCG/ML INTRAMUSCULAR SUSPENSION	1		AGENTES INMUNOLÓGICOS		
ENGERIX-B (PF) 20 MCG/ML INTRAMUSCULAR SYRINGE	1		AGENTES INMUNOLÓGICOS		
ENGERIX-B PEDIATRIC (PF) 10 MCG/0.5 ML INTRAMUSCULAR SYRINGE	1		AGENTES INMUNOLÓGICOS		
ENJAYMO 50 MG/ML INTRAVENOUS SOLUTION[NP]	*		AGENTES INMUNOLÓGICOS		
ENTYVIO 300 MG INTRAVENOUS SOLUTION[NP]	*	QL(8 cada 365 dÍas)	AGENTES INMUNOLÓGICOS		
ENTYVIO PEN 108 MG/0.68 ML SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR[NP]	*	QL(1.36 cada 28 dÍas)	AGENTES INMUNOLÓGICOS		
ENVARSUS XR 0.75 MG TABLET,EXTENDED RELEASE[NP]	*		AGENTES INMUNOLÓGICOS		
ENVARSUS XR 1 MG TABLET,EXTENDED RELEASE[NP]	*		AGENTES INMUNOLÓGICOS		
ENVARSUS XR 4 MG TABLET,EXTENDED RELEASE[NP]	*		AGENTES INMUNOLÓGICOS		
EPYSQLI 300 MG/30 ML INTRAVENOUS SOLUTION[NP]	*	QL(360 cada 30 dÍas)	AGENTES INMUNOLÓGICOS		
ERVEBO (PF)(NATIONAL STOCKPILE) 1 ML INTRAMUSCULAR SUSPENSION	1		AGENTES INMUNOLÓGICOS		
everolimus (immunosuppressive) 0.25 mg tablet[NP]	*	QL(60 cada 30 dÍas)	AGENTES INMUNOLÓGICOS		
everolimus (immunosuppressive) 0.5 mg tablet[NP]	*	QL(120 cada 30 dÍas)	AGENTES INMUNOLÓGICOS		
everolimus (immunosuppressive) 0.75 mg tablet[NP]	*	QL(60 cada 30 dÍas)	AGENTES INMUNOLÓGICOS		
everolimus (immunosuppressive) 1 mg tablet[NP]	*	QL(60 cada 30 dÍas)	AGENTES INMUNOLÓGICOS		
FABHALTA 200 MG CAPSULE[NP]	*	QL(60 cada 30 dÍas)	AGENTES INMUNOLÓGICOS		
FIRAZYR 30 MG/3 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE[NP]	*	PA,QL(9 cada 30 dÍas)	AGENTES INMUNOLÓGICOS		
FLUAD 2026-27 65YR UP(PF)45 MCG(15 MCGX3)/0.5 ML INTRAMUSCULAR SYRINGE	1		AGENTES INMUNOLÓGICOS		
FLUARIX 2026-2027 (PF) 45 MCG (15 MCG X 3)/0.5 ML IM SYRINGE	1		AGENTES INMUNOLÓGICOS		
FLUBLOK 2026-2027 (PF) 135 MCG (45 MCG X 3)/0.5 ML IM SYRINGE	1		AGENTES INMUNOLÓGICOS		
FLUCELVAX 2026-2027 (PF) 45 MCG (15 MCG X 3)/0.5 ML IM SYRINGE	1		AGENTES INMUNOLÓGICOS		
FLULAVAL 2026-2027 (PF) 45 MCG (15 MCG X 3)/0.5 ML IM SYRINGE	1		AGENTES INMUNOLÓGICOS		
FLUMIST 2026-2027 10EXP6.5-7.5 FF UNIT/0.2 ML NASAL SPRAY SYRINGE	1		AGENTES INMUNOLÓGICOS		

• NP – no preferido • OTC – sin receta • PA – autorización previa • QL – Límite de cantidad
• ST – Terapia por fases

Nombre del medicamento	Grupo del nivel del medica-mento	Requisitos de manejo de utilización	Nombre de la categoría terapéutica	Edad mínima	Edad máxima
FLUMIST HOME 2026-2027 0.2 ML NASAL SPRAY SYRINGE (HOME ADMIN)	1		AGENTES INMUNOLÓGICOS		
FLUZONE 2026-2027 (PF) 45 MCG (15 MCG X 3)/0.5 ML IM SYRINGE	1		AGENTES INMUNOLÓGICOS		
FLUZONE 2026-2027 45 MCG (15 MCG X 3)/0.5 ML INTRAMUSCULAR SUSPENSION	1		AGENTES INMUNOLÓGICOS		
FLUZONE HIGH-DOSE 2026-2027 (PF) 180 MCG/0.5 ML INTRAMUSCULAR SYRINGE	1		AGENTES INMUNOLÓGICOS		
GARDASIL 9 (PF) 0.5 ML INTRAMUSCULAR SUSPENSION	1		AGENTES INMUNOLÓGICOS		
GARDASIL 9 (PF) 0.5 ML INTRAMUSCULAR SYRINGE	1		AGENTES INMUNOLÓGICOS		
gengraf 100 mg capsule	1	QL(720 cada 30 días)	AGENTES INMUNOLÓGICOS		
gengraf 25 mg capsule	1		AGENTES INMUNOLÓGICOS		
HADLIMA 40 MG/0.8 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE	1	PA,QL(4.8 cada 28 días)	AGENTES INMUNOLÓGICOS		
HADLIMA PUSHTOUCH 40 MG/0.8 ML SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR	1	PA,QL(4.8 cada 28 días)	AGENTES INMUNOLÓGICOS		
HADLIMA(CF) 40 MG/0.4 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE	1	PA,QL(2.4 cada 28 días)	AGENTES INMUNOLÓGICOS		
HADLIMA(CF) PUSHTOUCH 40 MG/0.4 ML SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR	1	PA,QL(2.4 cada 28 días)	AGENTES INMUNOLÓGICOS		
HAEGARDA 2,000 UNIT SUBCUTANEOUS SOLUTION[NP]	*	PA,QL(20 cada 28 días)	AGENTES INMUNOLÓGICOS		
HAEGARDA 3,000 UNIT SUBCUTANEOUS SOLUTION[NP]	*	PA,QL(20 cada 28 días)	AGENTES INMUNOLÓGICOS		
HAVRIX (PF) 1,440 ELISA UNIT/ML INTRAMUSCULAR SYRINGE	1		AGENTES INMUNOLÓGICOS		
HAVRIX (PF) 720 ELISA UNIT/0.5 ML INTRAMUSCULAR SYRINGE	1		AGENTES INMUNOLÓGICOS		
HEPLISAV-B (PF) 20 MCG/0.5 ML INTRAMUSCULAR SYRINGE	1		AGENTES INMUNOLÓGICOS		
HIBERIX (PF) 10 MCG/0.5 ML INTRAMUSCULAR SOLUTION	1		AGENTES INMUNOLÓGICOS		
HULIO(CF) 20 MG/0.4 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT[NP]	*	QL(2 cada 28 días)	AGENTES INMUNOLÓGICOS		
HULIO(CF) 40 MG/0.8 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT[NP]	*	QL(6 cada 28 días)	AGENTES INMUNOLÓGICOS		
HULIO(CF) PEN 40 MG/0.8 ML SUBCUTANEOUS KIT[NP]	*	QL(6 cada 28 días)	AGENTES INMUNOLÓGICOS		
HUMIRA 40 MG/0.8 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT[NP]	*	QL(6 cada 28 días)	AGENTES INMUNOLÓGICOS		
HUMIRA PEN 40 MG/0.8 ML SUBCUTANEOUS KIT[NP]	*	QL(6 cada 28 días)	AGENTES INMUNOLÓGICOS		
HUMIRA(CF) 10 MG/0.1 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT[NP]	*	QL(2 cada 28 días)	AGENTES INMUNOLÓGICOS		
HUMIRA(CF) 20 MG/0.2 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT[NP]	*	QL(6 cada 28 días)	AGENTES INMUNOLÓGICOS		

• NP – no preferido • OTC – sin receta • PA – autorización previa • QL – Límite de cantidad
• ST – Terapia por fases

Nombre del medicamento	Grupo del nivel del medica-mento	Requisitos de manejo de utilización	Nombre de la categoría terapéutica	Edad mínima	Edad máxima
HUMIRA(CF) 40 MG/0.4 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT[NP]	*	QL(6 cada 28 días)	AGENTES INMUNOLÓGICOS		
HUMIRA(CF) PEN 40 MG/0.4 ML SUBCUTANEOUS KIT[NP]	*	QL(6 cada 28 días)	AGENTES INMUNOLÓGICOS		
HUMIRA(CF) PEN 80 MG/0.8 ML SUBCUTANEOUS KIT[NP]	*	QL(6 cada 28 días)	AGENTES INMUNOLÓGICOS		
HUMIRA(CF) PEN CROHN'S-ULC COLITIS-HID SUP STRT 80 MG/0.8 ML SUBCUT KT[NP]	*	QL(6 cada 28 días)	AGENTES INMUNOLÓGICOS		
HUMIRA(CF) PEN PS-UV-ADOL HS 80 MG/0.8 ML(1)-40 MG/0.4 ML(2)SUBCUT KIT[NP]	*	QL(6 cada 28 días)	AGENTES INMUNOLÓGICOS		
HYRIMOZ(CF) 10 MG/0.1 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE[NP]	*	QL(0.2 cada 28 días)	AGENTES INMUNOLÓGICOS		
HYRIMOZ(CF) 20 MG/0.2 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE[NP]	*	QL(1.2 cada 28 días)	AGENTES INMUNOLÓGICOS		
HYRIMOZ(CF) 40 MG/0.4 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE[NP]	*	QL(2.4 cada 28 días)	AGENTES INMUNOLÓGICOS		
HYRIMOZ(CF) PEDIATRIC CROHN'S STARTR 80 MG/0.8 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE[NP]	*	QL(4.8 cada 28 días)	AGENTES INMUNOLÓGICOS		
HYRIMOZ(CF) PEN 40 MG/0.4 ML SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR[NP]	*	QL(2.4 cada 28 días)	AGENTES INMUNOLÓGICOS		
HYRIMOZ(CF) PEN CROHN-ULC COLITIS START 80MG/0.8ML SUBCUT PEN INJECTOR[NP]	*	QL(4.8 cada 28 días)	AGENTES INMUNOLÓGICOS		
HYRIMOZ(CF) PEN PSORIASIS START 80MG/0.8ML(1)-40MG/0.4ML(2) SUBCUT PEN[NP]	*	QL(3.2 cada 28 días)	AGENTES INMUNOLÓGICOS		
icatibant 30 mg/3 ml subcutaneous syringe[NP]	*	QL(9 cada 30 días)	AGENTES INMUNOLÓGICOS		
ILARIS (PF) 150 MG/ML SUBCUTANEOUS SOLUTION[NP]	*	QL(1 cada 28 días)	AGENTES INMUNOLÓGICOS		
ILUMYA 100 MG/ML SUBCUTANEOUS SYRINGE[NP]	*	QL(6 cada 365 días)	AGENTES INMUNOLÓGICOS		
IMAAVY 185 MG/ML INTRAVENOUS SOLUTION[NP]	*		AGENTES INMUNOLÓGICOS		
IMOVAX RABIES VACCINE (PF) 2.5 UNIT INTRAMUSCULAR SOLUTION	1		AGENTES INMUNOLÓGICOS		
IMULDOSA 130 MG/26 ML INTRAVENOUS SOLUTION[NP]	*	QL(104 cada 30 días)	AGENTES INMUNOLÓGICOS		
IMULDOSA 45 MG/0.5 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE[NP]	*	QL(1.5 cada 84 días)	AGENTES INMUNOLÓGICOS		
IMULDOSA 90 MG/ML SUBCUTANEOUS SYRINGE[NP]	*	QL(3 cada 84 días)	AGENTES INMUNOLÓGICOS		
IMURAN 50 MG TABLET[NP]	*		AGENTES INMUNOLÓGICOS		
INFANRIX (DTAP)(PF) 25 LF UNIT-58MCG-10 LF/0.5ML INTRAMUSCULAR SYRINGE	1		AGENTES INMUNOLÓGICOS		
INFLECTRA 100 MG INTRAVENOUS SOLUTION[NP]	*		AGENTES INMUNOLÓGICOS		

• NP – no preferido • OTC – sin receta • PA – autorización previa • QL – Límite de cantidad
• ST – Terapia por fases

Nombre del medicamento	Grupo del nivel del medica-mento	Requisitos de manejo de utilización	Nombre de la categoría terapéutica	Edad mínima	Edad máxima
INFLIXIMAB 100 MG INTRAVENOUS SOLUTION[NP]	*		AGENTES INMUNOLÓGICOS		
IPOL 40 UNIT-8 UNIT-32 UNIT/0.5 ML SUSPENSION FOR INJECTION	1		AGENTES INMUNOLÓGICOS		
IXCHIQ (PF) 1,000 TCID50/0.5 ML INTRAMUSCULAR SOLUTION	1		AGENTES INMUNOLÓGICOS		
IXIARO (PF) 6 MCG/0.5 ML INTRAMUSCULAR SYRINGE	1		AGENTES INMUNOLÓGICOS		
JYLAMVO 2 MG/ML ORAL SOLUTION[NP]	*		AGENTES INMUNOLÓGICOS		
JYNNEOS (PF) 0.5X TO 3.95X 10EXP8 UNIT/0.5 ML SUBCUTANEOUS SUSPENSION	1		AGENTES INMUNOLÓGICOS		
KALBITOR 10 MG/ML (1 ML) SUBCUTANEOUS SOLUTION[NP]	*	PA,QL(9 cada 30 días)	AGENTES INMUNOLÓGICOS		
KEVZARA 150 MG/1.14 ML SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR[NP]	*	QL(2.28 cada 28 días)	AGENTES INMUNOLÓGICOS		
KEVZARA 150 MG/1.14 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE[NP]	*	QL(2.28 cada 28 días)	AGENTES INMUNOLÓGICOS		
KEVZARA 200 MG/1.14 ML SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR[NP]	*	QL(2.28 cada 28 días)	AGENTES INMUNOLÓGICOS		
KEVZARA 200 MG/1.14 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE[NP]	*	QL(2.28 cada 28 días)	AGENTES INMUNOLÓGICOS		
KINERET 100 MG/0.67 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE[NP]	*	QL(20.1 cada 30 días)	AGENTES INMUNOLÓGICOS		
KINRIX (PF) 25 LF-58 MCG-10 LF/0.5 ML INTRAMUSCULAR SYRINGE	1		AGENTES INMUNOLÓGICOS		
leflunomide 10 mg tablet	1	QL(30 cada 30 días)	AGENTES INMUNOLÓGICOS		
leflunomide 20 mg tablet	1	QL(30 cada 30 días)	AGENTES INMUNOLÓGICOS		
LEQSELVI 8 MG TABLET[NP]	*	QL(60 cada 30 días)	AGENTES INMUNOLÓGICOS		
LITFULO 50 MG CAPSULE[NP]	*	QL(28 cada 28 días)	AGENTES INMUNOLÓGICOS		
LUPKYNIS 7.9 MG CAPSULE[NP]	*	QL(180 cada 30 días)	AGENTES INMUNOLÓGICOS		
M-M-R II (PF) 1,000-12,500 TCID50/0.5 ML SUBCUTANEOUS SOLUTION	1		AGENTES INMUNOLÓGICOS		
MENQUADFI (PF) 10 MCG/0.5 ML INTRAMUSCULAR SOLUTION	1		AGENTES INMUNOLÓGICOS		
MENVEO A-C-Y-W-135-DIP (PF) 10 MCG-5 MCG/0.5 ML IM KIT (2 VIALS)	1		AGENTES INMUNOLÓGICOS		
MENVEO A-C-Y-W-135-DIP (PF) 10 MCG-5 MCG/0.5 ML IM SOLUTION (1 VIAL)	1		AGENTES INMUNOLÓGICOS		
MENVEO MENA COMPONENT (PF) 10 MCG/0.5 ML (FINAL) IM SOLUTION	1		AGENTES INMUNOLÓGICOS		
MENVEO MENCYW-135 COMPONENT (PF) 5 MCG X 3/0.5 ML (FINAL) IM SOLUTION	1		AGENTES INMUNOLÓGICOS		
methotrexate sodium (pf) 25 mg/ml injection solution	1		AGENTES INMUNOLÓGICOS		
methotrexate sodium 2.5 mg tablet	1		AGENTES INMUNOLÓGICOS		

• NP – no preferido • OTC – sin receta • PA – autorización previa • QL – Límite de cantidad
• ST – Terapia por fases

Nombre del medicamento	Grupo del nivel del medica-mento	Requisitos de manejo de utilización	Nombre de la categoría terapéutica	Edad mínima	Edad máxima
methotrexate sodium 25 mg/ml injection solution	1		AGENTES INMUNOLÓGICOS		
MFLUSIVA 2026-2027 (PF) 37.5 MCG(12.5 MCG X 3)/0.38 ML IM SYRINGE	1		AGENTES INMUNOLÓGICOS		
MNEXSPIKE 2026-2027 (PF) 10 MCG/0.2 ML INTRAMUSCULAR SYRINGE	1		AGENTES INMUNOLÓGICOS		
MRESVIA (PF) 50 MCG/0.5 ML INTRAMUSCULAR SYRINGE	1		AGENTES INMUNOLÓGICOS		
mycophenolate mofetil 200 mg/ml oral powder for suspension	1		AGENTES INMUNOLÓGICOS		
mycophenolate mofetil 250 mg capsule	1	QL(360 cada 30 días)	AGENTES INMUNOLÓGICOS		
mycophenolate mofetil 500 mg tablet	1	QL(180 cada 30 días)	AGENTES INMUNOLÓGICOS		
mycophenolate sodium 180 mg tablet,delayed release	1		AGENTES INMUNOLÓGICOS		
mycophenolate sodium 360 mg tablet,delayed release	1		AGENTES INMUNOLÓGICOS		
MYFORTIC 180 MG TABLET,DELAYED RELEASE[NP]	*		AGENTES INMUNOLÓGICOS		
MYFORTIC 360 MG TABLET,DELAYED RELEASE[NP]	*		AGENTES INMUNOLÓGICOS		
MYHIBBIN 200 MG/ML ORAL SUSPENSION[NP]	*		AGENTES INMUNOLÓGICOS		
NEMLUVIO 30 MG SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR[NP]	*	QL(2 cada 28 días)	AGENTES INMUNOLÓGICOS		
NEORAL 100 MG CAPSULE[NP]	*	QL(720 cada 30 días)	AGENTES INMUNOLÓGICOS		
NEORAL 100 MG/ML ORAL SOLUTION[NP]	*		AGENTES INMUNOLÓGICOS		
NEORAL 25 MG CAPSULE[NP]	*		AGENTES INMUNOLÓGICOS		
NIKTIMVO 10 MG/ML INTRAVENOUS SOLUTION[NP]	*		AGENTES INMUNOLÓGICOS		
NIKTIMVO 50 MG/ML INTRAVENOUS SOLUTION[NP]	*		AGENTES INMUNOLÓGICOS		
NUVAXOVID 2026-2027 (PF) 5 MCG/0.5 ML INTRAMUSCULAR SYRINGE	1		AGENTES INMUNOLÓGICOS		
OLUMIANT 1 MG TABLET[NP]	*	QL(30 cada 30 días)	AGENTES INMUNOLÓGICOS		
OLUMIANT 2 MG TABLET[NP]	*	QL(30 cada 30 días)	AGENTES INMUNOLÓGICOS		
OLUMIANT 4 MG TABLET[NP]	*	QL(30 cada 30 días)	AGENTES INMUNOLÓGICOS		
OMLYCLO 150 MG/ML SUBCUTANEOUS SYRINGE[NP]	*	QL(8 cada 28 días)	AGENTES INMUNOLÓGICOS		
OMLYCLO 300 MG/2 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE[NP]	*	QL(8 cada 28 días)	AGENTES INMUNOLÓGICOS		
OMLYCLO 75 MG/0.5 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE[NP]	*	QL(4 cada 28 días)	AGENTES INMUNOLÓGICOS		
OMVOH 100 MG/ML SUBCUTANEOUS SYRINGE[NP]	*	QL(3 cada 28 días)	AGENTES INMUNOLÓGICOS		

• NP – no preferido • OTC – sin receta • PA – autorización previa • QL – Límite de cantidad
• ST – Terapia por fases

Nombre del medicamento	Grupo del nivel del medica-mento	Requisitos de manejo de utilización	Nombre de la categoría terapéutica	Edad mínima	Edad máxima
OMVOH 200 MG/2 ML (100 MG/ML X 2) SUBCUTANEOUS SYRINGE[NP]	*	QL(3 cada 28 días)	AGENTES INMUNOLÓGICOS		
OMVOH 200 MG/2 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE[NP]	*		AGENTES INMUNOLÓGICOS		
OMVOH 300 MG/15 ML (20 MG/ML) INTRAVENOUS SOLUTION[NP]	*		AGENTES INMUNOLÓGICOS		
OMVOH 300MG/3ML(100MG/ML-200MG/2ML) SUBCUTANEOUS SYRINGE[NP]	*	QL(3 cada 28 días)	AGENTES INMUNOLÓGICOS		
OMVOH PEN 100 MG/ML SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR[NP]	*	QL(3 cada 28 días)	AGENTES INMUNOLÓGICOS		
OMVOH PEN 200 MG/2 ML (100 MG/ML X 2) SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR[NP]	*	QL(3 cada 28 días)	AGENTES INMUNOLÓGICOS		
OMVOH PEN 200 MG/2 ML SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR[NP]	*		AGENTES INMUNOLÓGICOS		
OMVOH PEN 300MG/3ML(100MG/ML-200MG/2ML) SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR[NP]	*	QL(3 cada 28 días)	AGENTES INMUNOLÓGICOS		
ORENCIA (WITH MALTOSE) 250 MG INTRAVENOUS SOLUTION[NP]	*	QL(4 cada 30 días)	AGENTES INMUNOLÓGICOS		
ORENCIA 125 MG/ML SUBCUTANEOUS SYRINGE[NP]	*	QL(4 cada 28 días)	AGENTES INMUNOLÓGICOS		
ORENCIA 50 MG/0.4 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE[NP]	*	QL(1.6 cada 28 días)	AGENTES INMUNOLÓGICOS		
ORENCIA 87.5 MG/0.7 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE[NP]	*	QL(2.8 cada 28 días)	AGENTES INMUNOLÓGICOS		
ORENCIA CLICKJECT 125 MG/ML SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR[NP]	*	QL(4 cada 28 días)	AGENTES INMUNOLÓGICOS		
ORLADEYO 108 MG ORAL PELLETS IN PACKET[NP]	*	PA,QL(28 cada 28 días)	AGENTES INMUNOLÓGICOS		
ORLADEYO 110 MG CAPSULE[NP]	*	PA,QL(28 cada 28 días)	AGENTES INMUNOLÓGICOS		
ORLADEYO 132 MG ORAL PELLETS IN PACKET[NP]	*	PA,QL(28 cada 28 días)	AGENTES INMUNOLÓGICOS		
ORLADEYO 150 MG CAPSULE[NP]	*	PA,QL(28 cada 28 días)	AGENTES INMUNOLÓGICOS		
ORLADEYO 72 MG ORAL PELLETS IN PACKET[NP]	*	PA,QL(28 cada 28 días)	AGENTES INMUNOLÓGICOS		
ORLADEYO 96 MG ORAL PELLETS IN PACKET[NP]	*	PA,QL(28 cada 28 días)	AGENTES INMUNOLÓGICOS		
OTREXUP (PF) 25 MG/0.4 ML SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR[NP]	*	QL(1.6 cada 28 días)	AGENTES INMUNOLÓGICOS		
OTULFI 130 MG/26 ML INTRAVENOUS SOLUTION[NP]	*	QL(104 cada 30 días)	AGENTES INMUNOLÓGICOS		
OTULFI 45 MG/0.5 ML SUBCUTANEOUS SOLUTION[NP]	*	QL(1.5 cada 84 días)	AGENTES INMUNOLÓGICOS		
OTULFI 45 MG/0.5 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE[NP]	*	QL(1.5 cada 84 días)	AGENTES INMUNOLÓGICOS		
OTULFI 90 MG/ML SUBCUTANEOUS SYRINGE[NP]	*	QL(3 cada 84 días)	AGENTES INMUNOLÓGICOS		

• NP – no preferido • OTC – sin receta • PA – autorización previa • QL – Límite de cantidad
• ST – Terapia por fases

Nombre del medicamento	Grupo del nivel del medica-mento	Requisitos de manejo de utilización	Nombre de la categoría terapéutica	Edad mínima	Edad máxima
PEDIARIX (PF) 10 MCG-25 LF-25 MCG-10 LF/0.5 ML INTRAMUSCULAR SYRINGE	1		AGENTES INMUNOLÓGICOS		
PEDVAX HIB (PF) 7.5 MCG/0.5 ML INTRAMUSCULAR SOLUTION	1		AGENTES INMUNOLÓGICOS		
PEGASYS 180 MCG/0.5 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE[NP]	*	QL(2 cada 28 días)	AGENTES INMUNOLÓGICOS		
PENBRAYA (PF) 5 MCG-120 MCG/0.5 ML INTRAMUSCULAR KIT	1		AGENTES INMUNOLÓGICOS		
PENBRAYA MENACWY COMPONENT (PF) 5 MCG/0.5 ML IM SUSPENSION	1		AGENTES INMUNOLÓGICOS		
PENBRAYA MENB COMPONENT (PF) 120 MCG/0.5 ML INTRAMUSCULAR SYRINGE	1		AGENTES INMUNOLÓGICOS		
PENMENVY MEN A-B-C-W-Y (PF) 0.5 ML INTRAMUSCULAR KIT	1		AGENTES INMUNOLÓGICOS		
PENMENVY MENB COMPONENT (PF) 50MCG-50MCG-50MCG-25MCG/0.5 ML IM SYRINGE	1		AGENTES INMUNOLÓGICOS		
PENTACEL (PF) 15 LF-20 MCG-5 LF-62 DU-10 MCG/0.5 ML INTRAMUSCULAR KIT	1		AGENTES INMUNOLÓGICOS		
PENTACEL ACTHIB COMPONENT (PF) 10 MCG/0.5 ML INTRAMUSCULAR SOLUTION	1		AGENTES INMUNOLÓGICOS		
PENTACEL DTAP-IPV COMPONENT (PF) 15 LF-48 MCG-62 DU/0.5 ML IM SUSP	1		AGENTES INMUNOLÓGICOS		
PIASKY 340 MG/2 ML (170 MG/ML) INJECTION SOLUTION[NP]	*		AGENTES INMUNOLÓGICOS		
PNEUMOVAX-23 25 MCG/0.5 ML INJECTION SYRINGE	1		AGENTES INMUNOLÓGICOS		
PREHEVBRIO (PF) 10 MCG/ML INTRAMUSCULAR SUSPENSION	1		AGENTES INMUNOLÓGICOS		
PREVNAR 20 (PF) 0.5 ML INTRAMUSCULAR SYRINGE	1		AGENTES INMUNOLÓGICOS		
PRIORIX (PF) 10EXP3.4-4.2-3.3 CCID50/0.5ML SUBCUTANEOUS SUSPENSION	1		AGENTES INMUNOLÓGICOS		
PROGRAF 0.2 MG ORAL GRANULES IN PACKET[NP]	*		AGENTES INMUNOLÓGICOS		
PROGRAF 0.5 MG CAPSULE[NP]	*		AGENTES INMUNOLÓGICOS		
PROGRAF 1 MG CAPSULE[NP]	*		AGENTES INMUNOLÓGICOS		
PROGRAF 1 MG ORAL GRANULES IN PACKET[NP]	*		AGENTES INMUNOLÓGICOS		
PROGRAF 5 MG CAPSULE[NP]	*	QL(180 cada 30 días)	AGENTES INMUNOLÓGICOS		
PROQUAD (PF) 10EXP3-4.3-3-3.99TCID50/0.5ML SUBCUTANEOUS SUSPENSION	1		AGENTES INMUNOLÓGICOS		
PYZCHIVA 130 MG/26 ML INTRAVENOUS SOLUTION[NP]	*	QL(104 cada 30 días)	AGENTES INMUNOLÓGICOS		
PYZCHIVA 45 MG/0.5 ML SUBCUTANEOUS SOLUTION[NP]	*	QL(1.5 cada 84 días)	AGENTES INMUNOLÓGICOS		
PYZCHIVA 45 MG/0.5 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE[NP]	*	QL(1.5 cada 84 días)	AGENTES INMUNOLÓGICOS		

• NP – no preferido • OTC – sin receta • PA – autorización previa • QL – Límite de cantidad
• ST – Terapia por fases

Nombre del medicamento	Grupo del nivel del medica-mento	Requisitos de manejo de utilización	Nombre de la categoría terapéutica	Edad mínima	Edad máxima
PYZCHIVA 90 MG/ML SUBCUTANEOUS SYRINGE[NP]	*	QL(3 cada 84 días)	AGENTES INMUNOLÓGICOS		
QUADRACEL (PF) 15 LF-48 MCG-5 LF UNIT/0.5 ML INTRAMUSCULAR SUSPENSION	1		AGENTES INMUNOLÓGICOS		
QUADRACEL (PF) 15 LF-48 MCG-5 LF UNIT/0.5 ML INTRAMUSCULAR SYRINGE	1		AGENTES INMUNOLÓGICOS		
RABAVERT (PF) 2.5 UNIT IM SUSPENSION	1		AGENTES INMUNOLÓGICOS		
RASUVO (PF) 10 MG/0.2 ML SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR[NP]	*	QL(0.8 cada 28 días)	AGENTES INMUNOLÓGICOS		
RASUVO (PF) 12.5 MG/0.25 ML SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR[NP]	*	QL(1 cada 28 días)	AGENTES INMUNOLÓGICOS		
RASUVO (PF) 15 MG/0.3 ML SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR[NP]	*	QL(1.2 cada 28 días)	AGENTES INMUNOLÓGICOS		
RASUVO (PF) 17.5 MG/0.35 ML SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR[NP]	*	QL(1.4 cada 28 días)	AGENTES INMUNOLÓGICOS		
RASUVO (PF) 20 MG/0.4 ML SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR[NP]	*	QL(1.6 cada 28 días)	AGENTES INMUNOLÓGICOS		
RASUVO (PF) 22.5 MG/0.45 ML SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR[NP]	*	QL(1.8 cada 28 días)	AGENTES INMUNOLÓGICOS		
RASUVO (PF) 25 MG/0.5 ML SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR[NP]	*	QL(2 cada 28 días)	AGENTES INMUNOLÓGICOS		
RASUVO (PF) 30 MG/0.6 ML SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR[NP]	*	QL(2.4 cada 28 días)	AGENTES INMUNOLÓGICOS		
RASUVO (PF) 7.5 MG/0.15 ML SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR[NP]	*	QL(0.6 cada 28 días)	AGENTES INMUNOLÓGICOS		
RECOMBIVAX HB (PF) 10 MCG/ML INTRAMUSCULAR SUSPENSION	1		AGENTES INMUNOLÓGICOS		
RECOMBIVAX HB (PF) 10 MCG/ML INTRAMUSCULAR SYRINGE	1		AGENTES INMUNOLÓGICOS		
RECOMBIVAX HB (PF) 40 MCG/ML INTRAMUSCULAR SUSPENSION	1		AGENTES INMUNOLÓGICOS		
RECOMBIVAX HB (PF) 5 MCG/0.5 ML INTRAMUSCULAR SUSPENSION	1		AGENTES INMUNOLÓGICOS		
RECOMBIVAX HB (PF) 5 MCG/0.5 ML INTRAMUSCULAR SYRINGE	1		AGENTES INMUNOLÓGICOS		
REMICADE 100 MG INTRAVENOUS SOLUTION[NP]	*		AGENTES INMUNOLÓGICOS		
RENFLEXIS 100 MG INTRAVENOUS SOLUTION[NP]	*		AGENTES INMUNOLÓGICOS		
REZUROCK 200 MG TABLET[NP]	*	QL(30 cada 30 días)	AGENTES INMUNOLÓGICOS		
RIDAURA 3 MG CAPSULE[NP]	*		AGENTES INMUNOLÓGICOS		
RINVOQ 15 MG TABLET,EXTENDED RELEASE	1	PA,QL(30 cada 30 días)	AGENTES INMUNOLÓGICOS		
RINVOQ 30 MG TABLET,EXTENDED RELEASE	1	PA,QL(30 cada 30 días)	AGENTES INMUNOLÓGICOS		
RINVOQ 45 MG TABLET,EXTENDED RELEASE	1	PA,QL(168 cada 365 días)	AGENTES INMUNOLÓGICOS		

• NP – no preferido • OTC – sin receta • PA – autorización previa • QL – Límite de cantidad
• ST – Terapia por fases

Nombre del medicamento	Grupo del nivel del medica-mento	Requisitos de manejo de utilización	Nombre de la categoría terapéutica	Edad mínima	Edad máxima
RINVOQ LQ 1 MG/ML ORAL SOLUTION	1	PA,QL(360 cada 30 días)	AGENTES INMUNOLÓGICOS		
ROTARIX 10EXP6 CCID50/1.5 ML ORAL SUSPENSION	1		AGENTES INMUNOLÓGICOS		
ROTATEQ VACCINE 2 ML ORAL SOLUTION	1		AGENTES INMUNOLÓGICOS		
RUCONEST 2,100 UNIT INTRAVENOUS SOLUTION[NP]	*	PA,QL(8 cada 28 días)	AGENTES INMUNOLÓGICOS		
RYSTIGGO 140 MG/ML SUBCUTANEOUS SOLUTION[NP]	*		AGENTES INMUNOLÓGICOS		
sajazir 30 mg/3 ml subcutaneous syringe[NP]	*	PA,QL(9 cada 30 días)	AGENTES INMUNOLÓGICOS		
SANDIMMUNE 100 MG CAPSULE[NP]	*	QL(720 cada 30 días)	AGENTES INMUNOLÓGICOS		
SANDIMMUNE 25 MG CAPSULE[NP]	*		AGENTES INMUNOLÓGICOS		
SAPHNELO 120 MG/0.8 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE[NP]	*	QL(3.2 cada 28 días)	AGENTES INMUNOLÓGICOS		
SAPHNELO PEN 120 MG/0.8 ML SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR[NP]	*	QL(3.2 cada 28 días)	AGENTES INMUNOLÓGICOS		
SELARSDI 130 MG/26 ML INTRAVENOUS SOLUTION[NP]	*	QL(104 cada 30 días)	AGENTES INMUNOLÓGICOS		
SELARSDI 45 MG/0.5 ML SUBCUTANEOUS SOLUTION[NP]	*	QL(1.5 cada 84 días)	AGENTES INMUNOLÓGICOS		
SELARSDI 45 MG/0.5 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE[NP]	*	QL(1.5 cada 84 días)	AGENTES INMUNOLÓGICOS		
SELARSDI 90 MG/ML SUBCUTANEOUS SYRINGE[NP]	*	QL(3 cada 84 días)	AGENTES INMUNOLÓGICOS		
SHINGRIX (PF) 50 MCG/0.5 ML INTRAMUSCULAR SUSPENSION, KIT	1		AGENTES INMUNOLÓGICOS		
SHINGRIX (PF) 50 MCG/0.5 ML INTRAMUSCULAR SYRINGE	1		AGENTES INMUNOLÓGICOS		
SHINGRIX GE ANTIGEN COMPONENT 50 MCG IM SUSPENSION	1		AGENTES INMUNOLÓGICOS		
SIMLANDI(CF) 20 MG/0.2 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT	1	PA,QL(6 cada 28 días)	AGENTES INMUNOLÓGICOS		
SIMLANDI(CF) 40 MG/0.4 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT	1	PA,QL(6 cada 28 días)	AGENTES INMUNOLÓGICOS		
SIMLANDI(CF) 80 MG/0.8 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT	1	PA,QL(6 cada 28 días)	AGENTES INMUNOLÓGICOS		
SIMLANDI(CF) AUTOINJECTOR 40 MG/0.4 ML SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR KIT	1	PA,QL(6 cada 28 días)	AGENTES INMUNOLÓGICOS		
SIMLANDI(CF) AUTOINJECTOR 80 MG/0.8 ML SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR KIT	1	PA,QL(6 cada 28 días)	AGENTES INMUNOLÓGICOS		
SIMPONI 100 MG/ML SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR[NP]	*	QL(16 cada 365 días)	AGENTES INMUNOLÓGICOS		
SIMPONI 100 MG/ML SUBCUTANEOUS SYRINGE[NP]	*	QL(16 cada 365 días)	AGENTES INMUNOLÓGICOS		
SIMPONI 50 MG/0.5 ML SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR[NP]	*	QL(0.5 cada 30 días)	AGENTES INMUNOLÓGICOS		
SIMPONI 50 MG/0.5 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE[NP]	*	QL(0.5 cada 30 días)	AGENTES INMUNOLÓGICOS		

• NP – no preferido • OTC – sin receta • PA – autorización previa • QL – Límite de cantidad
• ST – Terapia por fases

Nombre del medicamento	Grupo del nivel del medica-mento	Requisitos de manejo de utilización	Nombre de la categoría terapéutica	Edad mínima	Edad máxima
SIMPONI ARIA 12.5 MG/ML INTRAVENOUS SOLUTION[NP]	*	QL(20 cada 28 días)	AGENTES INMUNOLÓGICOS		
sirolimus 0.5 mg tablet	1		AGENTES INMUNOLÓGICOS		
sirolimus 1 mg tablet	1	QL(300 cada 30 días)	AGENTES INMUNOLÓGICOS		
sirolimus 1 mg/ml oral solution	1		AGENTES INMUNOLÓGICOS		
sirolimus 2 mg tablet	1	QL(150 cada 30 días)	AGENTES INMUNOLÓGICOS		
SKYRIZI 150 MG/ML SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR	1	PA,QL(6 cada 365 días)	AGENTES INMUNOLÓGICOS		
SKYRIZI 150 MG/ML SUBCUTANEOUS SYRINGE	1	PA,QL(6 cada 365 días)	AGENTES INMUNOLÓGICOS		
SKYRIZI 180 MG/1.2 ML (150 MG/ML) SUBCUTANEOUS WEARABLE INJECTOR	1	PA,QL(8.4 cada 365 días)	AGENTES INMUNOLÓGICOS		
SKYRIZI 360 MG/2.4 ML (150 MG/ML) SUBCUTANEOUS WEARABLE INJECTOR	1	PA,QL(16.8 cada 365 días)	AGENTES INMUNOLÓGICOS		
SKYRIZI 55 MG/0.37 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE	1	PA,QL(2.22 cada 365 días)	AGENTES INMUNOLÓGICOS		
SKYRIZI 60 MG/ML INTRAVENOUS SOLUTION	1	PA,QL(30 cada 365 días)	AGENTES INMUNOLÓGICOS		
SOLIRIS 300 MG/30 ML INTRAVENOUS SOLUTION[NP]	*	QL(360 cada 30 días)	AGENTES INMUNOLÓGICOS		
SOTYKTU 6 MG TABLET[NP]	*	QL(30 cada 30 días)	AGENTES INMUNOLÓGICOS		
SPEVIGO 150 MG/ML SUBCUTANEOUS SYRINGE[NP]	*	QL(4 cada 28 días)	AGENTES INMUNOLÓGICOS		
SPEVIGO 300 MG/2 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE[NP]	*	QL(4 cada 28 días)	AGENTES INMUNOLÓGICOS		
SPIKEVAX 2026-2027(12Y UP)(PF) 50 MCG/0.5 ML INTRAMUSCULAR SYRINGE	1		AGENTES INMUNOLÓGICOS		
SPIKEVAX 2026-27 (6M-11Y) (PF) 25 MCG/0.25 ML INTRAMUSCULAR SYRINGE	1		AGENTES INMUNOLÓGICOS		
STAMARIL (PF) 1,000 UNIT/0.5 ML SUBCUTANEOUS SUSPENSION	1		AGENTES INMUNOLÓGICOS		
STARJEMZA 130 MG/26 ML INTRAVENOUS SOLUTION[NP]	*	QL(104 cada 30 días)	AGENTES INMUNOLÓGICOS		
STARJEMZA 45 MG/0.5 ML SUBCUTANEOUS SOLUTION[NP]	*	QL(1.5 cada 84 días)	AGENTES INMUNOLÓGICOS		
STARJEMZA 45 MG/0.5 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE[NP]	*	QL(1.5 cada 84 días)	AGENTES INMUNOLÓGICOS		
STARJEMZA 90 MG/ML SUBCUTANEOUS SYRINGE[NP]	*	QL(3 cada 84 días)	AGENTES INMUNOLÓGICOS		
STELARA 130 MG/26 ML INTRAVENOUS SOLUTION[NP]	*	QL(104 cada 30 días)	AGENTES INMUNOLÓGICOS		
STELARA 45 MG/0.5 ML SUBCUTANEOUS SOLUTION[NP]	*	QL(1.5 cada 84 días)	AGENTES INMUNOLÓGICOS		

• NP – no preferido • OTC – sin receta • PA – autorización previa • QL – Límite de cantidad
• ST – Terapia por fases

Nombre del medicamento	Grupo del nivel del medica-mento	Requisitos de manejo de utilización	Nombre de la categoría terapéutica	Edad mínima	Edad máxima
STELARA 45 MG/0.5 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE[NP]	*	QL(1.5 cada 84 días)	AGENTES INMUNOLÓGICOS		
STELARA 90 MG/ML SUBCUTANEOUS SYRINGE[NP]	*	QL(3 cada 84 días)	AGENTES INMUNOLÓGICOS		
STEQEYMA 130 MG/26 ML INTRAVENOUS SOLUTION[NP]	*	QL(104 cada 30 días)	AGENTES INMUNOLÓGICOS		
STEQEYMA 45 MG/0.5 ML SUBCUTANEOUS SOLUTION[NP]	*	QL(1.5 cada 84 días)	AGENTES INMUNOLÓGICOS		
STEQEYMA 45 MG/0.5 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE[NP]	*	QL(1.5 cada 84 días)	AGENTES INMUNOLÓGICOS		
STEQEYMA 90 MG/ML SUBCUTANEOUS SYRINGE[NP]	*	QL(3 cada 84 días)	AGENTES INMUNOLÓGICOS		
tacrolimus 0.5 mg capsule, immediate-release	1		AGENTES INMUNOLÓGICOS		
tacrolimus 1 mg capsule, immediate-release	1		AGENTES INMUNOLÓGICOS		
tacrolimus 5 mg capsule, immediate-release	1	QL(180 cada 30 días)	AGENTES INMUNOLÓGICOS		
tacrolimus xl 0.5 mg capsule,extended release 24 hr[NP]	*		AGENTES INMUNOLÓGICOS		
tacrolimus xl 1 mg capsule,extended release 24 hr[NP]	*		AGENTES INMUNOLÓGICOS		
tacrolimus xl 5 mg capsule,extended release 24 hr[NP]	*		AGENTES INMUNOLÓGICOS		
TAKHZYRO 150 MG/ML SUBCUTANEOUS SYRINGE[NP]	*	PA,QL(2 cada 28 días)	AGENTES INMUNOLÓGICOS		
TAKHZYRO 300 MG/2 ML (150 MG/ML) SUBCUTANEOUS SYRINGE[NP]	*	PA,QL(4 cada 28 días)	AGENTES INMUNOLÓGICOS		
TALTZ AUTOINJECTOR (2 PACK) 80 MG/ML SUBCUTANEOUS[NP]	*	QL(18 cada 365 días)	AGENTES INMUNOLÓGICOS		
TALTZ AUTOINJECTOR (3 PACK) 80 MG/ML SUBCUTANEOUS[NP]	*	QL(18 cada 365 días)	AGENTES INMUNOLÓGICOS		
TALTZ AUTOINJECTOR 80 MG/ML SUBCUTANEOUS[NP]	*	QL(18 cada 365 días)	AGENTES INMUNOLÓGICOS		
TALTZ SYRINGE 20 MG/0.25 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE[NP]	*	QL(0.25 cada 28 días)	AGENTES INMUNOLÓGICOS		
TALTZ SYRINGE 40 MG/0.5 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE[NP]	*	QL(0.5 cada 28 días)	AGENTES INMUNOLÓGICOS		
TALTZ SYRINGE 80 MG/ML SUBCUTANEOUS[NP]	*	QL(18 cada 365 días)	AGENTES INMUNOLÓGICOS		
TAVNEOS 10 MG CAPSULE[NP]	*	QL(180 cada 30 días)	AGENTES INMUNOLÓGICOS		
TDVAX 2 LF UNIT-2 LF UNIT/0.5 ML INTRAMUSCULAR SUSPENSION	1		AGENTES INMUNOLÓGICOS		
TENIVAC (PF) 5 LF UNIT-2 LF UNIT/0.5 ML INTRAMUSCULAR SUSPENSION	1		AGENTES INMUNOLÓGICOS		
TENIVAC (PF) 5 LF UNIT-2 LF UNIT/0.5 ML INTRAMUSCULAR SYRINGE	1		AGENTES INMUNOLÓGICOS		
TEZSPIRE 210 MG/1.91 ML (110 MG/ML) SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR	1	PA,QL(1.91 cada 28 días)	AGENTES INMUNOLÓGICOS		

• NP – no preferido • OTC – sin receta • PA – autorización previa • QL – Límite de cantidad
• ST – Terapia por fases

Nombre del medicamento	Grupo del nivel del medica-mento	Requisitos de manejo de utilización	Nombre de la categoría terapéutica	Edad mínima	Edad máxima
TEZSPIRE 210 MG/1.91 ML (110 MG/ML) SUBCUTANEOUS SYRINGE	1	PA,QL(1.91 cada 28 días)	AGENTES INMUNOLÓGICOS		
TICOVAC 1.2 MCG/0.25 ML INTRAMUSCULAR SYRINGE	1		AGENTES INMUNOLÓGICOS		
TICOVAC 2.4 MCG/0.5 ML INTRAMUSCULAR SYRINGE	1		AGENTES INMUNOLÓGICOS		
tofacitinib 1 mg/ml oral solution[NP]	*	QL(300 cada 30 días)	AGENTES INMUNOLÓGICOS		
tofacitinib 10 mg tablet[NP]	*	QL(60 cada 30 días)	AGENTES INMUNOLÓGICOS		
tofacitinib 5 mg tablet[NP]	*	QL(60 cada 30 días)	AGENTES INMUNOLÓGICOS		
tofacitinib er 11 mg tablet,extended release 24 hr[NP]	*	QL(30 cada 30 días)	AGENTES INMUNOLÓGICOS		
tofacitinib er 22 mg tablet,extended release 24 hr[NP]	*	QL(30 cada 30 días)	AGENTES INMUNOLÓGICOS		
TOFIDENCE 200 MG/10 ML (20 MG/ML) INTRAVENOUS SOLUTION[NP]	*		AGENTES INMUNOLÓGICOS		
TOFIDENCE 400 MG/20 ML (20 MG/ML) INTRAVENOUS SOLUTION[NP]	*		AGENTES INMUNOLÓGICOS		
TOFIDENCE 80 MG/4 ML (20 MG/ML) INTRAVENOUS SOLUTION[NP]	*		AGENTES INMUNOLÓGICOS		
TREMFYA 100 MG/ML SUBCUTANEOUS SYRINGE	1	PA,QL(2 cada 56 días)	AGENTES INMUNOLÓGICOS		
TREMFYA 200 MG/2 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE	1	PA,QL(4 cada 28 días)	AGENTES INMUNOLÓGICOS		
TREMFYA 200 MG/20 ML (10 MG/ML) INTRAVENOUS SOLUTION	1	PA,QL(120 cada 365 días)	AGENTES INMUNOLÓGICOS		
TREMFYA ONE-PRESS 100 MG/ML SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR	1	PA,QL(2 cada 56 días)	AGENTES INMUNOLÓGICOS		
TREMFYA PEN 100 MG/ML SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR	1	PA,QL(2 cada 56 días)	AGENTES INMUNOLÓGICOS		
TREMFYA PEN 200 MG/2 ML SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR	1	PA,QL(4 cada 28 días)	AGENTES INMUNOLÓGICOS		
TREMFYA PEN INDUCTION PACK (2 PENS) 200 MG/2 ML SUBCUT PEN INJECTOR	1	PA,QL(4 cada 28 días)	AGENTES INMUNOLÓGICOS		
TREXALL 10 MG TABLET	1		AGENTES INMUNOLÓGICOS		
TREXALL 15 MG TABLET	1		AGENTES INMUNOLÓGICOS		
TREXALL 5 MG TABLET	1		AGENTES INMUNOLÓGICOS		
TREXALL 7.5 MG TABLET	1		AGENTES INMUNOLÓGICOS		
TRUMENBA 120 MCG/0.5 ML INTRAMUSCULAR SYRINGE	1		AGENTES INMUNOLÓGICOS		
TRUTAKNA 150 MG/ML SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR[NP]	*	QL(4 cada 28 días)	AGENTES INMUNOLÓGICOS		
TWINRIX (PF) 720 ELISA UNIT-20 MCG/ML INTRAMUSCULAR SYRINGE	1		AGENTES INMUNOLÓGICOS		
TYENNE 162 MG/0.9 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE[NP]	*	QL(3.6 cada 28 días)	AGENTES INMUNOLÓGICOS		
TYENNE 200 MG/10 ML (20 MG/ML) INTRAVENOUS SOLUTION[NP]	*		AGENTES INMUNOLÓGICOS		

• NP – no preferido • OTC – sin receta • PA – autorización previa • QL – Límite de cantidad
• ST – Terapia por fases

Nombre del medicamento	Grupo del nivel del medica-mento	Requisitos de manejo de utilización	Nombre de la categoría terapéutica	Edad mínima	Edad máxima
TYENNE 400 MG/20 ML (20 MG/ML) INTRAVENOUS SOLUTION[NP]	*		AGENTES INMUNOLÓGICOS		
TYENNE 80 MG/4 ML (20 MG/ML) INTRAVENOUS SOLUTION[NP]	*		AGENTES INMUNOLÓGICOS		
TYENNE AUTOINJECTOR 162 MG/0.9 ML SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR[NP]	*	QL(3.6 cada 28 días)	AGENTES INMUNOLÓGICOS		
TYPHIM VI 25 MCG/0.5 ML INTRAMUSCULAR SOLUTION	1		AGENTES INMUNOLÓGICOS		
TYPHIM VI 25 MCG/0.5 ML INTRAMUSCULAR SYRINGE	1		AGENTES INMUNOLÓGICOS		
ULTOMIRIS 100 MG/ML INTRAVENOUS SOLUTION[NP]	*	QL(288 cada 365 días)	AGENTES INMUNOLÓGICOS		
USTEKINUMAB 130 MG/26 ML INTRAVENOUS SOLUTION[NP]	*	QL(104 cada 30 días)	AGENTES INMUNOLÓGICOS		
USTEKINUMAB 45 MG/0.5 ML SUBCUTANEOUS SOLUTION[NP]	*	QL(1.5 cada 84 días)	AGENTES INMUNOLÓGICOS		
USTEKINUMAB 45 MG/0.5 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE[NP]	*	QL(1.5 cada 84 días)	AGENTES INMUNOLÓGICOS		
USTEKINUMAB 90 MG/ML SUBCUTANEOUS SYRINGE[NP]	*	QL(3 cada 84 días)	AGENTES INMUNOLÓGICOS		
USTEKINUMAB-AAUZ 45 MG/0.5 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE[NP]	*	QL(1.5 cada 84 días)	AGENTES INMUNOLÓGICOS		
USTEKINUMAB-AAUZ 90 MG/ML SUBCUTANEOUS SYRINGE[NP]	*	QL(3 cada 84 días)	AGENTES INMUNOLÓGICOS		
USTEKINUMAB-AEKN 45 MG/0.5 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE[NP]	*	QL(1.5 cada 84 días)	AGENTES INMUNOLÓGICOS		
USTEKINUMAB-AEKN 90 MG/ML SUBCUTANEOUS SYRINGE[NP]	*	QL(3 cada 84 días)	AGENTES INMUNOLÓGICOS		
USTEKINUMAB-TTWE 130 MG/26 ML INTRAVENOUS SOLUTION[NP]	*	QL(104 cada 30 días)	AGENTES INMUNOLÓGICOS		
USTEKINUMAB-TTWE 45 MG/0.5 ML SUBCUTANEOUS SOLUTION[NP]	*	QL(1.5 cada 84 días)	AGENTES INMUNOLÓGICOS		
USTEKINUMAB-TTWE 45 MG/0.5 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE[NP]	*	QL(1.5 cada 84 días)	AGENTES INMUNOLÓGICOS		
USTEKINUMAB-TTWE 90 MG/ML SUBCUTANEOUS SYRINGE[NP]	*	QL(3 cada 84 días)	AGENTES INMUNOLÓGICOS		
VAQTA (PF) 25 UNIT/0.5 ML INTRAMUSCULAR SUSPENSION	1		AGENTES INMUNOLÓGICOS		
VAQTA (PF) 25 UNIT/0.5 ML INTRAMUSCULAR SYRINGE	1		AGENTES INMUNOLÓGICOS		
VAQTA (PF) 50 UNIT/ML INTRAMUSCULAR SUSPENSION	1		AGENTES INMUNOLÓGICOS		
VAQTA (PF) 50 UNIT/ML INTRAMUSCULAR SYRINGE	1		AGENTES INMUNOLÓGICOS		
VARIVAX (PF) 1,350 UNIT/0.5 ML SUBCUTANEOUS SUSPENSION	1		AGENTES INMUNOLÓGICOS		
VAXCHORA VACCINE 4X10EXP8 TO 2X10EXP9 CF UNIT ORAL SUSPENSION	1		AGENTES INMUNOLÓGICOS		
VAXELIS (PF) 15 UNIT-5 UNIT-10 MCG/0.5 ML INTRAMUSCULAR SUSPENSION	1		AGENTES INMUNOLÓGICOS		

• NP – no preferido • OTC – sin receta • PA – autorización previa • QL – Límite de cantidad
• ST – Terapia por fases

Nombre del medicamento	Grupo del nivel del medica-mento	Requisitos de manejo de utilización	Nombre de la categoría terapéutica	Edad mínima	Edad máxima
VAXELIS (PF) 15 UNIT-5 UNIT-10 MCG/0.5 ML INTRAMUSCULAR SYRINGE	1		AGENTES INMUNOLÓGICOS		
VAXNEUVANCE (PF) 0.5 ML INTRAMUSCULAR SYRINGE	1		AGENTES INMUNOLÓGICOS		
VEOPOZ 200 MG/ML INJECTION SOLUTION[NP]	*		AGENTES INMUNOLÓGICOS		
VIMKUNYA (PF) 40 MCG/0.8 ML INTRAMUSCULAR SYRINGE	1		AGENTES INMUNOLÓGICOS		
VIVOTIF 2 BILLION UNIT CAPSULE,DELAYED RELEASE	1		AGENTES INMUNOLÓGICOS		
VOYDEYA 100 MG TABLET[NP]	*	QL(180 cada 30 días)	AGENTES INMUNOLÓGICOS		
VOYDEYA 150 MG (50 MG X 1 AND 100 MG X 1) TABLET[NP]	*	QL(180 cada 30 días)	AGENTES INMUNOLÓGICOS		
VOYXACT 400 MG/2 ML (200 MG/ML) SUBCUTANEOUS SYRINGE[NP]	*	QL(2 cada 28 días)	AGENTES INMUNOLÓGICOS		
XATMEP 2.5 MG/ML ORAL SOLUTION[NP]	*	QL(120 cada 28 días)	AGENTES INMUNOLÓGICOS		
XELJANZ 1 MG/ML ORAL SOLUTION	1	PA,QL(300 cada 30 días)	AGENTES INMUNOLÓGICOS		
XELJANZ 10 MG TABLET	1	PA,QL(60 cada 30 días)	AGENTES INMUNOLÓGICOS		
XELJANZ 5 MG TABLET	1	PA,QL(60 cada 30 días)	AGENTES INMUNOLÓGICOS		
XELJANZ XR 11 MG TABLET,EXTENDED RELEASE	1	PA,QL(30 cada 30 días)	AGENTES INMUNOLÓGICOS		
XELJANZ XR 22 MG TABLET,EXTENDED RELEASE	1	PA,QL(30 cada 30 días)	AGENTES INMUNOLÓGICOS		
XOLAIR 150 MG SUBCUTANEOUS SOLUTION	1	PA,QL(8 cada 28 días)	AGENTES INMUNOLÓGICOS		
XOLAIR 150 MG/ML SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR	1	PA,QL(8 cada 28 días)	AGENTES INMUNOLÓGICOS		
XOLAIR 150 MG/ML SUBCUTANEOUS SYRINGE	1	PA,QL(8 cada 28 días)	AGENTES INMUNOLÓGICOS		
XOLAIR 300 MG/2 ML SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR	1	PA,QL(8 cada 28 días)	AGENTES INMUNOLÓGICOS		
XOLAIR 300 MG/2 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE	1	PA,QL(8 cada 28 días)	AGENTES INMUNOLÓGICOS		
XOLAIR 75 MG/0.5 ML SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR	1	PA,QL(4 cada 28 días)	AGENTES INMUNOLÓGICOS		
XOLAIR 75 MG/0.5 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE	1	PA,QL(4 cada 28 días)	AGENTES INMUNOLÓGICOS		
YARTEMLEA 370 MG/2 ML (185 MG/ML) INTRAVENOUS SOLUTION[NP]	*		AGENTES INMUNOLÓGICOS		
YESINTEK 130 MG/26 ML INTRAVENOUS SOLUTION[NP]	*	QL(104 cada 30 días)	AGENTES INMUNOLÓGICOS		
YESINTEK 45 MG/0.5 ML SUBCUTANEOUS SOLUTION[NP]	*	QL(1.5 cada 84 días)	AGENTES INMUNOLÓGICOS		
YESINTEK 45 MG/0.5 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE[NP]	*	QL(1.5 cada 84 días)	AGENTES INMUNOLÓGICOS		

• NP – no preferido • OTC – sin receta • PA – autorización previa • QL – Límite de cantidad
• ST – Terapia por fases

Nombre del medicamento	Grupo del nivel del medica-mento	Requisitos de manejo de utilización	Nombre de la categoría terapéutica	Edad mínima	Edad máxima
YESINTEK 90 MG/ML SUBCUTANEOUS SYRINGE[NP]	*	QL(3 cada 84 días)	AGENTES INMUNOLÓGICOS		
YF-VAX (PF) 10 EXP4.74 UNIT/0.5 ML SUBCUTANEOUS SUSPENSION	1		AGENTES INMUNOLÓGICOS		
YUFLYMA(CF) 20 MG/0.2 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT[NP]	*	QL(6 cada 28 días)	AGENTES INMUNOLÓGICOS		
YUFLYMA(CF) 40 MG/0.4 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT[NP]	*	QL(6 cada 28 días)	AGENTES INMUNOLÓGICOS		
YUFLYMA(CF) AUTOINJECTOR 40 MG/0.4 ML SUBCUTANEOUS KIT[NP]	*	QL(6 cada 28 días)	AGENTES INMUNOLÓGICOS		
YUFLYMA(CF) AUTOINJECTOR 80 MG/0.8 ML SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR KIT[NP]	*	QL(6 cada 28 días)	AGENTES INMUNOLÓGICOS		
YUFLYMA(CF) AUTOINJECTOR CROHN'S-UC-HS STARTER 80 MG/0.8 ML SUBCUT KIT[NP]	*	QL(6 cada 28 días)	AGENTES INMUNOLÓGICOS		
YUSIMRY(CF) PEN 40 MG/0.8 ML SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR[NP]	*	QL(4.8 cada 28 días)	AGENTES INMUNOLÓGICOS		
ZILBRYSQ 16.6 MG/0.416 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE[NP]	*		AGENTES INMUNOLÓGICOS		
ZILBRYSQ 23 MG/0.574 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE[NP]	*		AGENTES INMUNOLÓGICOS		
ZILBRYSQ 32.4 MG/0.81 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE[NP]	*		AGENTES INMUNOLÓGICOS		
ZORTRESS 0.25 MG TABLET[NP]	*	QL(60 cada 30 días)	AGENTES INMUNOLÓGICOS		
ZORTRESS 0.5 MG TABLET[NP]	*	QL(120 cada 30 días)	AGENTES INMUNOLÓGICOS		
ZORTRESS 0.75 MG TABLET[NP]	*	QL(60 cada 30 días)	AGENTES INMUNOLÓGICOS		
ZORTRESS 1 MG TABLET[NP]	*	QL(60 cada 30 días)	AGENTES INMUNOLÓGICOS		
ZYMFENTRA 120 MG/ML SUBCUTANEOUS PEN KIT[NP]	*	QL(2 cada 28 días)	AGENTES INMUNOLÓGICOS		
ZYMFENTRA 120 MG/ML SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT[NP]	*	QL(2 cada 28 días)	AGENTES INMUNOLÓGICOS		
ACULAR 0.5 % EYE DROPS[NP]	*	QL(10 cada 30 días)	AGENTES OFTÁLMICOS		
ACULAR LS 0.4 % EYE DROPS[NP]	*	QL(10 cada 30 días)	AGENTES OFTÁLMICOS		
ACUVAIL (PF) 0.45 % EYE DROPS IN A DROPPERETTE[NP]	*		AGENTES OFTÁLMICOS		
AKTEN (PF) 3.5 % EYE GEL[NP]	*		AGENTES OFTÁLMICOS		
ALCAINE 0.5 % EYE DROPS[NP]	*		AGENTES OFTÁLMICOS		
ALPHAGAN P 0.1 % EYE DROPS	1	QL(10 cada 30 días)	AGENTES OFTÁLMICOS		
ALPHAGAN P 0.15 % EYE DROPS	1	QL(10 cada 30 días)	AGENTES OFTÁLMICOS		
ALREX 0.2 % EYE DROPS,SUSPENSION	1		AGENTES OFTÁLMICOS		
apraclonidine 0.5 % eye drops[NP]	*		AGENTES OFTÁLMICOS		
atropine 1 % eye drops	1		AGENTES OFTÁLMICOS		

• NP – no preferido • OTC – sin receta • PA – autorización previa • QL – Límite de cantidad
• ST – Terapia por fases

Nombre del medicamento	Grupo del nivel del medica-mento	Requisitos de manejo de utilización	Nombre de la categoría terapéutica	Edad mínima	Edad máxima
atropine 1 % eye ointment	1		AGENTES OFTÁLMICOS		
ATROPINE SULFATE (PF) 1 % EYE DROPS IN A DROPPERETTE	1		AGENTES OFTÁLMICOS		
AZASITE 1 % EYE DROPS[NP]	*	QL(2.5 cada 25 días)	AGENTES OFTÁLMICOS		
azelastine 0.05 % eye drops	1		AGENTES OFTÁLMICOS		
AZOPT 1 % EYE DROPS,SUSPENSION[NP]	*	QL(10 cada 28 días)	AGENTES OFTÁLMICOS		
bacitracin 500 unit/gram eye ointment	1		AGENTES OFTÁLMICOS		
bacitracin-polymyxin b 500 unit-10,000 unit/gram eye ointment	1		AGENTES OFTÁLMICOS		
bepotastine besilate 1.5 % eye drops[NP]	*	QL(5 cada 25 días)	AGENTES OFTÁLMICOS		
BEPREVE 1.5 % EYE DROPS[NP]	*	QL(5 cada 25 días)	AGENTES OFTÁLMICOS		
besifloxacin 0.6 % eye drops,suspension[NP]	*		AGENTES OFTÁLMICOS		
BESIVANCE 0.6 % EYE DROPS,SUSPENSION[NP]	*		AGENTES OFTÁLMICOS		
BETADINE OPHTHALMIC PREP 5 % SOLUTION[NP]	*		AGENTES OFTÁLMICOS		
betaxolol 0.5 % eye drops	1		AGENTES OFTÁLMICOS		
BETIMOL 0.5 % EYE DROPS[NP]	*		AGENTES OFTÁLMICOS		
BETOPTIC S 0.25 % EYE DROPS,SUSPENSION[NP]	*		AGENTES OFTÁLMICOS		
bimatoprost 0.01 % eye drops[NP]	*	QL(2.5 cada 25 días)	AGENTES OFTÁLMICOS		
bimatoprost 0.03 % eye drops[NP]	*	QL(2.5 cada 25 días)	AGENTES OFTÁLMICOS		
brimonidine 0.1 % eye drops	1	QL(10 cada 30 días)	AGENTES OFTÁLMICOS		
brimonidine 0.15 % eye drops	1	QL(10 cada 30 días)	AGENTES OFTÁLMICOS		
brimonidine 0.2 % eye drops	1	QL(10 cada 30 días)	AGENTES OFTÁLMICOS		
brimonidine 0.2 %-timolol 0.5 % eye drops[NP]	*	QL(5 cada 25 días)	AGENTES OFTÁLMICOS		
brinzolamide 1 % eye drops,suspension[NP]	*	QL(10 cada 28 días)	AGENTES OFTÁLMICOS		
bromfenac 0.07 % eye drops[NP]	*	QL(3 cada 30 días)	AGENTES OFTÁLMICOS		
bromfenac 0.075 % eye drops[NP]	*	QL(5 cada 30 días)	AGENTES OFTÁLMICOS		
bromfenac 0.09 % eye drops[NP]	*	QL(1.7 cada 30 días)	AGENTES OFTÁLMICOS		
BROMSITE 0.075 % EYE DROPS[NP]	*	QL(5 cada 30 días)	AGENTES OFTÁLMICOS		
BYQLOVI 0.05 % EYE DROPS,SUSPENSION[NP]	*		AGENTES OFTÁLMICOS		
carteolol 1 % eye drops	1		AGENTES OFTÁLMICOS		

• NP – no preferido • OTC – sin receta • PA – autorización previa • QL – Límite de cantidad
• ST – Terapia por fases

Nombre del medicamento	Grupo del nivel del medica-mento	Requisitos de manejo de utilización	Nombre de la categoría terapéutica	Edad mínima	Edad máxima
CEQUA 0.09 % EYE DROPS IN A DROPPERETTE[NP]	*	QL(60 cada 30 días)	AGENTES OFTÁLMICOS		
CILOXAN 0.3 % EYE OINTMENT	1		AGENTES OFTÁLMICOS		
ciprofloxacin 0.3 % eye drops	1		AGENTES OFTÁLMICOS		
COMBIGAN 0.2 %-0.5 % EYE DROPS[NP]	*	QL(5 cada 25 días)	AGENTES OFTÁLMICOS		
COSOPT (PF) 2 %-0.5 % EYE DROPS IN A DROPPERETTE[NP]	*	QL(60 cada 30 días)	AGENTES OFTÁLMICOS		
COSOPT 22.3 MG-6.8 MG/ML EYE DROPS[NP]	*	QL(10 cada 30 días)	AGENTES OFTÁLMICOS		
cromolyn 4 % eye drops	1		AGENTES OFTÁLMICOS		
CYCLOGYL 0.5 % EYE DROPS[NP]	*		AGENTES OFTÁLMICOS		
CYCLOGYL 1 % EYE DROPS[NP]	*		AGENTES OFTÁLMICOS		
CYCLOGYL 2 % EYE DROPS[NP]	*		AGENTES OFTÁLMICOS		
CYCLOMYDRIL 0.2 %-1 % EYE DROPS	1		AGENTES OFTÁLMICOS		
cyclopentolate 1 % eye drops	1		AGENTES OFTÁLMICOS		
cyclosporine 0.05 % eye drops in a dropperette[NP]	*	QL(60 cada 30 días)	AGENTES OFTÁLMICOS		
CYSTADROPS 0.37 % EYE DROPS[NP]	*	QL(20 cada 28 días)	AGENTES OFTÁLMICOS		
CYSTARAN 0.44 % EYE DROPS[NP]	*	QL(60 cada 28 días)	AGENTES OFTÁLMICOS		
dexamethasone sodium phosphate 0.1 % eye drops	1		AGENTES OFTÁLMICOS		
DEXTENZA 0.4 MG INTRACANALICULAR INSERT[NP]	*	QL(1 cada 30 días)	AGENTES OFTÁLMICOS		
diclofenac 0.1 % eye drops	1	QL(5 cada 30 días)	AGENTES OFTÁLMICOS		
difluprednate 0.05 % eye drops[NP]	*		AGENTES OFTÁLMICOS		
dorzolamide 2 % eye drops	1	QL(10 cada 30 días)	AGENTES OFTÁLMICOS		
dorzolamide 22.3 mg-timolol 6.8 mg/ml eye drops	1	QL(10 cada 30 días)	AGENTES OFTÁLMICOS		
dorzolamide-timolol (pf) 2 %-0.5 % eye drops in a dropperette[NP]	*	QL(60 cada 30 días)	AGENTES OFTÁLMICOS		
DUREZOL 0.05 % EYE DROPS[NP]	*		AGENTES OFTÁLMICOS		
epinastine 0.05 % eye drops[NP]	*	QL(5 cada 25 días)	AGENTES OFTÁLMICOS		
erythromycin 5 mg/gram (0.5 %) eye ointment	1	QL(3.5 cada 28 días)	AGENTES OFTÁLMICOS		
EYSUVIS 0.25 % EYE DROPS,SUSPENSION[NP]	*	QL(16.6 cada 30 días)	AGENTES OFTÁLMICOS		
FLAREX 0.1 % EYE DROPS,SUSPENSION	1		AGENTES OFTÁLMICOS		1
FLUORESCEIN 0.3 %-BENOXINATE 0.4 % EYE DROPS[NP]	*		AGENTES OFTÁLMICOS		
fluorometholone 0.1 % eye drops,suspension	1		AGENTES OFTÁLMICOS		
flurbiprofen 0.03 % eye drops	1		AGENTES OFTÁLMICOS		
FML FORTE 0.25 % EYE DROPS,SUSPENSION	1		AGENTES OFTÁLMICOS		

• NP – no preferido • OTC – sin receta • PA – autorización previa • QL – Límite de cantidad
• ST – Terapia por fases

Nombre del medicamento	Grupo del nivel del medica-mento	Requisitos de manejo de utilización	Nombre de la categoría terapéutica	Edad mínima	Edad máxima
FML LIQUIFILM 0.1 % EYE DROPS,SUSPENSION[NP]	*		AGENTES OFTÁLMICOS		
gatifloxacin 0.5 % eye drops[NP]	*	QL(2.5 cada 25 días)	AGENTES OFTÁLMICOS		
gentamicin 0.3 % eye drops	1		AGENTES OFTÁLMICOS		
IHEEZO (PF) 3 % EYE GEL IN A DROPPERETTE[NP]	*		AGENTES OFTÁLMICOS		
ILEVRO 0.3 % EYE DROPS,SUSPENSION[NP]	*		AGENTES OFTÁLMICOS		
INVELTYS 1 % EYE DROPS,SUSPENSION[NP]	*		AGENTES OFTÁLMICOS		
IOPIDINE 1 % EYE DROPS IN A DROPPERETTE[NP]	*		AGENTES OFTÁLMICOS		
ISTALOL 0.5 % EYE DROPS[NP]	*		AGENTES OFTÁLMICOS		
IYUZEH (PF) 0.005 % EYE DROPS IN A DROPPERETTE[NP]	*	QL(30 cada 30 días)	AGENTES OFTÁLMICOS		
ketorolac 0.4 % eye drops	1	QL(10 cada 30 días)	AGENTES OFTÁLMICOS		
ketorolac 0.5 % eye drops	1	QL(10 cada 30 días)	AGENTES OFTÁLMICOS		
latanoprost 0.005 % eye drops	1	QL(5 cada 25 días)	AGENTES OFTÁLMICOS		
levobunolol 0.5 % eye drops	1	QL(5 cada 25 días)	AGENTES OFTÁLMICOS		
levofloxacin 0.5 % eye drops	1		AGENTES OFTÁLMICOS		
LOTEMAX 0.5 % EYE DROPS,SUSPENSION[NP]	*		AGENTES OFTÁLMICOS		
LOTEMAX 0.5 % EYE GEL DROPS[NP]	*		AGENTES OFTÁLMICOS		
LOTEMAX 0.5 % EYE OINTMENT[NP]	*		AGENTES OFTÁLMICOS		
LOTEMAX SM 0.38 % EYE GEL DROPS[NP]	*		AGENTES OFTÁLMICOS		
loteprednol etabonate 0.2 % eye drops,suspension	1		AGENTES OFTÁLMICOS		
loteprednol etabonate 0.5 % eye drops,suspension	1		AGENTES OFTÁLMICOS		
loteprednol etabonate 0.5 % eye gel drops[NP]	*		AGENTES OFTÁLMICOS		
LUMIGAN 0.01 % EYE DROPS[NP]	*	QL(2.5 cada 25 días)	AGENTES OFTÁLMICOS		
MAXIDEX 0.1 % EYE DROPS,SUSPENSION	1		AGENTES OFTÁLMICOS		
MAXITROL 3.5 MG/G-10,000 UNIT/G-0.1 % EYE OINTMENT[NP]	*		AGENTES OFTÁLMICOS		
MAXITROL 3.5 MG/ML-10,000 UNIT/ML-0.1% EYE DROPS,SUSPENSION[NP]	*		AGENTES OFTÁLMICOS		
methazolamide 25 mg tablet	1		AGENTES OFTÁLMICOS		
methazolamide 50 mg tablet	1		AGENTES OFTÁLMICOS		
MITOSOL 0.2 MG OPHTHALMIC KIT[NP]	*		AGENTES OFTÁLMICOS		
moxifloxacin 0.5 % eye drops[NP]	*		AGENTES OFTÁLMICOS		
MYDRIACYL 1 % EYE DROPS[NP]	*		AGENTES OFTÁLMICOS		
NATACYN 5 % EYE DROPS,SUSPENSION[NP]	*		AGENTES OFTÁLMICOS		
neomycin 1.75 mg-polymyxin 10,000 unit-gramicidin 0.025mg/ml eye drops	1		AGENTES OFTÁLMICOS		

• NP – no preferido • OTC – sin receta • PA – autorización previa • QL – Límite de cantidad
• ST – Terapia por fases

Nombre del medicamento	Grupo del nivel del medica-mento	Requisitos de manejo de utilización	Nombre de la categoría terapéutica	Edad mínima	Edad máxima
neomycin 3.5 mg-polymyxin 10,000 unit-hydrocort 10 mg/ml eye drop,susp	1		AGENTES OFTÁLMICOS		
neomycin 3.5 mg/g-polymyxin b 10,000 unit/g-dexameth 0.1 % eye oint	1		AGENTES OFTÁLMICOS		
neomycin-bacitracin-poly-hc 3.5 mg-400-10,000 unit/g-1 % eye ointment	1		AGENTES OFTÁLMICOS		
neomycin-bacitracin-polymyxn 3.5 mg-400 unit-10,000 unit/gram eye oint	1		AGENTES OFTÁLMICOS		
neomycin-polymyxin-dexameth 3.5 mg/ml-10,000 unit/ml-0.1% eye drops	1		AGENTES OFTÁLMICOS		
NEVANAC 0.1 % EYE DROPS,SUSPENSION[NP]	*		AGENTES OFTÁLMICOS		
OCUFLOX 0.3 % EYE DROPS[NP]	*		AGENTES OFTÁLMICOS		
ofloxacin 0.3 % eye drops	1		AGENTES OFTÁLMICOS		
olopatadine 0.1 % eye drops[NP]	*		AGENTES OFTÁLMICOS		
olopatadine 0.1 % eye drops[NP]	*		AGENTES OFTÁLMICOS		
OXERVATE 0.002 % EYE DROPS[NP]	*	QL(112 cada 365 días)	AGENTES OFTÁLMICOS		
PHENYLEPHRINE 10 % EYE DROPS[NP]	*		AGENTES OFTÁLMICOS		
phenylephrine 2.5 % eye drops[NP]	*		AGENTES OFTÁLMICOS		
pilocarpine 1 % eye drops	1		AGENTES OFTÁLMICOS		
pilocarpine 1.25 % eye drops	1		AGENTES OFTÁLMICOS		
pilocarpine 2 % eye drops	1		AGENTES OFTÁLMICOS		
pilocarpine 4 % eye drops	1		AGENTES OFTÁLMICOS		
polymyxin b sulfate 10,000 unit-trimethoprim 1 mg/ml eye drops	1		AGENTES OFTÁLMICOS		
PRED FORTE 1 % EYE DROPS,SUSPENSION[NP]	*		AGENTES OFTÁLMICOS		
PRED MILD 0.12 % EYE DROPS,SUSPENSION	1		AGENTES OFTÁLMICOS		
prednisolone acetate 1 % eye drops,suspension	1		AGENTES OFTÁLMICOS		
prednisolone sodium phosphate 1 % eye drops	1		AGENTES OFTÁLMICOS		
PROLENSA 0.07 % EYE DROPS[NP]	*	QL(3 cada 30 días)	AGENTES OFTÁLMICOS		
proparacaine 0.5 % eye drops[NP]	*		AGENTES OFTÁLMICOS		
RESTASIS 0.05 % EYE DROPS IN A DROPPERETTE[NP]	*	QL(60 cada 30 días)	AGENTES OFTÁLMICOS		
RESTASIS MULTIDOSE 0.05 % EYE DROPS[NP]	*	QL(5.5 cada 25 días)	AGENTES OFTÁLMICOS		
RHOPRESSA 0.02 % EYE DROPS[NP]	*	QL(2.5 cada 25 días)	AGENTES OFTÁLMICOS		
ROCKLATAN 0.02 %-0.005 % EYE DROPS[NP]	*	QL(2.5 cada 25 días)	AGENTES OFTÁLMICOS		
SIMBRINZA 1 %-0.2 % EYE DROPS,SUSPENSION[NP]	*	QL(16 cada 30 días)	AGENTES OFTÁLMICOS		
sulfacetamide sodium 10 % eye drops	1		AGENTES OFTÁLMICOS		
sulfacetamide-prednisolone 10 %-0.23 % (0.25 %) eye drops[NP]	*		AGENTES OFTÁLMICOS		

• NP – no preferido • OTC – sin receta • PA – autorización previa • QL – Límite de cantidad
• ST – Terapia por fases

Nombre del medicamento	Grupo del nivel del medica-mento	Requisitos de manejo de utilización	Nombre de la categoría terapéutica	Edad mínima	Edad máxima
tafluprost (pf) 0.0015 % eye drops in a dropperette[NP]	*	QL(30 cada 30 días)	AGENTES OFTÁLMICOS		
tetracaine 0.5 % eye drops[NP]	*		AGENTES OFTÁLMICOS		
tetracaine hcl (pf) 0.5 % eye drops[NP]	*		AGENTES OFTÁLMICOS		
timolol 0.5 % eye drops[NP]	*		AGENTES OFTÁLMICOS		
timolol maleate (pf) 0.25 % eye drops in a dropperette[NP]	*		AGENTES OFTÁLMICOS		
timolol maleate (pf) 0.5 % eye drops in a dropperette[NP]	*		AGENTES OFTÁLMICOS		
timolol maleate 0.25 % eye drops	1	QL(25 cada 90 días)	AGENTES OFTÁLMICOS		
timolol maleate 0.25 % eye gel forming solution	1		AGENTES OFTÁLMICOS		
timolol maleate 0.5 % eye drops	1	QL(25 cada 90 días)	AGENTES OFTÁLMICOS		
timolol maleate 0.5 % eye gel forming solution	1	QL(5 cada 50 días)	AGENTES OFTÁLMICOS		
timolol maleate 0.5 % once daily eye drops	1		AGENTES OFTÁLMICOS		
TIMOPTIC OCUDOSE (PF) 0.25 % EYE DROPS IN A DROPPERETTE[NP]	*		AGENTES OFTÁLMICOS		
TIMOPTIC OCUDOSE (PF) 0.5 % EYE DROPS IN A DROPPERETTE[NP]	*		AGENTES OFTÁLMICOS		
TOBRADEX 0.3 %-0.1 % EYE OINTMENT[NP]	*		AGENTES OFTÁLMICOS		
TOBRADEX ST 0.3 %-0.05 % EYE DROPS,SUSPENSION[NP]	*		AGENTES OFTÁLMICOS		
tobramycin 0.3 % eye drops	1		AGENTES OFTÁLMICOS		
tobramycin 0.3 %-dexamethasone 0.1 % eye drops,suspension	1		AGENTES OFTÁLMICOS		
tobramycin 0.3 %-lotepred 0.5 % eye drops,suspension[NP]	*		AGENTES OFTÁLMICOS		
TOBREX 0.3 % EYE OINTMENT	1		AGENTES OFTÁLMICOS		
TRAVATAN Z 0.004 % EYE DROPS[NP]	*	QL(2.5 cada 25 días)	AGENTES OFTÁLMICOS		
travoprost 0.004 % eye drops[NP]	*	QL(2.5 cada 25 días)	AGENTES OFTÁLMICOS		
trifluridine 1 % eye drops	1		AGENTES OFTÁLMICOS		
tropicamide 0.5 % eye drops	1		AGENTES OFTÁLMICOS		
tropicamide 1 % eye drops	1		AGENTES OFTÁLMICOS		
VERKAZIA 0.1 % EYE DROPS IN A DROPPERETTE[NP]	*	QL(120 cada 30 días)	AGENTES OFTÁLMICOS		
VEVYE 0.1 % EYE DROPS[NP]	*	QL(2 cada 30 días)	AGENTES OFTÁLMICOS		
VIGAMOX 0.5 % EYE DROPS[NP]	*		AGENTES OFTÁLMICOS		
VUITY 1.25 % EYE DROPS[NP]	*		AGENTES OFTÁLMICOS		
VYZULTA 0.024 % EYE DROPS[NP]	*	QL(5 cada 30 días)	AGENTES OFTÁLMICOS		
XALATAN 0.005 % EYE DROPS[NP]	*	QL(5 cada 25 días)	AGENTES OFTÁLMICOS		

• NP – no preferido • OTC – sin receta • PA – autorización previa • QL – Límite de cantidad
• ST – Terapia por fases

Nombre del medicamento	Grupo del nivel del medica-mento	Requisitos de manejo de utilización	Nombre de la categoría terapéutica	Edad mínima	Edad máxima
XIIDRA 5 % EYE DROPS IN A DROPPERETTE[NP]	*	QL(60 cada 30 días)	AGENTES OFTÁLMICOS		
ZERVIATE 0.24 % EYE DROPS IN A DROPPERETTE[NP]	*	QL(60 cada 30 días)	AGENTES OFTÁLMICOS		
ZIOPTAN (PF) 0.0015 % EYE DROPS IN A DROPPERETTE[NP]	*	QL(30 cada 30 días)	AGENTES OFTÁLMICOS		
ZOLYMBUS 0.01 % EYE GEL IN A DROPPERETTE[NP]	*	QL(30 cada 30 días)	AGENTES OFTÁLMICOS		
ZYLET 0.3 %-0.5 % EYE DROPS,SUSPENSION[NP]	*		AGENTES OFTÁLMICOS		
lithium carbonate 150 mg capsule	1		AGENTES PARA TRASTORNOS BIPOLARES		
lithium carbonate 300 mg capsule	1		AGENTES PARA TRASTORNOS BIPOLARES		
lithium carbonate 300 mg tablet	1		AGENTES PARA TRASTORNOS BIPOLARES		
lithium carbonate 600 mg capsule	1		AGENTES PARA TRASTORNOS BIPOLARES		
lithium carbonate er 300 mg tablet,extended release	1		AGENTES PARA TRASTORNOS BIPOLARES		
lithium carbonate er 450 mg tablet,extended release	1		AGENTES PARA TRASTORNOS BIPOLARES		
lithium citrate 8 meq/5 ml oral solution	1		AGENTES PARA TRASTORNOS BIPOLARES		
LITHOBID 300 MG TABLET,EXTENDED RELEASE[NP]	*		AGENTES PARA TRASTORNOS BIPOLARES		
AMBIEN 10 MG TABLET[NP]	*	QL(30 cada 30 días)	AGENTES PARA TRASTORNOS DEL SUEÑO		
AMBIEN 5 MG TABLET[NP]	*	QL(30 cada 30 días)	AGENTES PARA TRASTORNOS DEL SUEÑO		
AMBIEN CR 12.5 MG TABLET,EXTENDED RELEASE[NP]	*	QL(30 cada 30 días)	AGENTES PARA TRASTORNOS DEL SUEÑO		
AMBIEN CR 6.25 MG TABLET,EXTENDED RELEASE[NP]	*	QL(30 cada 30 días)	AGENTES PARA TRASTORNOS DEL SUEÑO		
armodafinil 150 mg tablet[NP]	*	QL(30 cada 30 días)	AGENTES PARA TRASTORNOS DEL SUEÑO		
armodafinil 200 mg tablet[NP]	*	QL(30 cada 30 días)	AGENTES PARA TRASTORNOS DEL SUEÑO		
armodafinil 250 mg tablet[NP]	*	QL(30 cada 30 días)	AGENTES PARA TRASTORNOS DEL SUEÑO		
armodafinil 50 mg tablet[NP]	*	QL(60 cada 30 días)	AGENTES PARA TRASTORNOS DEL SUEÑO		
BELSOMRA 10 MG TABLET[NP]	*	QL(30 cada 30 días)	AGENTES PARA TRASTORNOS DEL SUEÑO		
BELSOMRA 15 MG TABLET[NP]	*	QL(30 cada 30 días)	AGENTES PARA TRASTORNOS DEL SUEÑO		
BELSOMRA 20 MG TABLET[NP]	*	QL(30 cada 30 días)	AGENTES PARA TRASTORNOS DEL SUEÑO		
BELSOMRA 5 MG TABLET[NP]	*	QL(30 cada 30 días)	AGENTES PARA TRASTORNOS DEL SUEÑO		

• NP – no preferido • OTC – sin receta • PA – autorización previa • QL – Límite de cantidad
• ST – Terapia por fases

Nombre del medicamento	Grupo del nivel del medica-mento	Requisitos de manejo de utilización	Nombre de la categoría terapéutica	Edad mínima	Edad máxima
DAYVIGO 10 MG TABLET[NP]	*	QL(30 cada 30 días)	AGENTES PARA TRASTORNOS DEL SUEÑO		
DAYVIGO 5 MG TABLET[NP]	*	QL(30 cada 30 días)	AGENTES PARA TRASTORNOS DEL SUEÑO		
DORAL 15 MG TABLET[NP]	*	QL(30 cada 30 días)	AGENTES PARA TRASTORNOS DEL SUEÑO		
doxepin 3 mg tablet[NP]	*	QL(30 cada 30 días)	AGENTES PARA TRASTORNOS DEL SUEÑO		
doxepin 6 mg tablet[NP]	*	QL(30 cada 30 días)	AGENTES PARA TRASTORNOS DEL SUEÑO		
EDLUAR 10 MG SUBLINGUAL TABLET[NP]	*	QL(30 cada 30 días)	AGENTES PARA TRASTORNOS DEL SUEÑO		
EDLUAR 5 MG SUBLINGUAL TABLET[NP]	*	QL(30 cada 30 días)	AGENTES PARA TRASTORNOS DEL SUEÑO		
estazolam 1 mg tablet	1	QL(30 cada 30 días)	AGENTES PARA TRASTORNOS DEL SUEÑO		
estazolam 2 mg tablet	1	QL(30 cada 30 días)	AGENTES PARA TRASTORNOS DEL SUEÑO		
eszopiclone 1 mg tablet[NP]	*	QL(30 cada 30 días)	AGENTES PARA TRASTORNOS DEL SUEÑO		
eszopiclone 2 mg tablet[NP]	*	QL(30 cada 30 días)	AGENTES PARA TRASTORNOS DEL SUEÑO		
eszopiclone 3 mg tablet[NP]	*	QL(30 cada 30 días)	AGENTES PARA TRASTORNOS DEL SUEÑO		
flurazepam 15 mg capsule[NP]	*	QL(60 cada 30 días)	AGENTES PARA TRASTORNOS DEL SUEÑO		
flurazepam 30 mg capsule[NP]	*	QL(30 cada 30 días)	AGENTES PARA TRASTORNOS DEL SUEÑO		
HETLIOZ 20 MG CAPSULE[NP]	*	QL(30 cada 30 días)	AGENTES PARA TRASTORNOS DEL SUEÑO		
HETLIOZ LQ 4 MG/ML ORAL SUSPENSION[NP]	*	QL(158 cada 30 días)	AGENTES PARA TRASTORNOS DEL SUEÑO		
modafinil 100 mg tablet	1	QL(60 cada 30 días)	AGENTES PARA TRASTORNOS DEL SUEÑO		
modafinil 200 mg tablet	1	QL(60 cada 30 días)	AGENTES PARA TRASTORNOS DEL SUEÑO		
NUVIGIL 150 MG TABLET[NP]	*	QL(30 cada 30 días)	AGENTES PARA TRASTORNOS DEL SUEÑO		
NUVIGIL 200 MG TABLET[NP]	*	QL(30 cada 30 días)	AGENTES PARA TRASTORNOS DEL SUEÑO		
NUVIGIL 250 MG TABLET[NP]	*	QL(30 cada 30 días)	AGENTES PARA TRASTORNOS DEL SUEÑO		
NUVIGIL 50 MG TABLET[NP]	*	QL(60 cada 30 días)	AGENTES PARA TRASTORNOS DEL SUEÑO		
PROVIGIL 100 MG TABLET[NP]	*	QL(60 cada 30 días)	AGENTES PARA TRASTORNOS DEL SUEÑO		
PROVIGIL 200 MG TABLET[NP]	*	QL(60 cada 30 días)	AGENTES PARA TRASTORNOS DEL SUEÑO		
quazepam 15 mg tablet	1	QL(30 cada 30 días)	AGENTES PARA TRASTORNOS DEL SUEÑO		

• NP – no preferido • OTC – sin receta • PA – autorización previa • QL – Límite de cantidad
• ST – Terapia por fases

Nombre del medicamento	Grupo del nivel del medica-mento	Requisitos de manejo de utilización	Nombre de la categoría terapéutica	Edad mínima	Edad máxima
QUVIVIQ 25 MG TABLET[NP]	*	QL(30 cada 30 días)	AGENTES PARA TRASTORNOS DEL SUEÑO		
QUVIVIQ 50 MG TABLET[NP]	*	QL(30 cada 30 días)	AGENTES PARA TRASTORNOS DEL SUEÑO		
ramelteon 8 mg tablet[NP]	*	QL(30 cada 30 días)	AGENTES PARA TRASTORNOS DEL SUEÑO		
RESTORIL 15 MG CAPSULE[NP]	*	QL(30 cada 30 días)	AGENTES PARA TRASTORNOS DEL SUEÑO		
RESTORIL 22.5 MG CAPSULE[NP]	*	QL(30 cada 30 días)	AGENTES PARA TRASTORNOS DEL SUEÑO		
RESTORIL 30 MG CAPSULE[NP]	*	QL(30 cada 30 días)	AGENTES PARA TRASTORNOS DEL SUEÑO		
RESTORIL 7.5 MG CAPSULE[NP]	*	QL(30 cada 30 días)	AGENTES PARA TRASTORNOS DEL SUEÑO		
ROZEREM 8 MG TABLET[NP]	*	QL(30 cada 30 días)	AGENTES PARA TRASTORNOS DEL SUEÑO		
sodium oxybate 500 mg/ml oral solution[NP]	*	QL(540 cada 30 días)	AGENTES PARA TRASTORNOS DEL SUEÑO		
SUNOSI 150 MG TABLET[NP]	*	QL(30 cada 30 días)	AGENTES PARA TRASTORNOS DEL SUEÑO		
SUNOSI 75 MG TABLET[NP]	*	QL(30 cada 30 días)	AGENTES PARA TRASTORNOS DEL SUEÑO		
tasimelteon 20 mg capsule[NP]	*	QL(30 cada 30 días)	AGENTES PARA TRASTORNOS DEL SUEÑO		
temazepam 15 mg capsule	1	QL(30 cada 30 días)	AGENTES PARA TRASTORNOS DEL SUEÑO		
temazepam 22.5 mg capsule	1	QL(30 cada 30 días)	AGENTES PARA TRASTORNOS DEL SUEÑO		
temazepam 30 mg capsule	1	QL(30 cada 30 días)	AGENTES PARA TRASTORNOS DEL SUEÑO		
temazepam 7.5 mg capsule	1	QL(30 cada 30 días)	AGENTES PARA TRASTORNOS DEL SUEÑO		
triazolam 0.125 mg tablet	1	QL(30 cada 30 días)	AGENTES PARA TRASTORNOS DEL SUEÑO		
triazolam 0.25 mg tablet	1	QL(30 cada 30 días)	AGENTES PARA TRASTORNOS DEL SUEÑO		
WAKIX 17.8 MG TABLET[NP]	*	QL(60 cada 30 días)	AGENTES PARA TRASTORNOS DEL SUEÑO		
WAKIX 4.45 MG TABLET[NP]	*	QL(60 cada 30 días)	AGENTES PARA TRASTORNOS DEL SUEÑO		
XYREM 500 MG/ML ORAL SOLUTION[NP]	*	QL(540 cada 30 días)	AGENTES PARA TRASTORNOS DEL SUEÑO		
XYWAV 0.5 GRAM/ML ORAL SOLUTION[NP]	*	QL(540 cada 30 días)	AGENTES PARA TRASTORNOS DEL SUEÑO		
zaleplon 10 mg capsule[NP]	*	QL(30 cada 30 días)	AGENTES PARA TRASTORNOS DEL SUEÑO		
zaleplon 5 mg capsule[NP]	*	QL(30 cada 30 días)	AGENTES PARA TRASTORNOS DEL SUEÑO		
zolpidem 1.75 mg sublingual tablet[NP]	*	QL(30 cada 30 días)	AGENTES PARA TRASTORNOS DEL SUEÑO		

• NP – no preferido • OTC – sin receta • PA – autorización previa • QL – Límite de cantidad
• ST – Terapia por fases

Nombre del medicamento	Grupo del nivel del medica-mento	Requisitos de manejo de utilización	Nombre de la categoría terapéutica	Edad mínima	Edad máxima
zolpidem 10 mg tablet	1	QL(30 cada 30 dÍas)	AGENTES PARA TRASTORNOS DEL SUEÑO		
zolpidem 3.5 mg sublingual tablet[NP]	*	QL(30 cada 30 dÍas)	AGENTES PARA TRASTORNOS DEL SUEÑO		
zolpidem 5 mg tablet	1	QL(30 cada 30 dÍas)	AGENTES PARA TRASTORNOS DEL SUEÑO		
ZOLPIDEM 7.5 MG CAPSULE[NP]	*	QL(30 cada 30 dÍas)	AGENTES PARA TRASTORNOS DEL SUEÑO		
zolpidem er 12.5 mg tablet,extended release,multiphase[NP]	*	QL(30 cada 30 dÍas)	AGENTES PARA TRASTORNOS DEL SUEÑO		
zolpidem er 6.25 mg tablet,extended release,multiphase[NP]	*	QL(30 cada 30 dÍas)	AGENTES PARA TRASTORNOS DEL SUEÑO		
1ST TIER UNIFINE PENTIPS 29 GAUGE X 1/2" NEEDLE[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
1ST TIER UNIFINE PENTIPS 31 GAUGE X 1/4" NEEDLE[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
1ST TIER UNIFINE PENTIPS 31 GAUGE X 3/16" NEEDLE[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
1ST TIER UNIFINE PENTIPS 31 GAUGE X 5/16" NEEDLE[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
1ST TIER UNIFINE PENTIPS 32 GAUGE X 5/32" NEEDLE[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
1ST TIER UNIFINE PENTIPS PLUS 29 GAUGE X 1/2" NEEDLE[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
1ST TIER UNIFINE PENTIPS PLUS 31 GAUGE X 1/4" NEEDLE[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
1ST TIER UNIFINE PENTIPS PLUS 31 GAUGE X 3/16" NEEDLE[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
1ST TIER UNIFINE PENTIPS PLUS 31 GAUGE X 5/16" NEEDLE[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
1ST TIER UNIFINE PENTIPS PLUS 32 GAUGE X 5/32" NEEDLE[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
2-in-1 laxative 8.6 mg-50 mg tablet[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
2TEK CONTROL (HIGH-NORMAL) SOLUTION[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
a and d (lanolin-petrolatum) topical ointment[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
a thru z advanced formula 18 mg-400 mcg tablet[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
a thru z men's ultimate 8 mg iron-200 mcg-600 mcg tablet[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
a thru z select 300 mcg-60 mcg-600 mcg-300 mcg tablet[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
a thru z select 50 plus formula 0.4 mg-300 mcg-250 mcg tablet[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
a thru z select 500 mcg-300 mcg-250 mcg tablet[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
a thru z select women's tablet[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		

• NP – no preferido • OTC – sin receta • PA – autorización previa • QL – Límite de cantidad
• ST – Terapia por fases

Nombre del medicamento	Grupo del nivel del medica-mento	Requisitos de manejo de utilización	Nombre de la categoría terapéutica	Edad mínima	Edad máxima
abc complete adult 8 mg iron-200 mcg-600 mcg tablet[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
abc complete men's 8 mg iron-200 mcg-600 mcg tablet[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
abc complete senior 50 plus 0.4 mg-300 mcg-250 mcg tablet[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
abc complete senior men's 300 mcg-60 mcg-600 mcg-300mcg tablet[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
abc complete women's 18 mg-400 mcg tablet[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
abc plus 0.4 mg-300 mcg-250 mcg tablet[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
ACCU-CHEK AVIVA CONTROL SOLN SOLUTION[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
ACCU-CHEK AVIVA PLUS TEST STRIPS[NP]	*	QL(300 cada 30 días)	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
ACCU-CHEK GUIDE GLUCOSE METER[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
ACCU-CHEK GUIDE L1-L2 CONTROL SOLUTION[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
ACCU-CHEK GUIDE ME GLUCOSE METER[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
ACCU-CHEK GUIDE TEST STRIPS[NP]	*	QL(300 cada 30 días)	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
ACCU-CHEK SMARTVIEW TEST STRIPS[NP]	*	QL(300 cada 30 días)	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
ACCUTREND GLUCOSE CONTROL SOLUTION[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
ACCUTREND GLUCOSE TEST STRIPS[NP]	*	QL(300 cada 30 días)	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
acetaminophen 120 mg rectal suppository[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
acetaminophen 160 mg/5 ml (5 ml) oral solution[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
acetaminophen 160 mg/5 ml (5 ml) oral suspension[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
acetaminophen 160 mg/5 ml oral liquid[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
acetaminophen 160 mg/5 ml oral suspension[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
acetaminophen 325 mg tablet[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
acetaminophen 325 mg/10.15 ml oral solution[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
acetaminophen 325 mg/10.15 ml oral suspension[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
acetaminophen 500 mg tablet[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
acetaminophen 650 mg rectal suppository[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		

• NP – no preferido • OTC – sin receta • PA – autorización previa • QL – Límite de cantidad
• ST – Terapia por fases

Nombre del medicamento	Grupo del nivel del medica-mento	Requisitos de manejo de utilización	Nombre de la categoría terapéutica	Edad mínima	Edad máxima
acetaminophen 650 mg/20.3 ml oral solution[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
acetaminophen 650 mg/20.3 ml oral suspension[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
acetaminophen extra strength 500 mg tablet[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
ACNE MEDICATION 10 % LOTION[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
ACNE MEDICATION 10 % TOPICAL GEL[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
acne medication 2.5 % topical gel[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
ACNE MEDICATION 5 % LOTION[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
ACNE MEDICATION 5 % TOPICAL GEL[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
acne treatment (benzoyl peroxide) 10 % topical gel[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
acne-clear 10 % topical gel[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
ACTIVNUTRIENTS (WITHOUT COPPER-IRON) 170 MCG DFE CAPSULE[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
ACTIVNUTRIENTS CHEWABLE 0.75 MG-85 MCG DFE TABLET[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
ADAKVEO 10 MG/ML INTRAVENOUS SOLUTION[NP]	*	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
adult multivitamin gummies 120 mcg chewable tablet[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
adult multivitamin gummies 200 mcg chewable tablet[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
adult one daily gummies 200 mcg chewable tablet[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
adult tussin chest congestion 100 mg/5 ml oral liquid[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
adult wal-tussin 100 mg/5 ml oral liquid[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
adults 50 plus 0.4 mg-300 mcg-250 mcg tablet[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
adults multivitamin 18 mg iron-400 mcg-25 mcg tablet[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
ADVANCED ALL-IN-ONE GLUCOSE METER KIT[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
ADVANCED EYE RELIEF 1 %-0.3 % DROPS[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
ADVANCED GLUCOSE METER[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
ADVANCED GLUCOSE METER TEST STRIPS[NP]	*	QL(300 cada 30 días)	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
ADVANCED HEMORRHOID-FISSURE 4 %-5 %-12.5 %-37.5 % TOPICAL OINTMENT[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		

• NP – no preferido • OTC – sin receta • PA – autorización previa • QL – Límite de cantidad
• ST – Terapia por fases

Nombre del medicamento	Grupo del nivel del medica-mento	Requisitos de manejo de utilización	Nombre de la categoría terapéutica	Edad mínima	Edad máxima
ADVIN COVID-19 AG HOME TEST KIT[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
ADVOCATE PEN NEEDLE 31 GAUGE X 3/16"[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
ADVOCATE PEN NEEDLE 31 GAUGE X 5/16"[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
ADVOCATE PEN NEEDLE 32 GAUGE X 5/32"[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
ADVOCATE PEN NEEDLE 33 GAUGE X 5/32"[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
ADVOCATE REDI-CODE PLUS[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
ADVOCATE REDI-CODE PLUS STRIPS[NP]	*	QL(300 cada 30 dÍas)	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
ADVOCATE SYRINGES 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16"[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
ADVOCATE SYRINGES 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
ADVOCATE SYRINGES 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
ADVOCATE SYRINGES 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
ADVOCATE SYRINGES 1 ML 30 GAUGE X 5/16"[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
ADVOCATE SYRINGES 1 ML 31 GAUGE X 5/16"[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
aflora 20 mg iron-1,670 mcg dfe tablet[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
AGAMATRIX AMP GLUCOSE MONITORING SYSTEM[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
AGAMATRIX AMP TEST STRIPS[NP]	*	QL(300 cada 30 dÍas)	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
AGAMATRIX CONTROL SOLUTION-NORMAL-HIGH[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
AGAMATRIX JAZZ TEST STRIPS[NP]	*	QL(300 cada 30 dÍas)	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
AGAMATRIX JAZZ WIRELESS 2 MONITORING SYSTEM KIT[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
AGAMATRIX PRESTO SYSTEM[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
AGAMATRIX PRESTO TEST STRIPS[NP]	*	QL(300 cada 30 dÍas)	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
AIMSCO LATEX CONDOM[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
AIRZONE PEAK FLOW METER[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
ALBUSTIX REAGENT STRIPS[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
ALCOHOL PADS[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		

• NP – no preferido • OTC – sin receta • PA – autorización previa • QL – Límite de cantidad
• ST – Terapia por fases

Nombre del medicamento	Grupo del nivel del medica-mento	Requisitos de manejo de utilización	Nombre de la categoría terapéutica	Edad mínima	Edad máxima
ALCOHOL PREP PADS[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
ALCOHOL SWABS[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
ALCOHOL WIPES[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
ALHEMO PEN 150 MG/1.5 ML (100 MG/ML) SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
ALHEMO PEN 300 MG/3 ML (100 MG/ML) SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
ALHEMO PEN 60 MG/1.5 ML (40 MG/ML) SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
alka-seltzer plus allergy 25 mg tablet[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
ALLERGY SYRINGE 1 ML 27 GAUGE X 3/8"[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
ALLERGY SYRINGE 1 ML 27 X 1/2"[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
ALPHANINE SD 1,000 (+/-) UNIT INTRAVENOUS SOLUTION	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
ALPHANINE SD 1,500 (+/-) UNIT INTRAVENOUS SOLUTION	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
ALPHANINE SD 500 (+/-) UNIT INTRAVENOUS SOLUTION	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
ALPROLIX 1,000 UNIT INTRAVENOUS SOLUTION	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
ALPROLIX 2,000 UNIT INTRAVENOUS SOLUTION	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
ALPROLIX 250 UNIT INTRAVENOUS SOLUTION	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
ALPROLIX 3,000 UNIT INTRAVENOUS SOLUTION	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
ALPROLIX 4,000 UNIT INTRAVENOUS SOLUTION	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
ALPROLIX 500 UNIT INTRAVENOUS SOLUTION	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
altamist 0.65 % nasal spray aerosol[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
altituss 10 mg-100 mg/5 ml oral liquid[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
ameriphor topical ointment[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
aminofen 325 mg tablet[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
anecream5 5 % topical[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
anievalc 5 % topical cream[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
animal chews tablet[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		

• NP – no preferido • OTC – sin receta • PA – autorización previa • QL – Límite de cantidad
• ST – Terapia por fases

Nombre del medicamento	Grupo del nivel del medica-mento	Requisitos de manejo de utilización	Nombre de la categoría terapéutica	Edad mínima	Edad máxima
anti-itch (diphenhydramine) 2 % topical gel[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
anti-nausea oral solution[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
antibiotic (bacitracin zinc) 500 unit/gram topical ointment[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
antibiotic plus (pramoxine) 3.5 mg-10,000 unit-10 mg/gram top cream[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
antibiotic plus pain relief 3.5 mg-10,000 unit-10 mg/gram top cream[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
antibiotic(neomy-bacit-polym) 3.5 mg-400 unit-5,000 unit/gram top oint[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
antibiotic-pain relief(bacit)3.5 mg-500 unit-10,000 unit/gram ointment[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
antiseptic 10 % topical solution[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
antiseptic skin cleanser (chlorhexidine) 4 % liquid[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
APATATE FORTE ORAL LIQUID[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
aphen 325 mg tablet[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
AQINJECT PEN NEEDLE 31 GAUGE X 3/16"[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
AQINJECT PEN NEEDLE 32 GAUGE X 5/32"[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
AQNEURSA 1 GRAM ORAL GRANULES IN PACKET[NP]	*	QL(112 cada 28 días)	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
AQUAPHILIC TOPICAL OINTMENT[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
aquoral mucosal spray[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
arthritis pain relief (capsaicin) 0.075 % topical cream[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
arthritis pain relief (capsaicin) 0.1 % topical cream[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
arthritis-muscle (capsaicin) 0.025 % topical cream[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
artificial eye lubricant 83 %-15 % ointment[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
artificial tears (carboxymethylcellulose) 1 % eye drops[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
artificial tears (dextran 70-hypromellose) 0.1 %-0.3 % eye drops[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
artificial tears (dextran 70-hypromellose) eye drops[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
artificial tears (glycerin-peg) 1 %-0.3 % eye drops[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
artificial tears (pf) 0.1 %-0.3 % drops in a dropperette[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		

• NP – no preferido • OTC – sin receta • PA – autorización previa • QL – Límite de cantidad
• ST – Terapia por fases

Nombre del medicamento	Grupo del nivel del medica-mento	Requisitos de manejo de utilización	Nombre de la categoría terapéutica	Edad mínima	Edad máxima
artificial tears (pf) drops in a dropperette[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
artificial tears (pg400-hypromell-glycerin) 1 %-0.2 %-0.2 % eye drops[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
artificial tears (polyvinyl alcohol/povidone) 0.5 %-0.6 % eye drops[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
artificial tears(dextran-hypromel-glycern) 0.1 %-0.3 %-0.2 % eye drops[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
aspirin 325 mg tablet[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
aspirin 325 mg tablet,delayed release[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
aspirin 500 mg tablet,delayed release[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
aspirin 650 mg tablet,delayed release[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
aspirin,buffered (calcium carbonate-magnesium) 325 mg tablet[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
aspirin-acetaminophen-caffeine 250 mg-250 mg-65 mg tablet[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
ASSURE 4 STRIPS[NP]	*	QL(300 cada 30 dÍas)	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
ASSURE CONTROL SOLUTION L2-L3[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
ASSURE DOSE NORMAL-HIGH CONTROL SOLUTION[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
ASSURE ID PEN NEEDLE 30 GAUGE X 5/16"[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
ASSURE PLATINUM GLUCOSE METER[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
ASSURE PLATINUM TEST STRIP[NP]	*	QL(300 cada 30 dÍas)	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
ASSURE PRISM CONTROL 1-2 SOLUTION[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
ASSURE PRISM MULTI METER[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
ASSURE PRISM MULTI STRIP[NP]	*	QL(300 cada 30 dÍas)	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
ASSURE TITANIUM GLUCOSE SYSTEM[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
ASSURE TITANIUM TEST STRIP[NP]	*	QL(300 cada 30 dÍas)	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
ASTHMA CHECK METER[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
athenol 325 mg tablet[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
AURLUMYN 100 MCG/ML INTRAVENOUS SOLUTION[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		

• NP – no preferido • OTC – sin receta • PA – autorización previa • QL – Límite de cantidad
• ST – Terapia por fases

Nombre del medicamento	Grupo del nivel del medica-mento	Requisitos de manejo de utilización	Nombre de la categoría terapéutica	Edad mínima	Edad máxima
auro dri swimmers' ear 95 %-5 % drops[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
AUTOKEEPER SAFETY PEN NEEDLE 30 GAUGE X 3/16"[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
AUTOKEEPER SAFETY PEN NEEDLE 30 GAUGE X 5/16"[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
AUTOSHIELD DUO PEN NEEDLE 30 GAUGE X 3/16"[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
AVOWISE 1,670 MCG DFE TABLET[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
AYR ALLERGY AND SINUS 2.65 % NASAL SPRAY AEROSOL[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
AYR SALINE 0.65 % NASAL DROPS[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
AYR SALINE 0.65 % NASAL SPRAY AEROSOL[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
b complex 1 (with folic acid) 0.4 mg tablet[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
b-complex tablet[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
B-D SLIP TIP SYRINGE 20 ML[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
B-STRESS 2,000 MCG CAPSULE[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
BABY AYR SALINE 0.65 % NASAL DROPS[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
bacitracin 500 unit/gram topical ointment[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
bacitracin 500 unit/gram topical packet[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
bacitracin zinc 500 unit/gram topical ointment[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
bacitracin zinc 500 unit/gram topical ointment in packet[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
BACITRAYCIN PLUS 500 UNIT-10 MG/GRAM TOPICAL OINTMENT[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
bacitraycin plus 500 unit/gram topical ointment[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
BACTINE MAX-LIDOCAINE 500 UNIT-10,000 UNIT-40 MG/GRAM TOPICAL OINTMENT[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
BACTOSHIELD CHG 4 % TOPICAL LIQUID[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
balance b-50 (with folic acid) 0.4 mg tablet[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
balanced b-100 400 mcg tablet,extended release[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
balanced b-100 0.4 mg tablet[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
balanced b-50 tablet[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		

• NP – no preferido • OTC – sin receta • PA – autorización previa • QL – Límite de cantidad
• ST – Terapia por fases

Nombre del medicamento	Grupo del nivel del medica-mento	Requisitos de manejo de utilización	Nombre de la categoría terapéutica	Edad mínima	Edad máxima
balsam peru-castor oil topical ointment in packet[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
BASE B, POLYETHYLENE GLYCOL 3350 GRANULES[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
bayer advanced 500 mg tablet[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
bayer aspirin 325 mg tablet[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
bayer aspirin 325 mg tablet,delayed release[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
BD ALCOHOL SWABS[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
BD ALLERGY SYRINGE 1 ML 28 GAUGE X 1/2"[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
BD AUTOSHIELD DUO PEN NEEDLE 30 GAUGE X 3/16"[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
BD BLUNT PLASTIC CANNULA 17 X 3 ML SYRINGE[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
BD BULK SYRINGE SLIP TIP 1 ML[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
BD BULK SYRINGE SLIP TIP 5 ML[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
BD ECCENTRIC TIP SYRINGE 10 ML[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
BD ECLIPSE 18 GAUGE X 1 1/2" NEEDLE[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
BD ECLIPSE 21 GAUGE X 1" NEEDLE[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
BD ECLIPSE 25 GAUGE X 1 1/2" NEEDLE[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
BD ECLIPSE 25 GAUGE X 1" NEEDLE[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
BD ECLIPSE LUER-LOK 1 ML 27 X 1/2" SYRINGE[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
BD ECLIPSE LUER-LOK 21 GAUGE X 1 1/2" NEEDLE[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
BD ECLIPSE LUER-LOK 25 GAUGE X 1 1/2" NEEDLE[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
BD ECLIPSE LUER-LOK 3 ML 23 GAUGE X 1 1/2" SYRINGE[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
BD ECLIPSE LUER-LOK 3 ML 23 X 1" SYRINGE[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
BD ECLIPSE LUER-LOK 3 ML 25 X 5/8" SYRINGE[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
BD FILTER NEEDLE 5-MIRCON NOKOR POINT 18 GAUGE X 1 1/2"[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
BD INSULIN SYRINGE 1 ML 28 GAUGE X 1/2"[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
BD INSULIN SYRINGE MICRO-FINE 1 ML 28 GAUGE X 1/2"[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		

• NP – no preferido • OTC – sin receta • PA – autorización previa • QL – Límite de cantidad
• ST – Terapia por fases

Nombre del medicamento	Grupo del nivel del medica-mento	Requisitos de manejo de utilización	Nombre de la categoría terapéutica	Edad mínima	Edad máxima
BD INSULIN SYRINGE ULTRA-FINE (HALF UNIT) 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"NP	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
BD INSULIN SYRINGE ULTRA-FINE 0.3 ML 30 GAUGE X 1/2"NP	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
BD INSULIN SYRINGE ULTRA-FINE 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"NP	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
BD INSULIN SYRINGE ULTRA-FINE 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2"NP	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
BD INSULIN SYRINGE ULTRA-FINE 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"NP	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
BD INSULIN SYRINGE ULTRA-FINE 1 ML 30 GAUGE X 1/2"NP	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
BD INSULIN SYRINGE ULTRA-FINE 1 ML 31 GAUGE X 5/16"NP	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
BD INTEGRA NEEDLE 23 GAUGE X 1"OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
BD INTEGRA SYRINGE 3 ML 21 GAUGE X 1 1/2"OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
BD INTEGRA SYRINGE 3 ML 23 GAUGE X 1"OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
BD INTEGRA SYRINGE 3 ML 25 GAUGE X 1"OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
BD INTEGRA SYRINGE 3 ML 25 GAUGE X 5/8"OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
BD INTERLINK BLUNT PLASTIC CANNULA 17 X 5 ML SYRINGEOTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
BD INTERLINK SYRINGE 17 X 10 MLOTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
BD INTRADERMAL BEVEL NEEDLES 26 GAUGE X 3/8"OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
BD LO-DOSE MICRO-FINE IV 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2" SYRINGENP	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
BD LUER-LOK BULK SYRINGE 20 MLOTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
BD LUER-LOK SYRINGE 1 MLOTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
BD LUER-LOK SYRINGE 1 ML 20 GAUGE X 1"OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
BD LUER-LOK SYRINGE 10 MLOTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
BD LUER-LOK SYRINGE 10 ML 20 X 1 1/2"OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
BD LUER-LOK SYRINGE 10 ML 20 X 1"OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
BD LUER-LOK SYRINGE 10 ML 21 GAUGE X 1"OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
BD LUER-LOK SYRINGE 10 ML 21 X 1 1/2"OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
BD LUER-LOK SYRINGE 20 MLOTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		

• NP – no preferido • OTC – sin receta • PA – autorización previa • QL – Límite de cantidad
• ST – Terapia por fases

Nombre del medicamento	Grupo del nivel del medica-mento	Requisitos de manejo de utilización	Nombre de la categoría terapéutica	Edad mínima	Edad máxima
BD LUER-LOK SYRINGE 3 ML OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
BD LUER-LOK SYRINGE 3 ML 18 X 1 1/2" OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
BD LUER-LOK SYRINGE 3 ML 20 GAUGE X 1 1/2" OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
BD LUER-LOK SYRINGE 3 ML 20 GAUGE X 1" OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
BD LUER-LOK SYRINGE 3 ML 21 GAUGE X 1 1/2" OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
BD LUER-LOK SYRINGE 3 ML 21 GAUGE X 1" OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
BD LUER-LOK SYRINGE 3 ML 23 GAUGE X 1 1/2" OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
BD LUER-LOK SYRINGE 3 ML 23 X 1" OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
BD LUER-LOK SYRINGE 3 ML 25 GAUGE X 1" OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
BD LUER-LOK SYRINGE 3 ML 25 X 1 1/2" OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
BD LUER-LOK SYRINGE 3 ML 25 X 5/8" OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
BD LUER-LOK SYRINGE 3 ML 26 X 5/8" OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
BD LUER-LOK SYRINGE 5 ML OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
BD LUER-LOK SYRINGE 5 ML 20 X 1 1/2" OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
BD LUER-LOK SYRINGE 5 ML 20 X 1" OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
BD LUER-LOK SYRINGE 5 ML 21 GAUGE X 1 1/2" OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
BD LUER-LOK SYRINGE 5 ML 21 GAUGE X 1" OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
BD LUER-LOK SYRINGE 50 ML OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
BD LUER-LOK TIP CONTROL SYRINGE 10 ML OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
BD NANO 2ND GEN PEN NEEDLE 32 GAUGE X 5/32" NP	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
BD NOKOR ADMIX NEEDLE 18 GAUGE X 1 1/2" OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
BD PRECISIONGLIDE 25 GAUGE X 1" NEEDLE OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
BD PRECISIONGLIDE 27 GAUGE X 1 1/2" NEEDLE OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
BD PRECISIONGLIDE NON-STERILE 18 GAUGE X 1 1/2" NEEDLE OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
BD PRECISIONGLIDE NON-STERILE 19 GAUGE X 1 1/2" NEEDLE OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		

• NP – no preferido • OTC – sin receta • PA – autorización previa • QL – Límite de cantidad
• ST – Terapia por fases

Nombre del medicamento	Grupo del nivel del medica-mento	Requisitos de manejo de utilización	Nombre de la categoría terapéutica	Edad mínima	Edad máxima
BD PRECISIONGLIDE NON-STERILE 20 GAUGE X 1 1/2" NEEDLE[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
BD PRECISIONGLIDE NON-STERILE 21 GAUGE X 1 1/2" NEEDLE[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
BD PRECISIONGLIDE NON-STERILE 23 GAUGE X 1" NEEDLE[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
BD PRECISIONGLIDE NON-STERILE 25 GAUGE X 1" NEEDLE[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
BD PRECISIONGLIDE NON-STERILE 25 GAUGE X 5/8" NEEDLE[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
BD REGULAR BEVEL NEEDLES 18 GAUGE X 1 1/2"[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
BD REGULAR BEVEL NEEDLES 18 GAUGE X 1"[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
BD REGULAR BEVEL NEEDLES 19 GAUGE X 1 1/2"[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
BD REGULAR BEVEL NEEDLES 19 GAUGE X 1"[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
BD REGULAR BEVEL NEEDLES 20 GAUGE X 1 1/2"[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
BD REGULAR BEVEL NEEDLES 20 GAUGE X 1"[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
BD REGULAR BEVEL NEEDLES 21 GAUGE X 1 1/2"[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
BD REGULAR BEVEL NEEDLES 21 GAUGE X 1"[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
BD REGULAR BEVEL NEEDLES 23 GAUGE X 3/4"[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
BD REGULAR BEVEL NEEDLES 25 GAUGE X 1 1/2"[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
BD REGULAR BEVEL NEEDLES 25 GAUGE X 5/8"[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
BD REGULAR BEVEL NEEDLES 26 GAUGE X 1/2"[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
BD REGULAR BEVEL NEEDLES 27 GAUGE X 1/2"[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
BD SAFETYGLIDE ALLERGIST TRAY 1 ML 26 GAUGE X 3/8" SYRINGE[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
BD SAFETYGLIDE INSULIN SYRINGE 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2"[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
BD SAFETYGLIDE INSULIN SYRINGE 0.3 ML 31 GAUGE X 15/64"[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
BD SAFETYGLIDE INSULIN SYRINGE 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
BD SAFETYGLIDE INSULIN SYRINGE 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
BD SAFETYGLIDE INSULIN SYRINGE 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
BD SAFETYGLIDE INSULIN SYRINGE 0.5 ML 31 GAUGE X 15/64"[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		

• NP – no preferido • OTC – sin receta • PA – autorización previa • QL – Límite de cantidad
• ST – Terapia por fases

Nombre del medicamento	Grupo del nivel del medica-mento	Requisitos de manejo de utilización	Nombre de la categoría terapéutica	Edad mínima	Edad máxima
BD SAFETYGLIDE INSULIN SYRINGE 1 ML 29 GAUGE X 1/2"NP	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
BD SAFETYGLIDE INSULIN SYRINGE 1 ML 31 GAUGE X 15/64"NP	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
BD SAFETYGLIDE NEEDLE 18 GAUGE X 1 1/2"OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
BD SAFETYGLIDE NEEDLE 21 GAUGE X 1 1/2"OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
BD SAFETYGLIDE NEEDLE 21 GAUGE X 1"OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
BD SAFETYGLIDE NEEDLE 23 GAUGE X 1"OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
BD SAFETYGLIDE NEEDLE 25 GAUGE X 1"OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
BD SAFETYGLIDE NEEDLE 25 GAUGE X 5/8"OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
BD SAFETYGLIDE NEEDLE 27 GAUGE X 5/8"OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
BD SAFETYGLIDE SHIELDING REGULAR BEVEL 1 ML 25 GAUGE X 5/8" SYRINGEOTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
BD SAFETYGLIDE SHIELDING REGULAR BEVEL SYRINGE 3 ML 21 GAUGE X 1 1/2"OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
BD SAFETYGLIDE SYRINGE 3 ML 23 X 1"OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
BD SAFETYGLIDE SYRINGE 3 ML 25 GAUGE X 1"OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
BD SAFETYGLIDE SYRINGE 3 ML 25 X 5/8"OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
BD SAFETYGLIDE TUBERCULIN 1 ML 26 GAUGE X 3/8" SYRINGEOTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
BD SAFETYGLIDE TUBERCULIN REGULAR BEVEL 1 ML 27 X 1/2" SYRINGEOTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
BD SHORT BEVEL NEEDLES 18 GAUGE X 1 1/2"OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
BD SHORT BEVEL NEEDLES 20 GAUGE X 1 1/2"OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
BD SHORT BEVEL NEEDLES 20 GAUGE X 1"OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
BD SHORT BEVEL THIN WALL 19 GAUGE X 1 1/2" NEEDLEOTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
BD SHORT BEVEL THIN WALL 19 GAUGE X 1" NEEDLEOTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
BD SLIP TIP SYRINGE 1 ML 26 GAUGE X 5/8"OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
BD SLIP TIP SYRINGE 10 MLOTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
BD SLIP TIP SYRINGE 3 MLOTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
BD SLIP TIP SYRINGE 50 MLOTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		

• NP – no preferido • OTC – sin receta • PA – autorización previa • QL – Límite de cantidad
• ST – Terapia por fases

Nombre del medicamento	Grupo del nivel del medica-mento	Requisitos de manejo de utilización	Nombre de la categoría terapéutica	Edad mínima	Edad máxima
BD SPECIALTY USE NEEDLES 16 GAUGE X 1 1/2"OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
BD SPECIALTY USE NEEDLES 16 GAUGE X 1"OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
BD SPECIALTY USE NEEDLES 21 GAUGE X 2"OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
BD SPECIALTY USE NEEDLES 23 GAUGE X 1 1/4"OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
BD SPECIALTY USE NEEDLES 25 GAUGE X 7/8"OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
BD SPECIALTY USE NEEDLES 27 GAUGE X 1 1/4"OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
BD SPECIALTY USE NEEDLES 30 GAUGE X 1"OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
BD SPECIALTY USE NEEDLES 30 GAUGE X 1/2"OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
BD SYRINGE 1 MLOTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
BD SYRINGE CATHETER TIP 50 MLOTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
BD SYRINGE CATHETER TIP NON-STERILE 50 MLOTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
BD SYRINGE LUER-LOK NON-STERILE 10 MLOTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
BD SYRINGE LUER-LOK NON-STERILE 20 MLOTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
BD SYRINGE LUER-LOK NON-STERILE 5 MLOTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
BD SYRINGE LUER-LOK NON-STERILE 50 MLOTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
BD SYRINGE LUER-LOK STERILE 10 MLOTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
BD SYRINGE LUER-LOK STERILE 50 MLOTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
BD SYRINGE SLIP TIP NON-STERILE 10 MLOTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
BD SYRINGE SLIP TIP NON-STERILE 20 MLOTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
BD SYRINGE SLIP TIP NON-STERILE 50 MLOTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
BD SYRINGE WITH DUAL CANNULA 10 ML 20 GAUGE AND 17 GAUGEOTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
BD TUBERCULIN SLIP-TIP 1 ML 27 GAUGE X 3/8" SYRINGEOTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
BD TUBERCULIN SLIP-TIP 1 ML SYRINGEOTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
BD TUBERCULIN SYRINGE 1 ML 21 GAUGE X 1"OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
BD TUBERCULIN SYRINGE 1 ML 25 GAUGE X 5/8"OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		

• NP – no preferido • OTC – sin receta • PA – autorización previa • QL – Límite de cantidad
• ST – Terapia por fases

Nombre del medicamento	Grupo del nivel del medica-mento	Requisitos de manejo de utilización	Nombre de la categoría terapéutica	Edad mínima	Edad máxima
BD TUBERCULIN SYRINGE 1 ML 26 GAUGE X 3/8"[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
BD TUBERCULIN SYRINGE 1 ML 27 X 1/2"[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS	6	18
BD TUBERCULIN SYRINGE 1/2 ML 27 X 1/2"[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS	6	18
BD ULTRA-FINE MICRO PEN NEEDLE 32 GAUGE X 1/4"[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS	6	18
BD ULTRA-FINE MINI PEN NEEDLE 31 GAUGE X 3/16"[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS	6	18
BD ULTRA-FINE NANO PEN NEEDLE 32 GAUGE X 5/32"[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS	6	18
BD ULTRA-FINE ORIGINAL PEN NEEDLE 29 GAUGE X 1/2"[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS	6	18
BD ULTRA-FINE SHORT PEN NEEDLE 31 GAUGE X 5/16"[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS	6	18
BD VEO INSULIN SYRINGE ULTRA-FINE (HALF UNIT) 0.3 ML 31 GAUGE X 15/64"[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS	6	18
BD VEO INSULIN SYRINGE ULTRA-FINE 0.3 ML 31 GAUGE X 15/64"[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS	6	18
BD VEO INSULIN SYRINGE ULTRA-FINE 1 ML 31 GAUGE X 15/64"[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS	6	18
BD VEO INSULIN SYRINGE ULTRA-FINE 1/2 ML 31 GAUGE X 15/64"[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS	6	18
belladonna alkaloids-opium 16.2 mg-30 mg rectal suppository	1	QL(120 cada 30 dÍas)	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS	6	18
belladonna alkaloids-opium 16.2 mg-60 mg rectal suppository	1	QL(120 cada 30 dÍas)	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS	6	18
BENADRYL 2 % TOPICAL GEL[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS	6	18
benadryl allergy 50 mg tablet[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS	6	18
BENEFIX 1,000 UNIT INTRAVENOUS SOLUTION	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS	6	18
BENEFIX 2,000 UNIT INTRAVENOUS SOLUTION	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS	6	18
BENEFIX 250 UNIT INTRAVENOUS SOLUTION	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS	6	18
BENEFIX 3,000 UNIT INTRAVENOUS SOLUTION	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS	6	18
BENEFIX 500 UNIT INTRAVENOUS SOLUTION	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS	6	18
benzonatate 100 mg capsule	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS	6	18
benzonatate 200 mg capsule	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS	6	18
benzoyl peroxide 10 % lotion[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS	6	18
benzoyl peroxide 10 % topical gel[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS	6	18

• NP – no preferido • OTC – sin receta • PA – autorización previa • QL – Límite de cantidad
• ST – Terapia por fases

Nombre del medicamento	Grupo del nivel del medica-mento	Requisitos de manejo de utilización	Nombre de la categoría terapéutica	Edad mínima	Edad máxima
benzoyl peroxide 2.5 % topical gel[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS	6	18
benzoyl peroxide 5 % lotion[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS	6	18
benzoyl peroxide 5 % topical gel[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS	6	18
BETADINE 0.5 % MOUTHWASH[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS	6	18
BETADINE 10 % TOPICAL SOLUTION[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS	6	18
BETADINE 5 % TOPICAL SPRAY[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS	6	18
BETADINE SURGICAL SCRUB 7.5 % TOPICAL SOLUTION[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS	6	18
BETADINE SWABSTICKS 10 %[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS	6	18
BETASEPT SURGICAL SCRUB 4 % TOPICAL LIQUID[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS	6	18
betatemp 160 mg/5 ml oral suspension[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS	6	18
BIGFOOT UNITY KIT[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS	6	18
BINAXNOW COVID-19 AG CARD HOME TEST KIT[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS	6	18
BINAXNOW COVID-19 AG SELF TEST KIT[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS	6	18
BIOCEL (WITH LUTEIN) 800 MCG-250 MCG-750 MCG TABLET[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS	6	18
biocotron 10 mg-100 mg/5 ml oral liquid[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS	6	18
BIOLYTE ORAL LIQUID[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS	6	18
BIOLYTE ORAL POWDER PACKET[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS	6	18
BION TEARS (PF) 0.1 %-0.3 % DROPS IN A DROPPERETTE[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS	6	18
BIONIME RIGHTEST GM300 SYSTEM KIT[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS	6	18
BIONIME RIGHTEST TEST STRIPS[NP]	*	QL(300 cada 30 dÍas)	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS	6	18
BIOTEL CARE BGM-4 METER[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS	6	18
bisacodyl 10 mg rectal suppository[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS	6	18
bisacodyl 5 mg tablet,delayed release[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS	6	18
black-draught lax-senna 8.6 mg tablet[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS	6	18
BLADDER 2.2 200 MCG-5 MG-250 MCG TABLET[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS	6	18

• NP – no preferido • OTC – sin receta • PA – autorización previa • QL – Límite de cantidad
• ST – Terapia por fases

Nombre del medicamento	Grupo del nivel del medica-mento	Requisitos de manejo de utilización	Nombre de la categoría terapéutica	Edad mínima	Edad máxima
BLINK GEL TEARS 0.25 % EYE DROPS[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS	6	18
BLINK TEARS 0.25 % EYE DROPS[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS	6	18
BLINK TEARS PF 0.25 % DROPS IN A DROPPERETTE[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS	6	18
BLINK TRIPLE CARE 0.25 % EYE DROPS[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS	6	18
BLINK TRIPLE CARE PF 0.25 % EYE DROPS[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS	6	18
BLOOD GLUCOSE CONTROL, HIGH AND NORMAL SOLUTION[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS	6	18
BLOOD GLUCOSE MONITORING KIT[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS	6	18
BLOOD GLUCOSE TEST STRIPS[NP]	*	QL(300 cada 30 días)	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS	6	18
BLOOD-GLUCOSE METER[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS	6	18
BLOOD-GLUCOSE METER KIT[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS	6	18
BLULINK BLOOD GLUCOSE SYSTEM REFILL 32 GAUGE KIT[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS	6	18
BLULINK DIABETIC TEST BUNDLE KIT[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS	6	18
BLULINK GLUCOSE MONITORING SYSTEM[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS	6	18
BLULINK GLUCOSE TEST STRIP[NP]	*	QL(300 cada 30 días)	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS	6	18
bpco topical ointment[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS	6	18
BRINSUPRI 10 MG TABLET[NP]	*	QL(30 cada 30 días)	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS	6	18
BRINSUPRI 25 MG TABLET[NP]	*	QL(30 cada 30 días)	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS	6	18
brompheniramine-pseudoephedrine-dm 2 mg-30 mg-10 mg/5 ml oral syrup	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS	6	18
bufferin 325 mg tablet[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS	6	18
butalbital 50 mg-acetaminophen 300 mg capsule[NP]	*	QL(180 cada 30 días)	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS	6	18
butalbital 50 mg-acetaminophen 300 mg tablet	1	QL(180 cada 30 días)	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS	6	18
butalbital 50 mg-acetaminophen 300 mg-caffeine 40 mg-codeine 30 mg cap[NP]	*	QL(180 cada 30 días)	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS	6	18
butalbital 50 mg-acetaminophen 325 mg tablet	1	QL(180 cada 30 días)	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS	6	18
butalbital 50 mg-acetaminophen 325 mg-caffeine 40 mg-codeine 30 mg cap[NP]	*	QL(180 cada 30 días)	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS	6	18
butalbital-acetaminophen-caffeine 50 mg-300 mg-40 mg capsule	1	QL(180 cada 30 días)	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS	6	18

• NP – no preferido • OTC – sin receta • PA – autorización previa • QL – Límite de cantidad
• ST – Terapia por fases

Nombre del medicamento	Grupo del nivel del medica-mento	Requisitos de manejo de utilización	Nombre de la categoría terapéutica	Edad mínima	Edad máxima
butalbital-acetaminophen-caffeine 50 mg-325 mg-40 mg capsule	1	QL(180 cada 30 días)	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS	6	18
butalbital-acetaminophen-caffeine 50 mg-325 mg-40 mg tablet	1	QL(180 cada 30 días)	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS	6	18
butalbital-acetaminophen-caffeine 50 mg-325 mg-40 mg/15 ml oral soln[NP]	*	QL(450 cada 30 días)	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS	6	18
butalbital-aspirin-caffeine 50 mg-325 mg-40 mg capsule	1	QL(180 cada 30 días)	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS	6	18
BYLVAY 1,200 MCG CAPSULE[NP]	*	QL(150 cada 30 días)	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS	6	18
BYLVAY 200 MCG ORAL PELLET[NP]	*	QL(360 cada 30 días)	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS	6	18
BYLVAY 400 MCG CAPSULE[NP]	*	QL(420 cada 30 días)	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS	6	18
BYLVAY 600 MCG ORAL PELLET[NP]	*	QL(120 cada 30 días)	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS	6	18
c-lax laxative (bisacodyl) 5 mg tablet,delayed release[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS	6	18
calcidol 200 mcg/ml (8,000 unit/ml) oral drops[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS	6	18
capsaicin 0.025 % topical cream[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS	6	18
capsaicin 0.035 % topical cream[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS	6	18
capsaicin 0.075 % topical cream[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS	6	18
capsaicin 0.1 % topical cream[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS	6	18
capsaicin hp 0.1 % topical cream[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS	6	18
capsaid es 0.1 % topical cream[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS	6	18
CAPZASIN-HP 0.1 % TOPICAL CREAM[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS	6	18
capzix 0.1 % topical cream[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS	6	18
carboxymethylcellulose sodium 0.5 % eye drops[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS	6	18
carboxymethylcellulose sodium 0.5 % eye drops in a dropperette[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS	6	18
carboxymethylcellulose sodium 1 % eye gel in a dropperette[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS	6	18
carboxymethylcellulose sodium 1 % eye liquid gel drops[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS	6	18
CAREFINE PEN NEEDLE 29 GAUGE X 1/2"[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS	6	18
CAREFINE PEN NEEDLE 30 GAUGE X 5/16"[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS	6	18
CAREFINE PEN NEEDLE 31 GAUGE X 1/4"[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS	6	18

• NP – no preferido • OTC – sin receta • PA – autorización previa • QL – Límite de cantidad
• ST – Terapia por fases

Nombre del medicamento	Grupo del nivel del medica-mento	Requisitos de manejo de utilización	Nombre de la categoría terapéutica	Edad mínima	Edad máxima
CAREFINE PEN NEEDLE 31 GAUGE X 5/16"NP	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS	6	18
CAREFINE PEN NEEDLE 32 GAUGE X 1/4"NP	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS	6	18
CAREFINE PEN NEEDLE 32 GAUGE X 3/16"NP	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS	6	18
CAREFINE PEN NEEDLE 32 GAUGE X 5/32"NP	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS	6	18
CAREPOINT LUER LOCK SYRINGE 3 MLOTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS	6	18
CAREPOINT LUER LOCK SYRINGE WITH NEEDLE 3 ML 20 GAUGE X 1 1/2"OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS	6	18
CAREPOINT LUER LOCK SYRINGE WITH NEEDLE 3 ML 21 GAUGE X 1 1/2"OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS	6	18
CAREPOINT LUER LOCK SYRINGE WITH NEEDLE 3 ML 21 GAUGE X 1"OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS	6	18
CAREPOINT LUER LOCK SYRINGE WITH NEEDLE 3 ML 22 GAUGE X 1"OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS	6	18
CAREPOINT LUER LOCK SYRINGE WITH NEEDLE 3 ML 22 X 1 1/2"OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS	6	18
CAREPOINT LUER LOCK SYRINGE WITH NEEDLE 3 ML 23 GAUGE X 1 1/2"OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS	6	18
CAREPOINT LUER LOCK SYRINGE WITH NEEDLE 3 ML 25 GAUGE X 1"OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS	6	18
CAREPOINT LUER LOCK SYRINGE WITH NEEDLE 3 ML 25 X 5/8"OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS	6	18
CAREPOINT LUER SLIP SYRINGE 1 MLOTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS	6	18
CAREPOINT LUER SLIP SYRINGE-NEEDLE 1 ML 25 GAUGE X 5/8"OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS	6	18
CARESENS CONTROL A AND B SOLUTIONOTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS	6	18
CARESENS NNP	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS	6	
CARESENS N FELIZ BT GLUCOSE METERNP	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS	6	18
CARESENS N FELIZ GLUCOSE METERNP	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS	6	18
CARESENS N TEST STRIPSNP	*	QL(300 cada 30 días)	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS	6	18
CARESENS N VOICENP	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS	6	18
CARESENS S CONTROL A AND B SOLUTIONOTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS	6	18
CARESENS S FIT BT GLUCOSE MTR MISCNP	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS	6	
CARESENS S FIT GLUCOSE METERNP	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS	6	18
CARESENS S TEST STRIPNP	*	QL(300 cada 30 días)	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS	6	18

• NP – no preferido • OTC – sin receta • PA – autorización previa • QL – Límite de cantidad
• ST – Terapia por fases

Nombre del medicamento	Grupo del nivel del medica-mento	Requisitos de manejo de utilización	Nombre de la categoría terapéutica	Edad mínima	Edad máxima
CARESTART COVID-19 ANTIGEN HOME TEST KIT[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS	6	18
CARETOUCH ALCOHOL PREP PAD TOPICAL PADS[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS	6	18
CARETOUCH CONTROL SOLUTION L2-L3[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS	6	18
CARETOUCH GLUCOSE MONITORING SYSTEM KIT[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS	6	18
CARETOUCH HYPODERMIC NEEDLE 18 GAUGE X 1 1/2"[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS	6	18
CARETOUCH HYPODERMIC NEEDLE 20 GAUGE X 1"[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS	6	18
CARETOUCH HYPODERMIC NEEDLE 22 GAUGE X 1"[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS	6	18
CARETOUCH HYPODERMIC NEEDLE 23 GAUGE X 1 1/2"[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS	6	18
CARETOUCH HYPODERMIC NEEDLE 23 GAUGE X 1"[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS	6	
CARETOUCH HYPODERMIC NEEDLE 25 GAUGE X 1 1/2"[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS	6	18
CARETOUCH HYPODERMIC NEEDLE 25 GAUGE X 1"[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS	6	18
CARETOUCH HYPODERMIC NEEDLE 25 GAUGE X 5/8"[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS	6	18
CARETOUCH HYPODERMIC NEEDLE 26 GAUGE X 1"[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS	6	18
CARETOUCH INSULIN SYRINGE 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS	6	18
CARETOUCH INSULIN SYRINGE 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS	6	
CARETOUCH INSULIN SYRINGE 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS	6	
CARETOUCH INSULIN SYRINGE 1 ML 28 GAUGE X 5/16"[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS	6	18
CARETOUCH INSULIN SYRINGE 1 ML 29 GAUGE X 5/16"[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS	6	18
CARETOUCH INSULIN SYRINGE 1 ML 30 GAUGE X 5/16"[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS	6	18
CARETOUCH INSULIN SYRINGE 1 ML 31 GAUGE X 5/16"[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS	6	18
CARETOUCH LUER LOCK SYRINGE 1 ML[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS	6	18
CARETOUCH LUER LOCK SYRINGE 3 ML[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS	6	18
CARETOUCH LUER LOCK SYRINGE 5 ML[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS	6	18
CARETOUCH LUER LOCK SYRINGE WITH NEEDLE 3 ML 22 GAUGE X 1"[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS	6	18
CARETOUCH LUER LOCK SYRINGE WITH NEEDLE 3 ML 22 X 1 1/2"[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS	6	18

• NP – no preferido • OTC – sin receta • PA – autorización previa • QL – Límite de cantidad
• ST – Terapia por fases

Nombre del medicamento	Grupo del nivel del medica-mento	Requisitos de manejo de utilización	Nombre de la categoría terapéutica	Edad mínima	Edad máxima
CARETOUCH LUER LOCK SYRINGE WITH NEEDLE 3 ML 23 GAUGE X 1 1/2"OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS	6	18
CARETOUCH LUER LOCK SYRINGE WITH NEEDLE 3 ML 23 X 1"OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS	6	18
CARETOUCH LUER LOCK SYRINGE WITH NEEDLE 3 ML 25 GAUGE X 1"OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS	6	18
CARETOUCH LUER LOCK SYRINGE WITH NEEDLE 3 ML 25 X 1 1/2"OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS	6	18
CARETOUCH LUER LOCK SYRINGE WITH NEEDLE 3 ML 25 X 5/8"OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS	6	18
CARETOUCH LUER SLIP SYRINGE 1 MLOTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS	6	18
CARETOUCH LUER SLIP SYRINGE 10 MLOTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS	6	18
CARETOUCH LUER SLIP SYRINGE 3 MLOTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS	6	18
CARETOUCH LUER SLIP SYRINGE 5 MLOTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS	6	18
CARETOUCH PEN NEEDLE 29 GAUGE X 1/2"NP	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS	6	18
CARETOUCH PEN NEEDLE 31 GAUGE X 1/4"NP	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS	6	18
CARETOUCH PEN NEEDLE 31 GAUGE X 3/16"NP	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS	6	18
CARETOUCH PEN NEEDLE 31 GAUGE X 5/16"NP	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS	6	18
CARETOUCH PEN NEEDLE 32 GAUGE X 3/16"NP	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS	6	18
CARETOUCH PEN NEEDLE 32 GAUGE X 5/32"NP	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS	6	18
CARETOUCH TEST STRIPNP	*	QL(300 cada 30 dÍas)	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS	6	18
CASGEVY 4X10EXP6 TO 13X10EXP6 CELL/ML INTRAVENOUS SUSPENSIONNP	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS	6	18
central-vite 18 mg iron-400 mcg-25 mcg tabletOTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS	6	18
central-vite women's mature 8 mg iron-400 mcg-50 mcg tabletOTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS	6	18
centravites 50 plus 0.4 mg-300 mcg-250 mcg tabletOTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS	6	18
centravites adults 18 mg iron-400 mcg-25 mcg tabletOTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS	6	18
centrum 18 mg-400 mcg tabletOTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS	6	
centrum 9 mg iron/15 ml oral liquidOTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS	6	18
CENTRUM KIDS MULTIGUMMY CHEWABLE TABLETOTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS	6	18
centrum silver 0.4 mg-300 mcg-250 mcg tabletOTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS	6	18

• NP – no preferido • OTC – sin receta • PA – autorización previa • QL – Límite de cantidad
• ST – Terapia por fases

Nombre del medicamento	Grupo del nivel del medica-mento	Requisitos de manejo de utilización	Nombre de la categoría terapéutica	Edad mínima	Edad máxima
centrum women 18 mg-400 mcg tablet[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS	6	18
century 18 mg-400 mcg tablet[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS	6	
century adult formula 18 mg iron-400 mcg-25 mcg tablet[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS	6	18
century adults 50 plus 0.4 mg-300 mcg-250 mcg tablet[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS	6	18
century mature 0.4 mg-300 mcg-250 mcg tablet[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS	6	18
century men 50 plus 300 mcg-60 mcg-600 mcg-300 mcg tablet[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS	6	18
century women 50 plus 8 mg iron-400 mcg-50 mcg tablet[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS	6	18
cenvite 9 mg iron/15 ml oral liquid[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS	6	
CEQUR SIMPLICITY 1 UNIT (240 UNIT) DEVICE	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS	6	
CEQUR SIMPLICITY 2 UNIT (200 UNIT) DEVICE	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS	6	18
CEQUR SIMPLICITY 2 UNIT (240 UNIT) DEVICE	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS	6	
CEQUR SIMPLICITY INSERTER	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS	6	
CERALYTE 50 240 MG-300 MG-32 KCAL/10 G ORAL POWDER PACKET[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS	6	
CERALYTE 50 POTASSIUM FREE 50 MEQ-20 MEQ-30 MEQ ORAL POWDER PACKET[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS	6	18
CERALYTE 90 90 MEQ-80 MEQ-20 MEQ-30 MEQ ORAL PACKET[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS	6	
CERALYTE-70 440 MG-300 MG-32 KCAL/10 GRAM ORAL POWDER PACKET[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS	6	
CERALYTE-70 70 MEQ-60 MEQ-20 MEQ-30 MEQ ORAL PACKET[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS	6	18
CERALYTE-70 70 MEQ-60 MEQ-20 MEQ-30 MEQ/L ORAL SOLUTION[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS	6	
CERALYTE-70 2.3 G-1.5 G-2.9 G-160 KCAL/50 ORAL POWDER PACKET[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS	6	18
CERASPORT 115 MG-40 MG-40 KCAL/10.5 GRAM ORAL POWDER[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS	6	18
CERASPORT 200 MG-75 MG-80 KCAL/20 GRAM ORAL POWDER PACKET[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS	6	18
CERASPORT ENDURANCE 400 MG-160 MG/42 GRAM ORAL POWDER PACKET[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS	6	18
CERASPORT EX1 200 MG-100 MG-20 KCAL/6 GRAM ORAL POWDER[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS	6	18
CERASPORT EX1 400 MG-200 MG-40 KCAL/12.5 G ORAL POWDER PACKET[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS	6	18
CERASPORT PLUS 230 MG-85 MG-120 KCAL/31 GRAM ORAL POWDER PACKET[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS	6	18

• NP – no preferido • OTC – sin receta • PA – autorización previa • QL – Límite de cantidad
• ST – Terapia por fases

Nombre del medicamento	Grupo del nivel del medica-mento	Requisitos de manejo de utilización	Nombre de la categoría terapéutica	Edad mínima	Edad máxima
CEROVITE SENIOR 0.4 MG-300 MCG-250 MCG TABLET[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS	6	18
certavite senior 0.4 mg-300 mcg-250 mcg tablet[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS	6	18
certavite-antioxidant 18 mg-400 mcg tablet[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS	6	18
CHEK-STIX CONTROL STRIPS[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS	6	18
CHEMSTRIP 10 MD[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS	6	18
CHEMSTRIP 10/SG[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS	6	18
CHEMSTRIP 2 GP[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS	6	18
CHEMSTRIP 50B[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS	6	18
CHEMSTRIP 7[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS	6	18
CHEMSTRIP 9[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS	6	18
CHEMSTRIP MICRAL[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS	6	18
CHEST CONGESTION RELIEF 100 MG/5 ML ORAL LIQUID[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS	6	18
chest congestion relief dm 10 mg-100 mg/5 ml oral syrup[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS	6	18
CHEW Q 100 MG TABLET[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS	6	18
CHEW Q 30 MG TABLET[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS	6	18
CHEW Q 600 MG ORAL WAFER[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS	6	18
child mucus relief expectorant 100 mg/5 ml oral liquid[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS	6	18
children multivitamin chewable tablet[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS	6	18
children's acetaminophen 160 mg chewable tablet[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS	6	18
children's acetaminophen 160 mg/5 ml (5 ml) oral suspension[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS	6	18
children's acetaminophen 160 mg/5 ml oral liquid[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS	6	18
children's acetaminophen 160 mg/5 ml oral suspension[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS	6	18
children's acetaminophen 325 mg/10.15 ml oral suspension[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS	6	18
children's acetaminophen 650 mg/20.3 ml oral suspension[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS	6	18
children's acetaminophen 80 mg chewable tablet[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS	6	18

• NP – no preferido • OTC – sin receta • PA – autorización previa • QL – Límite de cantidad
• ST – Terapia por fases

Nombre del medicamento	Grupo del nivel del medica-mento	Requisitos de manejo de utilización	Nombre de la categoría terapéutica	Edad mínima	Edad máxima
children's chest congestion 100 mg/5 ml oral liquid[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS	6	18
children's chew multivitamin tablet[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS	6	
children's chewable multivitamin 300 mcg tablet[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS	6	18
CHILDREN'S CHEWABLE VITAMIN TABLET[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS	6	18
children's chewables 300 mcg tablet[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS	6	18
children's fever reducer-pain reliever 160 mg/5 ml oral suspension[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS	6	18
children's fever reducing 120 mg rectal suppository[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS	6	18
children's giltuss cough-chest 10 mg-100 mg/5 ml oral liquid[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS	6	18
children's mapap 160 mg chewable tablet[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS	6	18
children's mapap 80 mg chewable tablet[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS	6	18
children's multi-vitamin gummies 200 mcg chewable tablet[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
children's multivitamin chewable tablet[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
children's multivitamin gummy chewable tablet[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
children's multivitamin-immune chewable tablet[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
children's non-aspirin 160 mg chewable tablet[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
children's non-aspirin 160 mg/5 ml oral suspension[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
children's pain and fever relief 160 mg chewable tablet[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
children's pain and fever relief 160 mg/5 ml oral liquid[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
children's pain and fever relief 160 mg/5 ml oral suspension[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
children's pain relief 160 mg chewable tablet[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
children's pain relief 160 mg/5 ml oral suspension[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
children's pain reliever 160 mg/5 ml oral suspension[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
children's pain reliever and fever reducer 120 mg rectal suppository[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
children's proctozone-g rectal suppository[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
children's saline nasal spray 0.65 % aerosol[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		

• NP – no preferido • OTC – sin receta • PA – autorización previa • QL – Límite de cantidad
• ST – Terapia por fases

Nombre del medicamento	Grupo del nivel del medica-mento	Requisitos de manejo de utilización	Nombre de la categoría terapéutica	Edad mínima	Edad máxima
children's tylenol 160 mg chewable tablet[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
CHILDREN'S TYLENOL 160 MG/5 ML ORAL SUSPENSION[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
childrens chewables multivitamin tablet[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
childrens giltuss ex 200 mg/5 ml oral liquid[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
chlorhexidine gluconate 2 % topical liquid[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
chlorhexidine gluconate 2 % towelette[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
chlorhexidine gluconate 4 % topical liquid[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
chocolate laxative 15 mg chewable tablet[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
citrucel 500 mg tablet[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
CITRUCEL SUGAR FREE ORAL POWDER[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
clear eyes natural tears 0.5 %-0.6 % drops[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
CLEARBLUE PREGNANCY TEST KIT[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
CLEARCANAL EAR WAX 6.5 %-0.9 % EAR PACK[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
CLEARCANAL EAR WAX 6.5 %-0.9 % OTIC KIT, DROPS AND SOLUTION[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
clearcanal earwax softener 6.5 % drops[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
CLEVER CHEK BLOOD GLUCOSE[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
CLEVER CHEK BLOOD GLUCOSE SYST KIT[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
CLEVER CHOICE BLOOD GLUCOSE SYSTEM[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
CLEVER CHOICE MICRO[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
CLEVER CHOICE MICRO TEST STRIP[NP]	*	QL(300 cada 30 dÍas)	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
CLEVER CHOICE MINI BLOOD GLUCOSE MONITOR[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
CLEVER CHOICE PEAK FLOW METER[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
CLEVER CHOICE PRO BLOOD GLUCOSE MONITOR[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
CLEVER CHOICE PRO BLOOD GLUCOSE MONITOR STRIPS[NP]	*	QL(300 cada 30 dÍas)	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
CLEVER CHOICE TALK BLOOD GLUCOSE SYSTEM[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		

• NP – no preferido • OTC – sin receta • PA – autorización previa • QL – Límite de cantidad
• ST – Terapia por fases

Nombre del medicamento	Grupo del nivel del medica-mento	Requisitos de manejo de utilización	Nombre de la categoría terapéutica	Edad mínima	Edad máxima
CLEVER CHOICE TALK TEST STRIPS[NP]	*	QL(300 cada 30 dÍas)	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
CLEVER CHOICE TEST STRIPS[NP]	*	QL(300 cada 30 dÍas)	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
CLEVER CHOICE VOICE PLUS TEST STRIPS[NP]	*	QL(300 cada 30 dÍas)	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
CLICKFINE PEN NEEDLE 31 GAUGE X 1/4"[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
CLICKFINE PEN NEEDLE 32 GAUGE X 5/32"[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
clinere ear wax removal 6.5 % drops[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
CLINICLEAN 4 % TOPICAL LIQUID[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
CLINITEST COVID-19 HOME TEST KIT[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
co q-10 400 mg capsule[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
co q-10 50 mg capsule[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
co q-10 100 mg capsule[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
co q-10 200 mg capsule[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
co q-10 30 mg capsule[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
co q-10 300 mg capsule[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
COAGADEX 250 (+/-) UNIT RANGE INTRAVENOUS SOLUTION	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
COAGADEX 500 (+/-) UNIT RANGE INTRAVENOUS SOLUTION	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
COBENFY 100 MG-20 MG CAPSULE	1	QL(60 cada 30 dÍas)	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
COBENFY 125 MG-30 MG CAPSULE	1	QL(60 cada 30 dÍas)	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
COBENFY 50 MG-20 MG CAPSULE	1	QL(60 cada 30 dÍas)	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
COBENFY STARTER PACK 50 MG-20 MG/100 MG-20 MG CAPSULES IN A DOSE PACK	1	QL(56 cada 28 dÍas)	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
coenzyme q10 50 mg capsule[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
coenzyme q10 50 mg chewable tablet[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
coenzyme q10 50 mg tablet[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
coenzyme q10 60 mg capsule[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
coenzyme q10 10 mg capsule[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		

• NP – no preferido • OTC – sin receta • PA – autorización previa • QL – Límite de cantidad
• ST – Terapia por fases

Nombre del medicamento	Grupo del nivel del medica-mento	Requisitos de manejo de utilización	Nombre de la categoría terapéutica	Edad mínima	Edad máxima
coenzyme q10 100 mg capsule[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
coenzyme q10 100 mg chewable tablet[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
coenzyme q10 100 mg tablet[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
coenzyme q10 200 mg capsule[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
coenzyme q10 30 mg capsule[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
coenzyme q10 400 mg capsule[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
col-rite 100 mg capsule[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
col-rite 250 mg capsule[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
COLACE 100 MG CAPSULE[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
COLACE 2-IN-1 8.6 MG-50 MG TABLET[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
COLACE CLEAR 50 MG CAPSULE[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
COMBISTIX REAGENT STRIPS[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
COMFORT EZ INSULIN SYRINGE 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2"[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
COMFORT EZ INSULIN SYRINGE 0.3 ML 30 GAUGE X 1/2"[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
COMFORT EZ INSULIN SYRINGE 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16"[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
COMFORT EZ INSULIN SYRINGE 0.3 ML 31 GAUGE X 15/64"[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
COMFORT EZ INSULIN SYRINGE 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
COMFORT EZ INSULIN SYRINGE 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
COMFORT EZ INSULIN SYRINGE 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2"[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
COMFORT EZ INSULIN SYRINGE 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
COMFORT EZ INSULIN SYRINGE 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
COMFORT EZ INSULIN SYRINGE 1 ML 27 GAUGE X 1/2"[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
COMFORT EZ INSULIN SYRINGE 1 ML 28 GAUGE X 1/2"[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
COMFORT EZ INSULIN SYRINGE 1 ML 29 GAUGE X 1/2"[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
COMFORT EZ INSULIN SYRINGE 1 ML 30 GAUGE X 1/2"[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		

• NP – no preferido • OTC – sin receta • PA – autorización previa • QL – Límite de cantidad
• ST – Terapia por fases

Nombre del medicamento	Grupo del nivel del medica-mento	Requisitos de manejo de utilización	Nombre de la categoría terapéutica	Edad mínima	Edad máxima
COMFORT EZ INSULIN SYRINGE 1 ML 30 GAUGE X 5/16"NP	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
COMFORT EZ INSULIN SYRINGE 1 ML 31 GAUGE X 15/64"NP	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
COMFORT EZ INSULIN SYRINGE 1 ML 31 GAUGE X 5/16"NP	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
COMFORT EZ INSULIN SYRINGE 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2"NP	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
COMFORT EZ INSULIN SYRINGE 1/2 ML 31 GAUGE X 15/64"NP	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
COMFORT EZ PEN NEEDLES 29 GAUGE X 1/2"NP	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
COMFORT EZ PEN NEEDLES 31 GAUGE X 1/4"NP	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
COMFORT EZ PEN NEEDLES 31 GAUGE X 3/16"NP	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
COMFORT EZ PEN NEEDLES 31 GAUGE X 5/16"NP	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
COMFORT EZ PEN NEEDLES 32 GAUGE X 1/4"NP	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
COMFORT EZ PEN NEEDLES 32 GAUGE X 3/16"NP	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
COMFORT EZ PEN NEEDLES 32 GAUGE X 5/16"NP	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
COMFORT EZ PEN NEEDLES 32 GAUGE X 5/32"NP	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
COMFORT EZ PEN NEEDLES 33 GAUGE X 1/4"NP	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
COMFORT EZ PEN NEEDLES 33 GAUGE X 3/16"NP	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
COMFORT EZ PEN NEEDLES 33 GAUGE X 5/16"NP	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
COMFORT EZ PEN NEEDLES 33 GAUGE X 5/32"NP	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
COMFORT EZ PLUS PEN NEEDLE 32 GAUGE X 5/32"NP	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
COMFORT EZ PRO SAFETY PEN NEEDLE 30 GAUGE X 5/16"NP	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
COMFORT EZ PRO SAFETY PEN NEEDLE 31 GAUGE X 3/16"NP	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
COMFORT EZ PRO SAFETY PEN NEEDLE 31 GAUGE X 5/32"NP	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
COMFORT TOUCH PEN NEEDLE 31 GAUGE X 1/4"NP	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
COMFORT TOUCH PEN NEEDLE 31 GAUGE X 3/16"NP	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
COMFORT TOUCH PEN NEEDLE 31 GAUGE X 5/16"NP	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
COMFORT TOUCH PEN NEEDLE 31 GAUGE X 5/32"NP	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		

• NP – no preferido • OTC – sin receta • PA – autorización previa • QL – Límite de cantidad
• ST – Terapia por fases

Nombre del medicamento	Grupo del nivel del medica-mento	Requisitos de manejo de utilización	Nombre de la categoría terapéutica	Edad mínima	Edad máxima
COMFORT TOUCH PEN NEEDLE 32 GAUGE X 1/4"[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
COMFORT TOUCH PEN NEEDLE 32 GAUGE X 3/16"[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
COMFORT TOUCH PEN NEEDLE 32 GAUGE X 5/16"[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
COMFORT TOUCH PEN NEEDLE 32 GAUGE X 5/32"[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
COMFORT TOUCH PEN NEEDLE 33 GAUGE X 1/4"[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
COMFORT TOUCH PEN NEEDLE 33 GAUGE X 3/16"[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
COMFORT TOUCH PEN NEEDLE 33 GAUGE X 5/32"[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
complete multivitamin adult 50 plus 0.4 mg-300 mcg-250 mcg tablet[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
complete multivitamin-multimineral 18 mg-400 mcg tablet[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
complex b-100 400 mcg tablet,extended release[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
complex b-100 tablet,extended release[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
CONTOUR METER[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
CONTOUR METER KIT[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
CONTOUR NEXT EZ METER[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
CONTOUR NEXT EZ METER KIT[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
CONTOUR NEXT GEN METER[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
CONTOUR NEXT GEN METER KIT[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
CONTOUR NEXT GLUCOSE METER KIT[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
CONTOUR NEXT LINK 2.4 KIT[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
CONTOUR NEXT LINK KIT[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
CONTOUR NEXT METER[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
CONTOUR NEXT ONE METER[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
CONTOUR NEXT ONE METER KIT[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
CONTOUR NEXT TEST STRIPS[NP]	*	QL(300 cada 30 días)	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
CONTOUR PLUS BLUE METER[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		

• NP – no preferido • OTC – sin receta • PA – autorización previa • QL – Límite de cantidad
• ST – Terapia por fases

Nombre del medicamento	Grupo del nivel del medica-mento	Requisitos de manejo de utilización	Nombre de la categoría terapéutica	Edad mínima	Edad máxima
CONTOUR PLUS TEST STRIP[OTC]	1	QL(300 cada 30 dÍas)	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
CONTOUR TEST STRIPS[NP]	*	QL(300 cada 30 dÍas)	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
CORDX COVID-19 AG HOME TEST KIT[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
CORDX TYFAST COVID-19 AG HOME TEST KIT[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
CORIFACT 1,000 UNIT-1,600 UNIT INTRAVENOUS SOLUTION	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
CORRECTOL 5 MG TABLET[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
corvita 1.25 mg-2.5 mg-7 mg tablet[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
cough syrup 100 mg/5 ml oral liquid[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
COVID-19 AT-HOME TEST KIT[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
COVID-19 RAPID AT-HOME TEST KIT[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
CURITY ALCOHOL SWABS[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
cyanocobalamin (vit b-12) 1,000 mcg/ml injection solution	1	QL(30 cada 30 dÍas)	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
daily fiber (psyllium-aspartame) 3 gram oral powder packet[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
daily fiber (psyllium-aspartame) 3.4 gram oral powder packet[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
daily fiber (psyllium-sucrose) 3 gram/7 gram oral powder[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
daily fiber (psyllium-sucrose) 3.4 gram/12 gram oral powder[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
daily fiber (psyllium-sucrose) 3.4 gram/7 gram oral powder[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
daily fiber 0.4 gram capsule[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
daily fiber 0.52 gram capsule[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
daily gummies 200 mcg chewable tablet[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
daily multi-vitamin tablet[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
daily multiple for women 18 mg iron-400 mcg-500 mg ca tablet[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS	10	20
daily multivitamin with iron 18 mg-400 mcg tablet[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
daily multivitamin-minerals 18 mg-400 mcg tablet[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
daily multivitamin-minerals tablet[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS	10	20

• NP – no preferido • OTC – sin receta • PA – autorización previa • QL – Límite de cantidad
• ST – Terapia por fases

Nombre del medicamento	Grupo del nivel del medica-mento	Requisitos de manejo de utilización	Nombre de la categoría terapéutica	Edad mínima	Edad máxima
daily value tablet[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS	10	20
daily vitamin formula tablet[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS	10	20
daily vitamin formula-iron 18 mg-400 mcg tablet[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
daily vitamin formula-minerals tablet[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS	10	20
DAILY VITAMIN WITH IRON TABLET[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS	10	20
DAILY VITES/IRON TABLET[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS	10	20
DAILY-VITE (WITH FOLIC ACID) 400 MCG TABLET[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
DAILY-VITE TABLET[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
daylogic acne treatment 10 % topical gel[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
DEBROX 6.5 % EAR DROPS[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
debrox kids 95 %-5 % ear drops[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
debrox swimmer's ear 95 %-5 % drops[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS	10	20
deep sea nasal 0.65 % spray aerosol[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS	12	
DERMACINRX DAVIMET 1,000 MCG CHEWABLE TABLET[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
DERMACINRX MULTITAM 1,000 MCG TABLET[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS	12	
DERMACINRX VENEXA 1,000 MCG TABLET[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS	10	20
DERMACINRX VENTRIXYL 1,000 MCG TABLET[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS	10	20
DERMACINRX VITRAMYN 1,000 MCG TABLET[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS	12	
DERMACINRX VITRANOL 1,000 MCG TABLET[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS	10	20
DERMACINRX VITREXATE 1,000 MCG TABLET[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS	12	
dermacure 41 % topical cream[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS	12	
dermaphor topical ointment[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS	10	20
dermazene (salicylic acid) 6 % topical gel[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS	12	
DEXCOM G6 RECEIVER	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS	12	
DEXCOM G6 SENSOR DEVICE	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		

• NP – no preferido • OTC – sin receta • PA – autorización previa • QL – Límite de cantidad
• ST – Terapia por fases

Nombre del medicamento	Grupo del nivel del medica-mento	Requisitos de manejo de utilización	Nombre de la categoría terapéutica	Edad mínima	Edad máxima
DEXCOM G6 TRANSMITTER DEVICE	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS	12	
DEXCOM G7 15 DAY SENSOR DEVICE	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS	10	20
DEXCOM G7 RECEIVER	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS	10	20
DEXCOM G7 SENSOR DEVICE	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS	10	20
dextromethorphan-guaifenesin 10 mg-100 mg/5 ml oral liquid[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS	10	20
dextromethorphan-guaifenesin 10 mg-100 mg/5 ml oral syrup[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
diabetic multivitamin 120 mcg chewable tablet[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
diabetic tussin dm 10 mg-100 mg/5 ml oral liquid[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
DIATRUE PLUS BLOOD GLUCOSE METER SYSTEM[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
DIATRUE PLUS TEST STRIP[NP]	*	QL(300 cada 30 días)	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS	10	20
dibucaine 1 % topical ointment[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS	12	
DIGITAL PREGNANCY TEST KIT[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS	12	
dimenhydrinate 50 mg tablet[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS	10	20
diphenhydramine 25 mg tablet[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS	10	20
docuprene 100 mg tablet[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS	12	
docusate calcium 240 mg capsule[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS	10	20
docusate sodium 100 mg capsule[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS	12	
docusate sodium 100 mg tablet[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
docusate sodium 250 mg capsule[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS	10	20
docusate sodium 283 mg/5 ml enema[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS	10	20
docusate sodium 50 mg/5 ml oral liquid[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS	10	20
docusate sodium 60 mg/15 ml oral syrup[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS	12	
DOCUSOL KIDS 100 MG/5 ML ENEMA[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS	10	20
docuzen 8.6 mg-50 mg tablet[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS	12	
dok 100 mg tablet[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		

• NP – no preferido • OTC – sin receta • PA – autorización previa • QL – Límite de cantidad
• ST – Terapia por fases

Nombre del medicamento	Grupo del nivel del medica-mento	Requisitos de manejo de utilización	Nombre de la categoría terapéutica	Edad mínima	Edad máxima
dormin 25 mg capsule[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS	12	
double antibiotic (bacitrcn zn) 500 unit-10,000 unit/gram top ointment[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS	12	
double antibiotic-pain relief 3.5 mg-10,000 unit-10 mg/gram top cream[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS	12	
DRAMAMINE 25 MG CHEWABLE TABLET[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS	12	
DRAMAMINE 50 MG CHEWABLE TABLET[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS	12	
DRAMAMINE 50 MG TABLET[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS	10	20
driminate 50 mg tablet[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS	12	
DROPLET INSULIN SYRINGE (HALF UNIT) 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2"[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS	12	
DROPLET INSULIN SYRINGE (HALF UNIT) 0.3 ML 30 GAUGE X 1/2"[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS	12	
DROPLET INSULIN SYRINGE (HALF UNIT) 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16"[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS	10	20
DROPLET INSULIN SYRINGE (HALF UNIT) 0.3 ML 31 GAUGE X 15/64"[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS	10	20
DROPLET INSULIN SYRINGE (HALF UNIT) 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS	10	20
DROPLET INSULIN SYRINGE (HALF UNIT) 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS	10	20
DROPLET INSULIN SYRINGE (HALF UNIT) 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2"[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS	10	20
DROPLET INSULIN SYRINGE (HALF UNIT) 0.5 ML 30 GAUGE X 15/64"[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS	10	20
DROPLET INSULIN SYRINGE (HALF UNIT) 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS	12	
DROPLET INSULIN SYRINGE (HALF UNIT) 0.5 ML 31 GAUGE X 15/64"[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
DROPLET INSULIN SYRINGE (HALF UNIT) 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
DROPLET INSULIN SYRINGE 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2"[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
DROPLET INSULIN SYRINGE 0.3 ML 30 GAUGE X 1/2"[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS	10	20
DROPLET INSULIN SYRINGE 0.3 ML 30 GAUGE X 15/64"[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS	12	
DROPLET INSULIN SYRINGE 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16"[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
DROPLET INSULIN SYRINGE 0.3 ML 31 GAUGE X 15/64"[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
DROPLET INSULIN SYRINGE 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
DROPLET INSULIN SYRINGE 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		

• NP – no preferido • OTC – sin receta • PA – autorización previa • QL – Límite de cantidad
• ST – Terapia por fases

Nombre del medicamento	Grupo del nivel del medica-mento	Requisitos de manejo de utilización	Nombre de la categoría terapéutica	Edad mínima	Edad máxima
DROPLET INSULIN SYRINGE 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2"[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
DROPLET INSULIN SYRINGE 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
DROPLET INSULIN SYRINGE 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
DROPLET INSULIN SYRINGE 1 ML 29 GAUGE X 1/2"[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
DROPLET INSULIN SYRINGE 1 ML 30 GAUGE X 1/2"[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
DROPLET INSULIN SYRINGE 1 ML 30 GAUGE X 15/64"[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
DROPLET INSULIN SYRINGE 1 ML 30 GAUGE X 5/16"[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
DROPLET INSULIN SYRINGE 1 ML 31 GAUGE X 15/64"[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
DROPLET INSULIN SYRINGE 1 ML 31 GAUGE X 5/16"[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
DROPLET INSULIN SYRINGE 1/2 ML 31 GAUGE X 15/64"[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
DROPLET MICRON PEN NEEDLE 34 GAUGE X 9/64"[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
DROPLET PEN NEEDLE 29 GAUGE X 1/2"[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
DROPLET PEN NEEDLE 29 GAUGE X 3/8"[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
DROPLET PEN NEEDLE 30 GAUGE X 5/16"[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
DROPLET PEN NEEDLE 31 GAUGE X 1/4"[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
DROPLET PEN NEEDLE 31 GAUGE X 3/16"[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
DROPLET PEN NEEDLE 31 GAUGE X 5/16"[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
DROPLET PEN NEEDLE 32 GAUGE X 1/4"[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
DROPLET PEN NEEDLE 32 GAUGE X 3/16"[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
DROPLET PEN NEEDLE 32 GAUGE X 5/16"[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
DROPLET PEN NEEDLE 32 GAUGE X 5/32"[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
DROPSAFE ALCOHOL PREP PADS[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
DROPSAFE INSULIN SYRINGE 0.3 ML 31 GAUGE X 15/64"[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
DROPSAFE INSULIN SYRINGE 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
DROPSAFE INSULIN SYRINGE 0.5 ML 31 GAUGE X 15/64"[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		

• NP – no preferido • OTC – sin receta • PA – autorización previa • QL – Límite de cantidad
• ST – Terapia por fases

Nombre del medicamento	Grupo del nivel del medica-mento	Requisitos de manejo de utilización	Nombre de la categoría terapéutica	Edad mínima	Edad máxima
DROPSAFE INSULIN SYRINGE 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
DROPSAFE INSULIN SYRINGE 1 ML 29 GAUGE X 1/2"[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
DROPSAFE INSULIN SYRINGE 1 ML 31 GAUGE X 15/64"[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
DROPSAFE INSULIN SYRINGE 1 ML 31 GAUGE X 5/16"[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
DROPSAFE PEN NEEDLE 31 GAUGE X 1/4"[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
DROPSAFE PEN NEEDLE 31 GAUGE X 3/16"[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
DROPSAFE PEN NEEDLE 31 GAUGE X 5/16"[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
DROPSAFE PEN NEEDLE 31 GAUGE X 5/32"[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
DROXIA 200 MG CAPSULE	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
DROXIA 300 MG CAPSULE	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
DROXIA 400 MG CAPSULE	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
dry eye relief (peg 400) 1 % drops[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
dry eye relief 1 %-0.2 %-0.2 % drops[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
DULCOLAX (BISACODYL) 10 MG RECTAL SUPPOSITORY[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
DULCOLAX (BISACODYL) 5 MG TABLET,DELAYED RELEASE[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
DULCOLAX (MAGNESIUM HYDROXIDE) 1,200 MG CHEWABLE TABLET[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
dulcolax (magnesium hydroxide) 400 mg/5 ml oral suspension[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
DULCOLAX (MAGNESIUM HYDROXIDE) 600 MG CHEWABLE TABLET[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
dulcolax stool softener (docusate) 100 mg capsule[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
DUREX AIR CONDOM[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
DUREX AVANTI BARE REAL FEEL CONDOM[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
DUREX EXTRA SENSITIVE CONDOM[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
DUREX TROPICAL CONDOM[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
DURMA DYNAGEL 20 % TOPICAL[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
DYNA-HEX 2 % TOPICAL LIQUID[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		

• NP – no preferido • OTC – sin receta • PA – autorización previa • QL – Límite de cantidad
• ST – Terapia por fases

Nombre del medicamento	Grupo del nivel del medica-mento	Requisitos de manejo de utilización	Nombre de la categoría terapéutica	Edad mínima	Edad máxima
DYNA-HEX 4 % TOPICAL LIQUID[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
DYNAGEL 20 % TOPICAL[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
E-Z SCRUB PREOPERATIVE 0.5 % SPONGE[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
ear drops (carbamide peroxide) 6.5 %[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
ear drops for swimmers 95 %-5 %[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
ear dry 95 %-5 % drops[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
ear wax removal drops 6.5 %[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
ear wax removal kit 6.5 % drops[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
ear wax removal system 6.5 % ear pack[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
EARLY PREGNANCY TEST KIT[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
EARLY RESULT PREGNANCY TEST KIT[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
EASY COMFORT ALCOHOL PAD TOPICAL PADS[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
EASY COMFORT INSULIN SYRINGE 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
EASY COMFORT INSULIN SYRINGE 0.3 ML 31 X 1/2"[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
EASY COMFORT INSULIN SYRINGE 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2"[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
EASY COMFORT INSULIN SYRINGE 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
EASY COMFORT INSULIN SYRINGE 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
EASY COMFORT INSULIN SYRINGE 1 ML 29 GAUGE X 5/16"[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
EASY COMFORT INSULIN SYRINGE 1 ML 30 GAUGE X 1/2"[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
EASY COMFORT INSULIN SYRINGE 1 ML 30 GAUGE X 5/16"[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
EASY COMFORT INSULIN SYRINGE 1 ML 31 GAUGE X 5/16"[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
EASY COMFORT INSULIN SYRINGE 1 ML 32 GAUGE X 5/16"[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
EASY COMFORT INSULIN SYRINGE 1/2 ML 29 X 5/16"[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
EASY COMFORT INSULIN SYRINGE 1/2 ML 32 GAUGE X 5/16"[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
EASY COMFORT PEN NEEDLES 29 GAUGE X 3/16"[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		

• NP – no preferido • OTC – sin receta • PA – autorización previa • QL – Límite de cantidad
• ST – Terapia por fases

Nombre del medicamento	Grupo del nivel del medica-mento	Requisitos de manejo de utilización	Nombre de la categoría terapéutica	Edad mínima	Edad máxima
EASY COMFORT PEN NEEDLES 29 GAUGE X 5/32"NP	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
EASY COMFORT PEN NEEDLES 31 GAUGE X 1/4"NP	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
EASY COMFORT PEN NEEDLES 31 GAUGE X 3/16"NP	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
EASY COMFORT PEN NEEDLES 31 GAUGE X 5/16"NP	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
EASY COMFORT PEN NEEDLES 32 GAUGE X 5/32"NP	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
EASY COMFORT PEN NEEDLES 33 GAUGE X 1/4"NP	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
EASY COMFORT PEN NEEDLES 33 GAUGE X 3/16"NP	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
EASY COMFORT PEN NEEDLES 33 GAUGE X 5/32"NP	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
EASY COMFORT SAFETY PEN NEEDLE 31 GAUGE X 1/4"NP	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
EASY COMFORT SAFETY PEN NEEDLE 31 GAUGE X 3/16"NP	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
EASY COMFORT SAFETY PEN NEEDLE 32 GAUGE X 5/32"NP	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
EASY GLIDE CATHETER TIP SYRINGE 60 MLOTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
EASY GLIDE DENTAL IRRIGATION SYRINGE 10 MLOTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
EASY GLIDE INSULIN SYRINGE 0.3 ML 31 GAUGE X 15/64"NP	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
EASY GLIDE INSULIN SYRINGE 1 ML 31 GAUGE X 15/64"NP	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
EASY GLIDE INSULIN SYRINGE 1/2 ML 31 GAUGE X 15/64"NP	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
EASY GLIDE LUER LOCK SYRINGE 1 MLOTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
EASY GLIDE LUER LOCK SYRINGE 10 MLOTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
EASY GLIDE LUER LOCK SYRINGE 3 MLOTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
EASY GLIDE LUER LOCK SYRINGE 60 MLOTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
EASY GLIDE LUER SLIP TB SYRINGE 1 MLOTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
EASY GLIDE PEN NEEDLE 33 GAUGE X 5/32"NP	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
EASY PLUS II BLOOD GLUCOSE METERNP	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
EASY PLUS II TEST STRIPSNP	*	QL(300 cada 30 días)	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
EASY STEP BLOOD GLUCOSE METERNP	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		

• NP – no preferido • OTC – sin receta • PA – autorización previa • QL – Límite de cantidad
• ST – Terapia por fases

Nombre del medicamento	Grupo del nivel del medica-mento	Requisitos de manejo de utilización	Nombre de la categoría terapéutica	Edad mínima	Edad máxima
EASY STEP STRIPS[NP]	*	QL(300 cada 30 días)	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
EASY TALK BLOOD GLUCOSE METER[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
EASY TALK GLUCOSE TEST STRIPS[NP]	*	QL(300 cada 30 días)	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
EASY TALK PLUS II TEST STRIP[NP]	*	QL(300 cada 30 días)	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
EASY TOUCH 1 ML 25 GAUGE X 1" SYRINGE[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
EASY TOUCH 1 ML 25 GAUGE X 5/8" SYRINGE[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
EASY TOUCH 29 GAUGE X 1/2" NEEDLE[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
EASY TOUCH 3 ML 20 GAUGE X 1" SYRINGE[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
EASY TOUCH 3 ML 21 GAUGE X 1" SYRINGE[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
EASY TOUCH 3 ML 22 GAUGE X 1" SYRINGE[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
EASY TOUCH 3 ML 22 X 1 1/2" SYRINGE[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
EASY TOUCH 3 ML 23 X 1" SYRINGE[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
EASY TOUCH 3 ML 25 GAUGE X 1" SYRINGE[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
EASY TOUCH 3 ML 25 X 5/8" SYRINGE[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
EASY TOUCH 31 GAUGE X 1/4" NEEDLE[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
EASY TOUCH 31 GAUGE X 3/16" NEEDLE[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
EASY TOUCH 31 GAUGE X 5/16" NEEDLE[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
EASY TOUCH 32 GAUGE X 1/4" NEEDLE[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
EASY TOUCH 32 GAUGE X 3/16" NEEDLE[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
EASY TOUCH 32 GAUGE X 5/32" NEEDLE[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
EASY TOUCH ALCOHOL PREP PADS[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
EASY TOUCH BLU CTRL SOLN-L1,L3 SOLUTION[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
EASY TOUCH BLULINK GLUCOSE SYSTEM[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
EASY TOUCH BLULINK TEST STRIP[NP]	*	QL(300 cada 30 días)	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
EASY TOUCH FLIPLOCK INSULIN 1 ML 29 GAUGE X 1/2" SYRINGE[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		

• NP – no preferido • OTC – sin receta • PA – autorización previa • QL – Límite de cantidad
• ST – Terapia por fases

Nombre del medicamento	Grupo del nivel del medica-mento	Requisitos de manejo de utilización	Nombre de la categoría terapéutica	Edad mínima	Edad máxima
EASY TOUCH FLIPLOCK INSULIN 1 ML 31 GAUGE X 5/16" SYRINGE[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
EASY TOUCH FLIPLOCK INSULIN SYRINGE 1 ML 30 GAUGE X 1/2"[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
EASY TOUCH FLIPLOCK INSULIN SYRINGE 1 ML 30 GAUGE X 5/16"[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
EASY TOUCH FLIPLOCK NEEDLE 18 GAUGE X 1 1/2"[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
EASY TOUCH FLIPLOCK NEEDLE 18 GAUGE X 1"[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
EASY TOUCH FLIPLOCK NEEDLE 19 GAUGE X 1 1/2"[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
EASY TOUCH FLIPLOCK NEEDLE 19 GAUGE X 1"[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
EASY TOUCH FLIPLOCK NEEDLE 20 GAUGE X 1 1/2"[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
EASY TOUCH FLIPLOCK NEEDLE 20 GAUGE X 1"[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
EASY TOUCH FLIPLOCK NEEDLE 21 GAUGE X 1 1/2"[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
EASY TOUCH FLIPLOCK NEEDLE 21 GAUGE X 1"[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
EASY TOUCH FLIPLOCK NEEDLE 22 GAUGE X 1 1/2"[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
EASY TOUCH FLIPLOCK NEEDLE 22 GAUGE X 1"[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
EASY TOUCH FLIPLOCK NEEDLE 22 GAUGE X 3/4"[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
EASY TOUCH FLIPLOCK NEEDLE 23 GAUGE X 1 1/2"[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
EASY TOUCH FLIPLOCK NEEDLE 23 GAUGE X 1"[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
EASY TOUCH FLIPLOCK NEEDLE 23 GAUGE X 5/8"[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
EASY TOUCH FLIPLOCK NEEDLE 25 GAUGE X 1 1/2"[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
EASY TOUCH FLIPLOCK NEEDLE 25 GAUGE X 1"[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
EASY TOUCH FLIPLOCK NEEDLE 25 GAUGE X 5/8"[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
EASY TOUCH FLIPLOCK NEEDLE 26 GAUGE X 1"[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
EASY TOUCH FLIPLOCK NEEDLE 26 GAUGE X 1/2"[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
EASY TOUCH FLIPLOCK NEEDLE 27 GAUGE X 1"[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
EASY TOUCH FLIPLOCK NEEDLE 27 GAUGE X 1/2"[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
EASY TOUCH FLIPLOCK NEEDLE 28 GAUGE X 1/2"[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		

• NP – no preferido • OTC – sin receta • PA – autorización previa • QL – Límite de cantidad
• ST – Terapia por fases

Nombre del medicamento	Grupo del nivel del medica-mento	Requisitos de manejo de utilización	Nombre de la categoría terapéutica	Edad mínima	Edad máxima
EASY TOUCH FLIPLOCK NEEDLE 29 GAUGE X 1/2"OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
EASY TOUCH FLIPLOCK NEEDLE 30 GAUGE X 5/16"OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
EASY TOUCH FLIPLOCK NEEDLE 30 X 1/2"OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
EASY TOUCH FLIPLOCK NEEDLE 31 GAUGE X 5/16"OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
EASY TOUCH FLIPLOCK SYRINGE 1 ML 25 GAUGE X 1"OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
EASY TOUCH FLIPLOCK SYRINGE 1 ML 26 GAUGE X 3/8"OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
EASY TOUCH FLIPLOCK SYRINGE 1 ML 27 GAUGE X 1/2"OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS	10	20
EASY TOUCH FLIPLOCK SYRINGE 10 ML 18 GAUGE X 1 1/2"OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
EASY TOUCH FLIPLOCK SYRINGE 10 ML 18 GAUGE X 1"OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
EASY TOUCH FLIPLOCK SYRINGE 10 ML 20 GAUGE X 1 1/2"OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
EASY TOUCH FLIPLOCK SYRINGE 10 ML 20 GAUGE X 1"OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS	10	20
EASY TOUCH FLIPLOCK SYRINGE 10 ML 21 GAUGE X 1 1/2"OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
EASY TOUCH FLIPLOCK SYRINGE 10 ML 22 GAUGE X 1 1/2"OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
EASY TOUCH FLIPLOCK SYRINGE 10 ML 25 GAUGE X 1"OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
EASY TOUCH FLIPLOCK SYRINGE 10 ML, 21 X 1"OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
EASY TOUCH FLIPLOCK SYRINGE 3 ML 18 GAUGE X 1 1/2"OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
EASY TOUCH FLIPLOCK SYRINGE 3 ML 18 GAUGE X 1"OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
EASY TOUCH FLIPLOCK SYRINGE 3 ML 19 GAUGE X 1 1/2"OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS	10	20
EASY TOUCH FLIPLOCK SYRINGE 3 ML 19 GAUGE X 1"OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS	10	20
EASY TOUCH FLIPLOCK SYRINGE 3 ML 20 GAUGE X 1 1/2"OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
EASY TOUCH FLIPLOCK SYRINGE 3 ML 20 GAUGE X 1"OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
EASY TOUCH FLIPLOCK SYRINGE 3 ML 21 GAUGE X 1 1/2"OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
EASY TOUCH FLIPLOCK SYRINGE 3 ML 21 GAUGE X 1"OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
EASY TOUCH FLIPLOCK SYRINGE 3 ML 22 GAUGE X 1 1/2"OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS	10	
EASY TOUCH FLIPLOCK SYRINGE 3 ML 22 GAUGE X 1"OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		

• NP – no preferido • OTC – sin receta • PA – autorización previa • QL – Límite de cantidad
• ST – Terapia por fases

Nombre del medicamento	Grupo del nivel del medica-mento	Requisitos de manejo de utilización	Nombre de la categoría terapéutica	Edad mínima	Edad máxima
EASY TOUCH FLIPLOCK SYRINGE 3 ML 23 GAUGE X 1 1/2"OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS	10	20
EASY TOUCH FLIPLOCK SYRINGE 3 ML 23 GAUGE X 1"OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS	10	
EASY TOUCH FLIPLOCK SYRINGE 3 ML 25 GAUGE X 1"OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
EASY TOUCH FLIPLOCK SYRINGE 3 ML 25 GAUGE X 5/8"OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS	10	20
EASY TOUCH FLIPLOCK SYRINGE 5 ML 18 GAUGE X 1"OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS	10	20
EASY TOUCH FLIPLOCK SYRINGE 5 ML 20 GAUGE X 1 1/2"OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
EASY TOUCH FLIPLOCK SYRINGE 5 ML 20 GAUGE X 1"OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
EASY TOUCH FLIPLOCK SYRINGE 5 ML 21 GAUGE X 1 1/2"OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
EASY TOUCH FLIPLOCK SYRINGE 5 ML 21 GAUGE X 1"OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
EASY TOUCH FLIPLOCK SYRINGE 5 ML 22 GAUGE X 1 1/2"OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS	10	20
EASY TOUCH FLIPLOCK SYRINGE 5 ML 25 GAUGE X 1"OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
EASY TOUCH FLIPLOCK SYRINGE 5 ML 25 GAUGE X 5/8"OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
EASY TOUCH FLURINGE 1 ML 25 GAUGE X 1" SYRINGEOTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS	10	20
EASY TOUCH FLURINGE 1 ML 25 GAUGE X 5/8" SYRINGEOTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS	10	20
EASY TOUCH FLURINGE FLIPLOCK 1 ML SYRINGE 25 GAUGE X 1"OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS	10	20
EASY TOUCH FLURINGE SHEATHLOCK 1 ML SYRINGE 25 GAUGE X 1"OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
EASY TOUCH FLURINGE SHEATHLOCK 1 ML SYRINGE 25 GAUGE X 5/8"OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
EASY TOUCH GLUCOSE MONITORNP	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS	10	20
EASY TOUCH HEALTHPRO SYSTEM KITNP	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
EASY TOUCH HIGH-LOW CONTROL SOLUTIONOTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS	10	20
EASY TOUCH HYPODERMIC NEEDLE 16 GAUGE X 1 1/2"OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
EASY TOUCH HYPODERMIC NEEDLE 16 GAUGE X 1"OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
EASY TOUCH HYPODERMIC NEEDLE 18 GAUGE X 1 1/2"OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS	10	20
EASY TOUCH HYPODERMIC NEEDLE 18 GAUGE X 1 1/4"OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
EASY TOUCH HYPODERMIC NEEDLE 18 GAUGE X 1"OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		

• NP – no preferido • OTC – sin receta • PA – autorización previa • QL – Límite de cantidad
• ST – Terapia por fases

Nombre del medicamento	Grupo del nivel del medica-mento	Requisitos de manejo de utilización	Nombre de la categoría terapéutica	Edad mínima	Edad máxima
EASY TOUCH HYPODERMIC NEEDLE 19 GAUGE X 1 1/2"OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
EASY TOUCH HYPODERMIC NEEDLE 19 GAUGE X 1"OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS	10	20
EASY TOUCH HYPODERMIC NEEDLE 20 GAUGE X 1 1/2"OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
EASY TOUCH HYPODERMIC NEEDLE 20 GAUGE X 1"OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
EASY TOUCH HYPODERMIC NEEDLE 21 GAUGE X 1 1/2"OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
EASY TOUCH HYPODERMIC NEEDLE 21 GAUGE X 1"OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
EASY TOUCH HYPODERMIC NEEDLE 22 GAUGE X 1 1/2"OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
EASY TOUCH HYPODERMIC NEEDLE 22 GAUGE X 1"OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
EASY TOUCH HYPODERMIC NEEDLE 23 GAUGE X 1 1/2"OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS	10	20
EASY TOUCH HYPODERMIC NEEDLE 23 GAUGE X 1 1/4"OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
EASY TOUCH HYPODERMIC NEEDLE 23 GAUGE X 1"OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS	10	
EASY TOUCH HYPODERMIC NEEDLE 23 GAUGE X 3/4"OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
EASY TOUCH HYPODERMIC NEEDLE 24 GAUGE X 1 1/4"OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
EASY TOUCH HYPODERMIC NEEDLE 24 GAUGE X 1"OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS	10	20
EASY TOUCH HYPODERMIC NEEDLE 25 GAUGE X 1 1/2"OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
EASY TOUCH HYPODERMIC NEEDLE 25 GAUGE X 1"OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS	10	20
EASY TOUCH HYPODERMIC NEEDLE 25 GAUGE X 5/8"OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
EASY TOUCH HYPODERMIC NEEDLE 26 GAUGE X 1/2"OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
EASY TOUCH HYPODERMIC NEEDLE 26 GAUGE X 3/8"OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS	10	20
EASY TOUCH HYPODERMIC NEEDLE 26 GAUGE X 5/8"OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
EASY TOUCH HYPODERMIC NEEDLE 27 GAUGE X 1 1/2"OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
EASY TOUCH HYPODERMIC NEEDLE 27 GAUGE X 1 1/4"OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
EASY TOUCH HYPODERMIC NEEDLE 27 GAUGE X 1/2"OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
EASY TOUCH HYPODERMIC NEEDLE 30 GAUGE X 1"OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
EASY TOUCH HYPODERMIC NEEDLE 30 GAUGE X 1/2"OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		

• NP – no preferido • OTC – sin receta • PA – autorización previa • QL – Límite de cantidad
• ST – Terapia por fases

Nombre del medicamento	Grupo del nivel del medica-mento	Requisitos de manejo de utilización	Nombre de la categoría terapéutica	Edad mínima	Edad máxima
EASY TOUCH HYPODERMIC NEEDLE 30 GAUGE X 1/4"OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
EASY TOUCH HYPODERMIC NEEDLE 30 GAUGE X 5/16"OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
EASY TOUCH HYPODERMIC NEEDLE 31 GAUGE X 1/4"OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
EASY TOUCH HYPODERMIC NEEDLE 31 GAUGE X 5/16"OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
EASY TOUCH HYPODERMIC NEEDLE 32 GAUGE X 5/16"OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
EASY TOUCH INSULIN SAFETY SYRINGE 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"NP	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
EASY TOUCH INSULIN SAFETY SYRINGE 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"NP	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		3
EASY TOUCH INSULIN SAFETY SYRINGE 1 ML 29 GAUGE X 1/2"NP	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
EASY TOUCH INSULIN SAFETY SYRINGE 1 ML 30 GAUGE X 1/2"NP	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
EASY TOUCH INSULIN SYRINGE (HALF UNIT) 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS	10	20
EASY TOUCH INSULIN SYRINGE 0.3 ML 30 GAUGE X 1/2"NP	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS	10	20
EASY TOUCH INSULIN SYRINGE 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16"NP	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS	10	20
EASY TOUCH INSULIN SYRINGE 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"NP	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS	10	20
EASY TOUCH INSULIN SYRINGE 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"NP	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
EASY TOUCH INSULIN SYRINGE 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2"NP	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS	10	20
EASY TOUCH INSULIN SYRINGE 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"NP	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS	10	20
EASY TOUCH INSULIN SYRINGE 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"NP	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS	10	20
EASY TOUCH INSULIN SYRINGE 1 ML 27 GAUGE X 1/2"NP	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		20
EASY TOUCH INSULIN SYRINGE 1 ML 27 GAUGE X 5/8"NP	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS	10	20
EASY TOUCH INSULIN SYRINGE 1 ML 28 GAUGE X 1/2"NP	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS	10	20
EASY TOUCH INSULIN SYRINGE 1 ML 29 GAUGE X 1/2"NP	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
EASY TOUCH INSULIN SYRINGE 1 ML 30 GAUGE X 1/2"NP	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS	10	20
EASY TOUCH INSULIN SYRINGE 1 ML 30 GAUGE X 5/16"NP	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS	10	20
EASY TOUCH INSULIN SYRINGE 1 ML 31 GAUGE X 5/16"NP	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS	10	20
EASY TOUCH INSULIN SYRINGE 1/2 ML 27 GAUGE X 1/2"NP	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		

• NP – no preferido • OTC – sin receta • PA – autorización previa • QL – Límite de cantidad
• ST – Terapia por fases

Nombre del medicamento	Grupo del nivel del medica-mento	Requisitos de manejo de utilización	Nombre de la categoría terapéutica	Edad mínima	Edad máxima
EASY TOUCH INSULIN SYRINGE 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2"[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS	10	20
EASY TOUCH LUER LOCK INSULIN 1 ML SYRINGE[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS	10	20
EASY TOUCH LUER LOCK SYRINGE 1 ML[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS	10	20
EASY TOUCH LUER LOCK SYRINGE 10 ML[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS	10	20
EASY TOUCH LUER LOCK SYRINGE 20 ML[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS	10	20
EASY TOUCH LUER LOCK SYRINGE 3 ML[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
EASY TOUCH LUER LOCK SYRINGE 5 ML[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
EASY TOUCH LUER LOCK SYRINGE 60 ML[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		20
EASY TOUCH PEN NEEDLE 30 GAUGE X 5/16"[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		20
EASY TOUCH SAFETY PEN NEEDLE 29 GAUGE X 3/16"[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS	10	20
EASY TOUCH SAFETY PEN NEEDLE 29 GAUGE X 5/16"[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
EASY TOUCH SAFETY PEN NEEDLE 30 GAUGE X 1/4"[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
EASY TOUCH SAFETY PEN NEEDLE 30 GAUGE X 3/16"[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
EASY TOUCH SAFETY PEN NEEDLE 30 GAUGE X 5/16"[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
EASY TOUCH SHEATHLOCK INSULIN 1 ML 29 GAUGE X 1/2" SYRINGE[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
EASY TOUCH SHEATHLOCK INSULIN 1 ML 30 GAUGE X 5/16" SYRINGE[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
EASY TOUCH SHEATHLOCK INSULIN 1 ML 31 GAUGE X 5/16" SYRINGE[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
EASY TOUCH SHEATHLOCK INSULIN SYRINGE 1 ML 30 GAUGE X 1/2"[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
EASY TOUCH SHEATHLOCK SYRINGE 10 ML[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
EASY TOUCH SHEATHLOCK SYRINGE 3 ML[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
EASY TOUCH SHEATHLOCK SYRINGE 5 ML[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
EASY TOUCH SHEATHLOCK SYRINGE WITH NEEDLE 10 ML 21 GAUGE X 1 1/2"[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
EASY TOUCH SHEATHLOCK SYRINGE WITH NEEDLE 10 ML 22 GAUGE X 1 1/2"[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
EASY TOUCH SHEATHLOCK SYRINGE WITH NEEDLE 10 ML 25 GAUGE X 1"[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		

• NP – no preferido • OTC – sin receta • PA – autorización previa • QL – Límite de cantidad
• ST – Terapia por fases

Nombre del medicamento	Grupo del nivel del medica-mento	Requisitos de manejo de utilización	Nombre de la categoría terapéutica	Edad mínima	Edad máxima
EASY TOUCH SHEATHLOCK SYRINGE WITH NEEDLE 3 ML 21 GAUGE X 1 1/2"[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
EASY TOUCH SHEATHLOCK SYRINGE WITH NEEDLE 3 ML 21 GAUGE X 1"[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
EASY TOUCH SHEATHLOCK SYRINGE WITH NEEDLE 3 ML 22 GAUGE X 1 1/2"[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
EASY TOUCH SHEATHLOCK SYRINGE WITH NEEDLE 3 ML 22 GAUGE X 1"[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
EASY TOUCH SHEATHLOCK SYRINGE WITH NEEDLE 3 ML 23 GAUGE X 1"[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
EASY TOUCH SHEATHLOCK SYRINGE WITH NEEDLE 3 ML 25 GAUGE X 1"[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
EASY TOUCH SHEATHLOCK SYRINGE WITH NEEDLE 3 ML 25 GAUGE X 5/8"[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
EASY TOUCH SHEATHLOCK SYRINGE WITH NEEDLE 5 ML 21 GAUGE X 1 1/2"[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
EASY TOUCH SHEATHLOCK SYRINGE WITH NEEDLE 5 ML 22 GAUGE X 1 1/2"[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
EASY TOUCH SHEATHLOCK SYRINGE WITH NEEDLE 5 ML 25 GAUGE X 1"[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
EASY TOUCH TEST STRIP[NP]	*	QL(300 cada 30 días)	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
EASY TOUCH TUBERCULIN FLIPLOCK 1 ML 27 GAUGE X 1/2" SYRINGE[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
EASY TOUCH TUBERCULIN FLIPLOCK 1 ML 28 GAUGE X 1/2" SYRINGE[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
EASY TOUCH TUBERCULIN FLIPLOCK SYRINGE 1 ML 26 GAUGE X 5/8"[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
EASY TOUCH TUBERCULIN SHEATHLOCK 1 ML 25 GAUGE X 5/8" SYRINGE[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
EASY TOUCH TUBERCULIN SHEATHLOCK 1 ML 26 GAUGE X 5/8" SYRINGE[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
EASY TOUCH TUBERCULIN SHEATHLOCK 1 ML 28 GAUGE X 1/2" SYRINGE[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
EASY TOUCH TUBERCULIN SHEATHLOCK 1 ML SYRINGE 27 GAUGE X 1/2"[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
EASY TOUCH UNI-SLIP 10 ML SYRINGE[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
EASY TOUCH UNI-SLIP 3 ML SYRINGE[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
EASY TOUCH UNI-SLIP 5 ML SYRINGE[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
EASY TRAK BLOOD GLUCOSE METER[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
EASY TRAK GLUCOSE TEST STRIPS[NP]	*	QL(300 cada 30 días)	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
EASY TRAK II BLOOD GLUCOSE METER[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
EASY TRAK II TEST STRIP[NP]	*	QL(300 cada 30 días)	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		

• NP – no preferido • OTC – sin receta • PA – autorización previa • QL – Límite de cantidad
• ST – Terapia por fases

Nombre del medicamento	Grupo del nivel del medica-mento	Requisitos de manejo de utilización	Nombre de la categoría terapéutica	Edad mínima	Edad máxima
EASY-TOUCH BLOOD GLUCOSE METER[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
EASYGLUCO METER KIT[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
EASYGLUCO MONITORING SYSTEM KIT[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
EASYGLUCO TEST STRIPS[NP]	*	QL(300 cada 30 dÍas)	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
EASYLIFE ALCOHOL PADS[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
EASYMAX 15 TEST STRIPS[NP]	*	QL(300 cada 30 dÍas)	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
EASYMAX NG KIT[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
EASYMAX NG METER[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
EASYMAX STRIPS[NP]	*	QL(300 cada 30 dÍas)	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
EASYMAX V SPEAKING BLOOD GLUCOSE SYSTEM[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
EASYPOINT NEEDLE 18 GAUGE X 1 1/2"[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
EASYPOINT NEEDLE 18 GAUGE X 1"[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
EASYPOINT NEEDLE 20 GAUGE X 1 1/2"[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
EASYPOINT NEEDLE 20 GAUGE X 1"[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
EASYPOINT NEEDLE 21 GAUGE X 1 1/2"[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
EASYPOINT NEEDLE 21 GAUGE X 1"[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
EASYPOINT NEEDLE 22 GAUGE X 1 1/2"[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
EASYPOINT NEEDLE 22 GAUGE X 1"[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
EASYPOINT NEEDLE 23 GAUGE X 1"[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
EASYPOINT NEEDLE 25 GAUGE X 1"[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
EASYPOINT NEEDLE 25 GAUGE X 5/8"[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
ECLIPSE SYRINGE 1 ML 25 GAUGE X 5/8"[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
ECLIPSE SYRINGE 3 ML 25 GAUGE X 1"	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
ECOTRIN 325 MG TABLET,ENTERIC COATED[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
ed-apap 160 mg/5 ml oral liquid[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		

• NP – no preferido • OTC – sin receta • PA – autorización previa • QL – Límite de cantidad
• ST – Terapia por fases

Nombre del medicamento	Grupo del nivel del medica-mento	Requisitos de manejo de utilización	Nombre de la categoría terapéutica	Edad mínima	Edad máxima
electrolytes-dextrose oral packet[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
electrolytes-dextrose oral solution[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
ELEMENT COMPACT GLUCOSE METER[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
ELEMENT COMPACT TEST STRIPS[NP]	*	QL(300 cada 30 días)	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
ELEMENT COMPACT V GLUCOSE METER[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
ELEMENT PLUS BLOOD GLUCOSE KIT[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
ELEMENT TEST STRIPS[NP]	*	QL(300 cada 30 días)	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
ELLUME COVID-19 HOME TEST KIT[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
ELYXYB 120 MG/4.8 ML (25 MG/ML) ORAL SOLUTION[NP]	*	QL(43.2 cada 30 días)	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
EMBRACE BLOOD GLUCOSE SYSTEM[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
EMBRACE BLOOD GLUCOSE SYSTEM STRIPS[NP]	*	QL(300 cada 30 días)	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
EMBRACE EVO BLOOD GLUCOSE KIT[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
EMBRACE EVO GLUCOSE MONITOR[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
EMBRACE EVO TEST STRIPS[NP]	*	QL(300 cada 30 días)	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
EMBRACE PEN NEEDLE 29 GAUGE X 1/2"[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
EMBRACE PEN NEEDLE 30 GAUGE X 3/16"[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
EMBRACE PEN NEEDLE 30 GAUGE X 5/16"[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
EMBRACE PEN NEEDLE 31 GAUGE X 1/4"[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
EMBRACE PEN NEEDLE 31 GAUGE X 3/16"[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
EMBRACE PEN NEEDLE 31 GAUGE X 5/16"[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
EMBRACE PEN NEEDLE 32 GAUGE X 5/32"[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
EMBRACE PRO BLOOD GLUCOSE METER[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
EMBRACE PRO SOLUTION[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
EMBRACE PRO TEST STRIPS[NP]	*	QL(300 cada 30 días)	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
EMBRACE TALK BLOOD GLUCOSE MONITORING SYSTEM KIT[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		

• NP – no preferido • OTC – sin receta • PA – autorización previa • QL – Límite de cantidad
• ST – Terapia por fases

Nombre del medicamento	Grupo del nivel del medica-mento	Requisitos de manejo de utilización	Nombre de la categoría terapéutica	Edad mínima	Edad máxima
EMBRACE TALK GLUCOSE MONITOR[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
EMBRACE TALK TEST STRIPS[NP]	*	QL(300 cada 30 dÍas)	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
EMBRACE WAVE BLOOD GLUCOSE TEST STRIP[NP]	*	QL(300 cada 30 dÍas)	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
EMBRACE WAVE PLUS BLOOD GLUCOSE METER[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
EMERGEN-C KIDZ DAILY IMMUNE CHEWABLE TABLET[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
EMERGEN-C KIDZ DRINK MIX ORAL EFFERVESCENT POWDER PACK[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
EMERGEN-C KIDZ IMMUNE PLUS CHEWABLE TABLET[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
emetrol oral solution[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
EMPAVELI 1,080 MG/20 ML SUBCUTANEOUS SOLUTION[NP]	*	QL(160 cada 28 dÍas)	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
endit (zinc oxide) 20 % topical ointment[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
endur-b complex 400 mcg tablet,extended release[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
enema 19 gram-7 gram/118 ml[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
enema disposable 19 gram-7 gram/118 ml[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
ENEMEEZ 283 MG/5 ML ENEMA[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
ENEMEEZ KIDS 100 MG/5 ML ENEMA[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
ENFAMIL ENFALYTE ORAL SOLUTION[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
ENFIT MULTIFIL SYRINGE 10 ML[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
ENFIT MULTIFIL SYRINGE 60 ML[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
ENSURE RAPID HYDRATION 30 MEQ-10 MEQ-25 MEQ-11 GRAM ORAL POWDER PACKET[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
ENTERADE IBS-D ORAL SOLUTION[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
EOHILIA 2 MG/10 ML ORAL SUSPENSION IN PACKET[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
EPIOXA 0.239 %-0.177 % EYE DROPS[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
eq gentle 0.3 % eye drops[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
equalactin 500 mg chewable tablet[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
ergocalciferol (vitamin d2) 1,250 mcg (50,000 unit) capsule	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		

• NP – no preferido • OTC – sin receta • PA – autorización previa • QL – Límite de cantidad
• ST – Terapia por fases

Nombre del medicamento	Grupo del nivel del medica-mento	Requisitos de manejo de utilización	Nombre de la categoría terapéutica	Edad mínima	Edad máxima
ergocalciferol (vitamin d2) 200 mcg/ml (8,000 unit/ml) oral drops[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
essentia 18 mg-400 mcg tablet[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
ESSENTIAL MAN 0.4 MG-2 MG-250 MCG TABLET[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
ESSENTIAL MAN 50 PLUS 0.4 MG-2 MG-250 MCG TABLET[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
EVAC 3 GRAM/3 GRAM ORAL POWDER[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
evac-u-gen (sennosides) 8.6 mg tablet[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
EVARA 40.5 % TOPICAL CREAM[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
EVENCARE G2 SOLUTION[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
EVENCARE G3 CONTROL SOLUTION[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
EVENCARE PROVIEW CONTROL-L2,L3 SOLUTION[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
EVENCARE SOLUTION[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
EVERLYWELL COVID-19 HOME COLLECTION KIT[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
EVERSENSE 365 SENSOR SUBCUTANEOUS DEVICE[NP]	*	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
EVERSENSE 365 TRANSMITTER DEVICE[NP]	*	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
EVERSENSE E3 SENSOR-HOLDER SUBCUTANEOUS DEVICE[NP]	*	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
EVERSENSE E3 SMART TRANSMITTER DEVICE[NP]	*	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
EVOLUTION BLOOD GLUCOSE METER KIT[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
EVOLUTION TEST STRIPS[NP]	*	QL(300 cada 30 dÍas)	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
EX-LAX (SENNOSIDES) 15 MG CHEWABLE TABLET[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
EX-LAX MAXIMUM STRENGTH 25 MG TABLET[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
EXCEDRIN EXTRA STRENGTH 250 MG-250 MG-65 MG TABLET[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
EXCEDRIN MIGRAINE 250 MG-250 MG-65 MG TABLET[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
EXCEL SYRINGE 3 ML 23 X 1"[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
EXEL HYPODERMIC NEEDLES 18 GAUGE X 1 1/2"[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
EXEL HYPODERMIC NEEDLES 19 GAUGE X 1"[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		

• NP – no preferido • OTC – sin receta • PA – autorización previa • QL – Límite de cantidad
• ST – Terapia por fases

Nombre del medicamento	Grupo del nivel del medica-mento	Requisitos de manejo de utilización	Nombre de la categoría terapéutica	Edad mínima	Edad máxima
EXEL HYPODERMIC NEEDLES 20 GAUGE X 1 1/2"OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
EXEL HYPODERMIC NEEDLES 20 GAUGE X 1"OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
EXEL HYPODERMIC NEEDLES 20 X 3/4"OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
EXEL HYPODERMIC NEEDLES 21 GAUGE X 1 1/2"OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
EXEL HYPODERMIC NEEDLES 21 GAUGE X 1"OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
EXEL HYPODERMIC NEEDLES 21 GAUGE X 2"OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
EXEL HYPODERMIC NEEDLES 22 GAUGE X 1 1/2"OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
EXEL HYPODERMIC NEEDLES 22 GAUGE X 1"OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
EXEL HYPODERMIC NEEDLES 22 GAUGE X 3/4"OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
EXEL HYPODERMIC NEEDLES 23 GAUGE X 1 1/2"OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
EXEL HYPODERMIC NEEDLES 23 GAUGE X 3/4"OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
EXEL HYPODERMIC NEEDLES 25 GAUGE X 1 1/2"OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
EXEL HYPODERMIC NEEDLES 25 GAUGE X 1"OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
EXEL HYPODERMIC NEEDLES 25 GAUGE X 3/4"OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
EXEL HYPODERMIC NEEDLES 25 GAUGE X 5/8"OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
EXEL HYPODERMIC NEEDLES 26 GAUGE X 1 1/2"OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
EXEL HYPODERMIC NEEDLES 26 GAUGE X 1/2"OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
EXEL HYPODERMIC NEEDLES 26 GAUGE X 3/8"OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
EXEL HYPODERMIC NEEDLES 26 GAUGE X 5/8"OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
EXEL HYPODERMIC NEEDLES 27 GAUGE X 1/2"OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
EXEL HYPODERMIC NEEDLES 30 GAUGE X 1/2"OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
EXEL INSULIN 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2" SYRINGENP	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
EXEL SYRINGE 10 MLOTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
EXEL SYRINGE 3 ML 23 GAUGE X 1 1/2"OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
EXEL SYRINGE 3 ML 25 X 5/8"OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		

• NP – no preferido • OTC – sin receta • PA – autorización previa • QL – Límite de cantidad
• ST – Terapia por fases

Nombre del medicamento	Grupo del nivel del medica-mento	Requisitos de manejo de utilización	Nombre de la categoría terapéutica	Edad mínima	Edad máxima
EXEL SYRINGE 3 ML 27 GAUGE X 1 1/4"OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
EXEL SYRINGE 30 MLOTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
EXEL SYRINGE 50 MLOTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
expectorant 100 mg/5 ml oral liquidOTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
expectorant dm 10 mg-100 mg/5 ml oral syrupOTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
EXTENDED RESERVOIR 3 ML MISCNP	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
extra pain relief 250 mg-250 mg-65 mg tabletOTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
extra strength bayer 500 mg tabletOTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
extraprin 250 mg-250 mg-65 mg tabletOTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
eyes alive 0.5 % drops in a dropperetteOTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
ez nite sleep 25 mg capsuleOTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
ezz nite sleep aid 50 mg/30 ml oral liquidOTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
FANTASY CONDOMOTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
FASTEP COVID-19 AG HOME TEST KITOTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
FC2 FEMALE CONDOMOTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
fe-vite 15 mg iron (75 mg)/ml oral dropsOTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
feosol 325 mg (65 mg iron) tabletOTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
ferosul 325 mg (65 mg iron) tabletOTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
ferro-time 325 mg (65 mg iron) tabletOTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
ferrous sulfate 15 mg iron (75 mg)/ml oral dropsOTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
ferrous sulfate 220 mg (44 mg iron)/5 ml oral elixirOTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
ferrous sulfate 220 mg (44 mg iron)/5 ml oral solutionOTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
ferrous sulfate 300 mg (60 mg iron)/5 ml oral liquidOTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS	10	55
ferrous sulfate 324 mg (65 mg iron) tablet,delayed releaseOTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS	10	55
ferrous sulfate 325 mg (65 mg iron) tabletOTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS	10	55

• NP – no preferido • OTC – sin receta • PA – autorización previa • QL – Límite de cantidad
• ST – Terapia por fases

Nombre del medicamento	Grupo del nivel del medica-mento	Requisitos de manejo de utilización	Nombre de la categoría terapéutica	Edad mínima	Edad máxima
ferrous sulfate 325 mg (65 mg iron) tablet,delayed release[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS	10	55
fever reducer 120 mg rectal suppository[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS	10	55
FEVERALL 120 MG RECTAL SUPPOSITORY[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS	10	55
FEVERALL 325 MG RECTAL SUPPOSITORY[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS	10	55
FEVERALL 650 MG RECTAL SUPPOSITORY[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS	10	55
FEVERALL 80 MG RECTAL SUPPOSITORY[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS	10	55
fiber (calcium polycarbophil) 625 mg tablet[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS	10	55
fiber (psyllium husk) 0.4 gram capsule[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS	10	55
fiber (psyllium husk) 0.52 gram capsule[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS	10	55
fiber (psyllium husk-sugar) 3.4 gram/12 gram oral powder[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS	10	55
fiber (psyllium husk-sugar) 3.4 gram/7 gram oral powder[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS	10	55
fiber (with aspartame) 3 gram/5.8 gram oral powder[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS	10	55
fiber (with aspartame) 3.4 gram/5.8 gram oral powder[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS	10	55
fiber laxative (calcium polycarbophil) 625 mg tablet[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS	10	55
fiber laxative (methylcellulose) 500 mg tablet[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS	10	55
fiber laxative (psyllium husk) 0.52 gram capsule[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS	10	55
fiber therapy (ca polycarbophil) 625 mg tablet[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS	10	55
fiber therapy (methylcellulose) 500 mg tablet[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS	10	55
FIBER THERAPY (METHYLCELLULOSE-SUGAR) 2 GRAM/19 GRAM ORAL POWDER[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS	10	55
fiber therapy (psyllium husk-sucrose) 3 gram/12 gram oral powder[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS	10	55
fiber therapy (psyllium husk-sucrose) 3 gram/7 gram oral powder[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS	10	55
fiber therapy laxative (psyllium husk) 0.52 gram capsule[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS	10	55
fiber-lax 625 mg tablet[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS	10	55
fiber-tabs 625 mg tablet[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS	10	55
FIBERCON 625 MG TABLET[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS	10	55

• NP – no preferido • OTC – sin receta • PA – autorización previa • QL – Límite de cantidad
• ST – Terapia por fases

Nombre del medicamento	Grupo del nivel del medica-mento	Requisitos de manejo de utilización	Nombre de la categoría terapéutica	Edad mínima	Edad máxima
FILSPARI 200 MG TABLET[NP]	*	QL(30 cada 30 dÍas)	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS	10	55
FILSPARI 400 MG TABLET[NP]	*	QL(60 cada 30 dÍas)	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS	10	55
FILSUVEZ 10 % TOPICAL GEL[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS	10	55
FILTER NEEDLES 18 GAUGE X 1 1/2"[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS	10	55
fioricet 50 mg-300 mg-40 mg capsule[NP]	*	QL(180 cada 30 dÍas)	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS	10	55
first aid antibiotic 3.5 mg-400 unit-5,000 unit/gram topical ointment[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS	10	55
first aid antibiotic 3.5 mg-500 unit-10,000 unit topical ointment[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS	10	55
first aid antibiotic-pain rlf 3.5 mg-500 unit-10,000 unit/g top oint[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS	10	55
FIRST AID ANTISEPTIC (POVIDONE-IODINE) 10 % TOPICAL OINTMENT[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS	10	55
first aid antiseptic (povidone-iodine) 10 % topical solution[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS	10	55
FIRST RESPONSE PREGNANCY TEST KIT[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS	10	55
fleet bisacodyl 5 mg tablet,delayed release[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS	10	55
fleet docusate 100 mg capsule[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS	10	55
FLEET ENEMA 19 GRAM-7 GRAM/118 ML[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS	10	55
fleet glycerin (adult) rectal suppository[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS	10	55
FLEET GLYCERIN LAXATIVE 5.4 GRAM/5.4 ML RECTAL SOLUTION[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS	10	55
FLEET PEDIATRIC 9.5 GRAM-3.5 GRAM/59 ML ENEMA[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS	10	55
FLINTSTONES COMPLETE CHEWABLE TABLET[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS	10	55
FLINTSTONES GUMMIES CHEWABLE TABLET[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS	10	55
flintstones multivitamin chewable tablet[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS	10	55
FLINTSTONES SOUR GUMMIES COMPLETE CHEWABLE TABLET[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS	10	55
flintstones/extra c chewable tablet[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS	10	55
florraxyl 20 mg iron-1,670 mcg dfe tablet[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS	10	55
flotrex 0.25 mg chewable tablet[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS	10	55
flotrex 0.5 mg chewable tablet[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS	10	55

• NP – no preferido • OTC – sin receta • PA – autorización previa • QL – Límite de cantidad
• ST – Terapia por fases

Nombre del medicamento	Grupo del nivel del medica-mento	Requisitos de manejo de utilización	Nombre de la categoría terapéutica	Edad mínima	Edad máxima
flotrex 1 mg chewable tablet[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS	10	55
FLOWFLEX COVID-19 ANTIGEN HOME TEST KIT[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS	10	55
FOLACHEW 1,670 MCG DFE TABLET[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS	10	55
folamax 20 mg iron-1,670 mcg dfe tablet[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS	10	55
folaprime 20 mg iron-1,670 mcg dfe tablet[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS	10	55
FOLAWISE 1,670 MCG DFE TABLET[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS	10	55
folic acid 1 mg tablet	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS	10	55
folic acid 1 mg tablet[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS	10	55
folic acid 400 mcg tablet[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS	10	55
folic acid 800 mcg tablet[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS	10	55
folicore b complex 1,000 mcg-10 mg-400 mcg tablet[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS	10	55
folixia 20 mg iron-1,670 mcg dfe tablet[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS	10	55
FONDCIRCLE BLOOD GLUCOSE MONITOR KIT[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS	10	55
for sty relief eye ointment[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS	10	55
FORA 6 CONNECT GLUCOSE STRIP[NP]	*	QL(300 cada 30 días)	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS	10	55
FORA 6 CONNECT KETONE STRIP[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS	10	55
FORA 6 CONNECT-GTEL-TEST N'GO ADVANCE-VOICE TEST STRIP[NP]	*	QL(300 cada 30 días)	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS	10	55
FORA D15G STRIPS[NP]	*	QL(300 cada 30 días)	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS	10	55
FORA D20 STRIPS[NP]	*	QL(300 cada 30 días)	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
FORA D40-G31 TEST STRIPS[NP]	*	QL(300 cada 30 días)	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		20
FORA G20 KIT[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
FORA G20 STRIPS[NP]	*	QL(300 cada 30 días)	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
FORA G30-PREMIUM V10 TEST STRIP[NP]	*	QL(300 cada 30 días)	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
FORA G30A[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
FORA GD50 BLOOD GLUCOSE SYSTEM[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		20

• NP – no preferido • OTC – sin receta • PA – autorización previa • QL – Límite de cantidad
• ST – Terapia por fases

Nombre del medicamento	Grupo del nivel del medica-mento	Requisitos de manejo de utilización	Nombre de la categoría terapéutica	Edad mínima	Edad máxima
FORA GD50 TEST STRIPS[NP]	*	QL(300 cada 30 días)	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
FORA GTEL GLUCOSE TEST STRIP[NP]	*	QL(300 cada 30 días)	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
FORA GTEL KETONE TEST STRIP[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
FORA GTEL MULTI-FUNCTIONAL MONITOR[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
FORA PREMIUM V10 GLUCOSE METER[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
FORA TEST N'GO ADVANCE PRO TEST STRIP[NP]	*	QL(300 cada 30 días)	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
FORA TEST N'GO ADVANCE VOICE BLOOD KETONE TEST STRIP[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
FORA TEST N'GO VOICE METER[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
FORA TEST STRIP[NP]	*	QL(300 cada 30 días)	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
FORA TN'G VOICE METER[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
FORA TN'G VOICE TEST STRIPS[NP]	*	QL(300 cada 30 días)	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
FORA V10 KIT[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
FORA V10 STRIPS[NP]	*	QL(300 cada 30 días)	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		20
FORA V10-V12-D10-D20 STRIPS[NP]	*	QL(300 cada 30 días)	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
FORA V10-V12-D10-D20 STRIPS-LANCETS 30 GAUGE COMBO PACK[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
FORA V12 BLOOD GLUCOSE SYSTEM[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
FORA V12 BLOOD GLUCOSE SYSTEM KIT[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
FORA V12 GLUCOSE STRIPS[NP]	*	QL(300 cada 30 días)	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
FORA V20 KIT[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
FORA V20 STRIPS[NP]	*	QL(300 cada 30 días)	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
FORA V30A[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
FORA V30A KIT[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
FORA V30A STRIPS[NP]	*	QL(300 cada 30 días)	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
FORACARE GD20 GLUCOSE METER[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
FORACARE GD20 STRIPS[NP]	*	QL(300 cada 30 días)	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		

• NP – no preferido • OTC – sin receta • PA – autorización previa • QL – Límite de cantidad
• ST – Terapia por fases

Nombre del medicamento	Grupo del nivel del medica-mento	Requisitos de manejo de utilización	Nombre de la categoría terapéutica	Edad mínima	Edad máxima
FORACARE GD40 TEST STRIPS[NP]	*	QL(300 cada 30 dÍas)	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
FORACARE GD40A GLUCOSE METER[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
FORACARE GD40B GLUCOSE METER[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
FREESTYLE FREEDOM LITE KIT[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
FREESTYLE INSULINX STRIPS[NP]	*	QL(300 cada 30 dÍas)	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
FREESTYLE INSULINX TEST STRIPS[NP]	*	QL(300 cada 30 dÍas)	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
FREESTYLE LIBRE 14 DAY READER	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
FREESTYLE LIBRE 14 DAY SENSOR KIT	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
FREESTYLE LIBRE 2 PLUS SENSOR DEVICE	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
FREESTYLE LIBRE 2 READER	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
FREESTYLE LIBRE 2 SENSOR KIT	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
FREESTYLE LIBRE 3 PLUS SENSOR DEVICE	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
FREESTYLE LIBRE 3 READER	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
FREESTYLE LIBRE 3 SENSOR DEVICE	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
FREESTYLE LITE METER KIT[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
FREESTYLE LITE STRIPS[NP]	*	QL(300 cada 30 dÍas)	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
FREESTYLE PRECISION NEO METER[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
FREESTYLE PRECISION NEO STRIPS[NP]	*	QL(300 cada 30 dÍas)	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
FREESTYLE TEST STRIPS[NP]	*	QL(300 cada 30 dÍas)	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
freshkote 2.7 %-2 % eye drops[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
GE100 BLOOD GLUCOSE SYSTEM[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
GE100 BLOOD GLUCOSE SYSTEM KIT[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
GE100 BLOOD GLUCOSE TEST STRIP[NP]	*	QL(300 cada 30 dÍas)	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
GE333 BLOOD GLUCOSE SYSTEM[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
GE333 BLOOD GLUCOSE TEST STRIP[NP]	*	QL(300 cada 30 dÍas)	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		

• NP – no preferido • OTC – sin receta • PA – autorización previa • QL – Límite de cantidad
• ST – Terapia por fases

Nombre del medicamento	Grupo del nivel del medica-mento	Requisitos de manejo de utilización	Nombre de la categoría terapéutica	Edad mínima	Edad máxima
GELCLAIR MUCOSAL GEL PACKET[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
GENABIO COVID-19 RAPID AT-HOME TEST KIT[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
GENACHECK COVID-19 HOME TEST KIT[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
genteal tears mild 0.1 %-0.3 % eye drops[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
GENTEAL TEARS MODERATE (PF) 0.1 %-0.3 % DROPS IN A DROPPERETTE[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
GENTEAL TEARS MODERATE 0.1 %-0.3 %-0.2 % EYE DROPS[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
GENTEAL TEARS SEVERE (PETROLATUM-MINERAL OIL) 94 %-3 % EYE OINTMENT[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
gentle laxative (bisacodyl) 10 mg rectal suppository[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
gentle laxative (bisacodyl) 5 mg tablet,delayed release[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
gentle laxative (magnesium hydroxide) 400 mg/5 ml oral suspension[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
geri-kot 8.6 mg tablet[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
geri-mucil (aspartame) 3 gram/5.8 gram oral powder[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
geri-mucil (sugar) 3 gram/12 gram oral powder[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
geri-tussin 100 mg/5 ml oral liquid[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
geri-tussin dm 10 mg-100 mg/5 ml oral liquid[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
geri-vite 9 mg iron/15 ml oral liquid[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
giltuss cough-congestion 10 mg-100 mg/5 ml oral liquid[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
giltuss diabetic 10 mg-100 mg/5 ml oral liquid[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
giltuss ex 200 mg/5 ml oral liquid[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
giltuss hbp 10 mg-100 mg/5 ml oral liquid[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
GLUCO NAVII TEST STRIP[NP]	*	QL(300 cada 30 dÍas)	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
gluco-to-go 15 40 % oral gel[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
GLUCOCARD 01 HIGH-NORMAL CONTROL SOLUTION[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
GLUCOCARD 01 METER KIT[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
GLUCOCARD 01 SENSOR PLUS STRIPS[NP]	*	QL(300 cada 30 dÍas)	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		

• NP – no preferido • OTC – sin receta • PA – autorización previa • QL – Límite de cantidad
• ST – Terapia por fases

Nombre del medicamento	Grupo del nivel del medica-mento	Requisitos de manejo de utilización	Nombre de la categoría terapéutica	Edad mínima	Edad máxima
GLUCOCARD EXPRESSION[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
GLUCOCARD EXPRESSION KIT[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
GLUCOCARD EXPRESSION STRIPS[NP]	*	QL(300 cada 30 dÍas)	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
GLUCOCARD SHINE CONNEX METER[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
GLUCOCARD SHINE EXPRESS METER[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
GLUCOCARD SHINE METER[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
GLUCOCARD SHINE METER KIT[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
GLUCOCARD SHINE TEST STRIPS[NP]	*	QL(300 cada 30 dÍas)	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
GLUCOCARD SHINE XL METER[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
GLUCOCARD VITAL KIT[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
GLUCOCARD VITAL SENSOR STRIPS[NP]	*	QL(300 cada 30 dÍas)	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
GLUCOCARD VITAL TEST STRIPS[NP]	*	QL(300 cada 30 dÍas)	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
GLUCOCOM BLOOD GLUCOSE KIT[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
GLUCOCOM GLUCOSE STRIPS[NP]	*	QL(300 cada 30 dÍas)	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
glucose 3.75 gram chewable tablet[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
glucose 4 gram chewable tablet[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
glucose gel 40 % oral gel[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
glutose-15 40 % oral gel[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
glutose-45 40 % oral gel[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
glutose-5 40 % oral gel[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
glycerin (adult) rectal suppository[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
glycerin (child) rectal suppository[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
glycerin 99.5 % topical solution[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
glycerin topical liquid[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
GM100 KIT[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		

• NP – no preferido • OTC – sin receta • PA – autorización previa • QL – Límite de cantidad
• ST – Terapia por fases

Nombre del medicamento	Grupo del nivel del medica-mento	Requisitos de manejo de utilización	Nombre de la categoría terapéutica	Edad mínima	Edad máxima
GM100 STRIPS[NP]	*	QL(300 cada 30 dÍas)	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
GOJJI BLOOD GLUCOSE TEST STRIP[NP]	*	QL(300 cada 30 dÍas)	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
GOJJI LANCETS 30 GAUGE-GLUCOSE TEST STRIPS COMBO PACK[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
GOLD BOND MEDICATED PAIN-ITCH 4 % TOPICAL CREAM[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
GOTOKNOW COVID-19 AG HOME TEST KIT[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
guaiasorb dm 10 mg-100 mg/5 ml oral liquid[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
guaifed (guaifenesin) 100 mg/5 ml oral liquid[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
guaifed-dm 10 mg-100 mg/5 ml oral liquid[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
guaifenesin 100 mg/5 ml oral liquid[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
guaifenesin-dm 10 mg-100 mg/5 ml oral liquid[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
GUAR GUM POWDER[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
GUARDIAN 4 GLUCOSE SENSOR DEVICE	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
GUARDIAN 4 TRANSMITTER DEVICE	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
GUARDIAN CONNECT TRANSMITTER DEVICE	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
GUARDIAN LINK 3 TRANSMITTER DEVICE	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
GUARDIAN SENSOR 3 DEVICE	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
gummi bear multivitamin chewable tablet[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
GUMMIES CHILDREN MULTIVITAMIN CHEWABLE TABLET[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
GUMMIES GIRLS' MULTIVITAMINS CHEWABLE TABLET[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
gummy dinos chewable tablet[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
h2q 100 mg capsule[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
H2Q COQ10 200 MG/GRAM ORAL POWDER[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
hair vitamins tablet[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
hair,skin and nails (folic acid-biotin) 66.7 mcg-1,666.7 mcg tablet[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
hair,skin and nails tablet[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		

• NP – no preferido • OTC – sin receta • PA – autorización previa • QL – Límite de cantidad
• ST – Terapia por fases

Nombre del medicamento	Grupo del nivel del medica-mento	Requisitos de manejo de utilización	Nombre de la categoría terapéutica	Edad mínima	Edad máxima
hand wash 2 % topical liquid[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
HARMONY CONTROL L1,L3 SOLUTION[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
headache relief (asa-acetaminophn-caffeine) 250 mg-250 mg-65 mg tablet[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
HEALTHPRO GLUCOSE MONITOR[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
HEALTHPRO HIGH-LOW CONTROL SOLUTION[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
HEALTHPRO TEST STRIPS[NP]	*	QL(300 cada 30 dÍas)	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
HEALTHWISE INSULIN SYRINGE 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16"[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
HEALTHWISE INSULIN SYRINGE 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
HEALTHWISE INSULIN SYRINGE 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
HEALTHWISE INSULIN SYRINGE 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
HEALTHWISE INSULIN SYRINGE 1 ML 30 GAUGE X 5/16"[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
HEALTHWISE INSULIN SYRINGE 1 ML 31 GAUGE X 5/16"[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
HEALTHWISE PEN NEEDLE 31 GAUGE X 3/16"[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
HEALTHWISE PEN NEEDLE 31 GAUGE X 5/16"[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
HEALTHWISE PEN NEEDLE 32 GAUGE X 5/32"[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
HEMA-COMBISTIX STRIPS[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
HEMLIBRA 105 MG/0.7 ML SUBCUTANEOUS SOLUTION	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
HEMLIBRA 12 MG/0.4 ML SUBCUTANEOUS SOLUTION	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
HEMLIBRA 150 MG/ML SUBCUTANEOUS SOLUTION	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
HEMLIBRA 30 MG/ML SUBCUTANEOUS SOLUTION	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
HEMLIBRA 300 MG/2 ML (150 MG/ML) SUBCUTANEOUS SOLUTION	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
HEMLIBRA 60 MG/0.4 ML SUBCUTANEOUS SOLUTION	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
hemorrhoid ointment[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
HEMORRHOID-FISSURE 4 %-0.25 % TOPICAL OINTMENT[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
hemorrhoid-fissure pain 5 % topical cream[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		

• NP – no preferido • OTC – sin receta • PA – autorización previa • QL – Límite de cantidad
• ST – Terapia por fases

Nombre del medicamento	Grupo del nivel del medica-mento	Requisitos de manejo de utilización	Nombre de la categoría terapéutica	Edad mínima	Edad máxima
hemorrhoidal (phenyleph-cocoa) 0.25 %-88.44 % rectal suppository[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
HEMORRHOIDAL (PHENYLEPHRINE-HARD FAT) 0.25 %-88.7 % RECTAL SUPPOSITORY[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
HEMORRHOIDAL (PRAMOXINE-ZINC) 1 %-12.5 % TOPICAL OINTMENT[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
hemorrhoidal 0.25 %-3 % rectal suppository[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
hemorrhoidal 0.25 %-3 %-12 % cream[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
hemorrhoidal cooling 0.25 %-50 % topical gel[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
hemorrhoidal cream 0.25 %-1 % rectal[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
hemorrhoidal relief 5 % topical cream[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
hemorrhoidal(phenyleph-min oil-petrolat)0.25 %-14 %-74.9 % rectal oint[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
hemorrhoidal-analgesic 1 % topical ointment[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
HEPCLUDEX 8.5 MG SUBCUTANEOUS SOLUTION[NP]	*	QL(30 cada 30 dÍas)	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
HIBICLENS 4 % TOPICAL LIQUID[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
high potency multivitamin (w-iron) 18 mg-400 mcg tablet[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
high potency multivitamin 400 mcg tablet[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
HONEY BEARS MULTIVITAMIN CHEWABLE TABLET[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
HUBER SAFETY NEEDLES (DISPOSABLE) 22 X 3/4"[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
hyclodex 0.012 %-0.002 %-0.046 % topical spray[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
hydralyte oral packet[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
hydralyte oral solution[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
HYDRALYTE PLUS 1,000 MG-300 MG ORAL EFFERVESCENT POWDER PACK[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
hydrating electrolyte oral packet[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
hydration multiplier immune 504 mg oral powder packet[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
hydration multiplier oral packet[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
hydrolatum topical ointment[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		

• NP – no preferido • OTC – sin receta • PA – autorización previa • QL – Límite de cantidad
• ST – Terapia por fases

Nombre del medicamento	Grupo del nivel del medica-mento	Requisitos de manejo de utilización	Nombre de la categoría terapéutica	Edad mínima	Edad máxima
HYMPAVZI PEN 150 MG/ML SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR	1	PA,QL(8 cada 28 dÍas)	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
HYMPAVZI PEN 75 MG/0.5 ML SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR	1	PA,QL(4 cada 28 dÍas)	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
HYPODERMIC NEEDLES 18 GAUGE X 1 1/2"OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
HYPODERMIC NEEDLES 21 GAUGE X 1 1/2"OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
HYPODERMIC NEEDLES 21 GAUGE X 1"OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
HYPODERMIC NEEDLES 23 GAUGE X 1 1/2"OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
HYPODERMIC NEEDLES 23 GAUGE X 1"OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
HYPODERMIC NEEDLES 26 GAUGE X 5/8"OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
IDELVION 1,000 (+/-) UNIT INTRAVENOUS SOLUTION	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
IDELVION 2,000 (+/-) UNIT INTRAVENOUS SOLUTION	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
IDELVION 250 (+/-) UNIT INTRAVENOUS SOLUTION	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
IDELVION 3,500 (+/-) UNIT INTRAVENOUS SOLUTION	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
IDELVION 500 (+/-) UNIT INTRAVENOUS SOLUTION	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
IHEALTH COVID-19 ANTIGEN RAPID HOME TEST KITOTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
IHEALTH GLUCO PLUS METER KITNP	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
IHEALTH GLUCOSE TEST STRIPNP	*	QL(300 cada 30 dÍas)	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
ILET INFUSION KIT-CONTACT DETACH 23" COMBO PACK	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
ILET INFUSION KIT-FLEX 23" COMBO PACK	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
ILET INFUSION KIT-INSET 23" COMBO PACK	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
ILET INFUSION KIT-INSET 32" COMBO PACK	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
ILET INSULIN PUMP	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
ILET STARTER KIT CONTACT	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
ILET STARTER KIT-INSET	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
IMMUNERX 250 MCG CAPSULEOTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
IN-CHECK NASAL WITH MASKOTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		

• NP – no preferido • OTC – sin receta • PA – autorización previa • QL – Límite de cantidad
• ST – Terapia por fases

Nombre del medicamento	Grupo del nivel del medica-mento	Requisitos de manejo de utilización	Nombre de la categoría terapéutica	Edad mínima	Edad máxima
IN-CHECK ORAL FLOW METER[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
INCONTROL ALCOHOL PADS[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
INCONTROL PEN NEEDLE 29 GAUGE X 1/2"[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
INCONTROL PEN NEEDLE 31 GAUGE X 1/4"[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
INCONTROL PEN NEEDLE 31 GAUGE X 3/16"[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
INCONTROL PEN NEEDLE 31 GAUGE X 5/16"[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
INCONTROL PEN NEEDLE 32 GAUGE X 5/32"[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
INDICAID COVID-19 AG HOME TEST KIT[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
infant fever reducer-pain relief 160 mg/5 ml oral suspension[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
infant pain reliever 160 mg/5 ml oral suspension[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
infant's acetaminophen 160 mg/5 ml oral suspension[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
INFANT'S TYLENOL 160 MG/5 ML ORAL SUSPENSION[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
infant-toddler multivit 250 mcg-50 mg-10 mcg/ml oral drops[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
infant-toddler multivitamin 250 mcg-50 mg-10 mcg-5 mg/ml oral drops[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
infant-toddler multivitamin-iron 11 mg iron/ml oral drops[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
infants' pain and fever 160 mg/5 ml oral suspension[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
infants' pain relief 160 mg/5 ml oral suspension[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
INFINITY METER KIT[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
INFINITY STARTER KIT[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
INFINITY TEST STRIPS[NP]	*	QL(300 cada 30 días)	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
INPEN (FOR HUMALOG) BLUE SUBCUTANEOUS[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
INPEN (FOR HUMALOG) GREY SUBCUTANEOUS[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
INPEN (FOR HUMALOG) PINK SUBCUTANEOUS[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
INPEN (FOR NOVOLOG OR FIASP) BLUE SUBCUTANEOUS[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
INPEN (FOR NOVOLOG OR FIASP) GREY SUBCUTANEOUS[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		

• NP – no preferido • OTC – sin receta • PA – autorización previa • QL – Límite de cantidad
• ST – Terapia por fases

Nombre del medicamento	Grupo del nivel del medica-mento	Requisitos de manejo de utilización	Nombre de la categoría terapéutica	Edad mínima	Edad máxima
INPEN (FOR NOVOLOG OR FIASP) PINK SUBCUTANEOUS[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
INSULIN SYRINGE 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
INSULIN SYRINGE MICROFINE 1 ML 27 GAUGE X 5/8"[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
INSULIN SYRINGE MICROFINE 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2"[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
INSULIN SYRINGE U-100 WITH NEEDLE 0.3 ML 29 GAUGE[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
INSULIN SYRINGE U-100 WITH NEEDLE 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2"[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
INSULIN SYRINGE U-100 WITH NEEDLE 0.3 ML 30[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
INSULIN SYRINGE U-100 WITH NEEDLE 0.3 ML 30 GAUGE X 1/2"[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
INSULIN SYRINGE U-100 WITH NEEDLE 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16"[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
INSULIN SYRINGE U-100 WITH NEEDLE 0.3 ML 31 GAUGE X 1/4"[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
INSULIN SYRINGE U-100 WITH NEEDLE 0.3 ML 31 GAUGE X 15/64"[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
INSULIN SYRINGE U-100 WITH NEEDLE 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
INSULIN SYRINGE U-100 WITH NEEDLE 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
INSULIN SYRINGE U-100 WITH NEEDLE 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
INSULIN SYRINGE U-100 WITH NEEDLE 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2"[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
INSULIN SYRINGE U-100 WITH NEEDLE 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2"[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
INSULIN SYRINGE U-100 WITH NEEDLE 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
INSULIN SYRINGE U-100 WITH NEEDLE 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
INSULIN SYRINGE U-100 WITH NEEDLE 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
INSULIN SYRINGE U-100 WITH NEEDLE 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
INSULIN SYRINGE U-100 WITH NEEDLE 1 ML 27 GAUGE X 1/2"[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
INSULIN SYRINGE U-100 WITH NEEDLE 1 ML 27 GAUGE X 5/8"[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
INSULIN SYRINGE U-100 WITH NEEDLE 1 ML 28 GAUGE X 1/2"[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
INSULIN SYRINGE U-100 WITH NEEDLE 1 ML 28 GAUGE X 1/2"[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
INSULIN SYRINGE U-100 WITH NEEDLE 1 ML 29 GAUGE X 1/2"[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		

• NP – no preferido • OTC – sin receta • PA – autorización previa • QL – Límite de cantidad
• ST – Terapia por fases

Nombre del medicamento	Grupo del nivel del medica-mento	Requisitos de manejo de utilización	Nombre de la categoría terapéutica	Edad mínima	Edad máxima
INSULIN SYRINGE U-100 WITH NEEDLE 1 ML 29 GAUGE X 1/2"NP	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
INSULIN SYRINGE U-100 WITH NEEDLE 1 ML 29 GAUGE X 7/16"NP	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
INSULIN SYRINGE U-100 WITH NEEDLE 1 ML 30 GAUGE X 1/2"NP	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
INSULIN SYRINGE U-100 WITH NEEDLE 1 ML 30 GAUGE X 1/2"NP	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
INSULIN SYRINGE U-100 WITH NEEDLE 1 ML 30 GAUGE X 5/16"NP	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
INSULIN SYRINGE U-100 WITH NEEDLE 1 ML 30 GAUGE X 5/16"NP	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
INSULIN SYRINGE U-100 WITH NEEDLE 1 ML 30 GAUGE X 7/16"NP	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
INSULIN SYRINGE U-100 WITH NEEDLE 1 ML 31 GAUGE X 1/4"NP	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		10
INSULIN SYRINGE U-100 WITH NEEDLE 1 ML 31 GAUGE X 15/64"NP	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		20
INSULIN SYRINGE U-100 WITH NEEDLE 1 ML 31 GAUGE X 5/16"NP	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		20
INSULIN SYRINGE U-100 WITH NEEDLE 1 ML 31 GAUGE X 5/16"NP	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		20
INSULIN SYRINGE U-100 WITH NEEDLE 1/2 ML 27 GAUGE X 1/2"NP	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		20
INSULIN SYRINGE U-100 WITH NEEDLE 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2"NP	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		10
INSULIN SYRINGE U-100 WITH NEEDLE 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2"NP	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		20
INSULIN SYRINGE U-100 WITH NEEDLE 1/2 ML 29NP	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		10
INSULIN SYRINGE U-100 WITH NEEDLE 1/2 ML 30 GAUGENP	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		10
INSULIN SYRINGE U-100 WITH NEEDLE 1/2 ML 31 GAUGE X 1/4"NP	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		10
INSULIN SYRINGE U-100 WITH NEEDLE 1/2 ML 31 GAUGE X 15/64"NP	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		20
INSULIN SYRINGE-NEEDLE U-100 HALF UNIT MARKING 0.3 ML 31 GAUGE X 1/4"NP	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		20
INSUPEN PEN NEEDLE 29 GAUGE X 1/2"NP	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		20
INSUPEN PEN NEEDLE 31 GAUGE X 3/16"NP	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		20
INSUPEN PEN NEEDLE 31 GAUGE X 5/16"NP	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		20
INSUPEN PEN NEEDLE 32 GAUGE X 1/4"NP	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		20
INSUPEN PEN NEEDLE 32 GAUGE X 5/32"NP	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		20
INTEGRA PRECISIONGLIDE NEEDLE 25 GAUGE X 5/8"OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		20

• NP – no preferido • OTC – sin receta • PA – autorización previa • QL – Límite de cantidad
• ST – Terapia por fases

Nombre del medicamento	Grupo del nivel del medica-mento	Requisitos de manejo de utilización	Nombre de la categoría terapéutica	Edad mínima	Edad máxima
INTELISWAB COVID-19 RAPID HOME TEST KIT[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		20
iron (ferrous sulfate) 325 mg (65 mg iron) tablet[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		20
iron 325 mg (65 mg iron) tablet[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		20
itch relief (diphenhydramine) 2 % topical gel[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		20
itch stopping (diphenhydramine) 2 % topical gel[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		20
IV PREP WIPES MEDICATED[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		20
IXINITY 1,000 UNIT INTRAVENOUS SOLUTION	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		20
IXINITY 1,500 UNIT INTRAVENOUS SOLUTION	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		20
IXINITY 3,000 UNIT INTRAVENOUS SOLUTION	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		20
IXINITY 500 UNIT INTRAVENOUS SOLUTION	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		20
JOURNAVX 50 MG TABLET[NP]	*	PA,QL(30 cada 14 días)	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		20
KETONE CARE STRIPS[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		20
KETONE URINE TEST STRIPS[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		20
KETOSTIX STRIPS[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
keyfolic 20 mg iron-1,670 mcg dfe tablet[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
KIDS MULTI ZERO CHEWABLE TABLET[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		20
KIDS MULTIVITAMIN-MINERALS CHEWABLE TABLET[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		20
kids' gummy chewable tablet[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		20
KIDSTART CHEWABLE TABLET[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
KIMONO LUBRICATED CONDOMS[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
KIMONO MICROTHIN AQUA LUBE CONDOM[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
KIMONO MICROTHIN CONDOMS[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		20
KIMONO MICROTHIN LARGE CONDOMS[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		20
KIMONO TEXTURED CONDOMS[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
KIMONO THIN LUBRICATED CONDOMS[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		20

• NP – no preferido • OTC – sin receta • PA – autorización previa • QL – Límite de cantidad
• ST – Terapia por fases

Nombre del medicamento	Grupo del nivel del medica-mento	Requisitos de manejo de utilización	Nombre de la categoría terapéutica	Edad mínima	Edad máxima
KINDERLYTE HERBAL IMMUNITY 270 MG-25 MCG-140 MG-50 MG ORAL POWDER PKT[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		20
kinderlyte oral packet[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		20
kinderlyte oral solution[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		20
kindermed infants pain-fever 160 mg/5 ml oral suspension[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
kindermed kids pain-fever 160 mg/5 ml oral suspension[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
kobee 0.4 mg tablet[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
konsyl (sugar) 3 gram/12 gram oral powder[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
konsyl daily psyllium fiber 5 gram/6 gram oral powder[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
KONSYL SUGAR-FREE 6 GRAM ORAL POWDER PACKET[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
KORLYM 300 MG TABLET[NP]	*	QL(120 cada 30 días)	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
l-lysine with vit a-d-e-cocoa butter topical ointment[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
LABSTIX REAGENT STRIPS[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
lanashield 50 % topical ointment[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
laxa basic 100 mg capsule[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
laxacin 8.6 mg-50 mg tablet[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
laxative (bisacodyl) 10 mg rectal suppository[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
laxative (bisacodyl) 5 mg tablet[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
laxative (bisacodyl) 5 mg tablet,delayed release[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
laxative (sennosides) 15 mg tablet[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
laxative (sennosides) 25 mg tablet[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
laxative (sennosides) 8.6 mg tablet[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
laxative pills 25 mg tablet[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
laxative pills regular 15 mg tablet[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
laxative stool softener with senna 8.6 mg-50 mg tablet[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
lice killing 0.33 %-4 % shampoo[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		

• NP – no preferido • OTC – sin receta • PA – autorización previa • QL – Límite de cantidad
• ST – Terapia por fases

Nombre del medicamento	Grupo del nivel del medica-mento	Requisitos de manejo de utilización	Nombre de la categoría terapéutica	Edad mínima	Edad máxima
lidocaine 3 %-hydrocortisone 0.5 % rectal kit, cream and wipes[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
lidocaine 3 %-hydrocortisone 1 % (7 gram) rectal kit[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
lidocaine 5 % topical cream[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
lidocaine hcl 4 % topical cream[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
lidocore 4 % topical cream[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
lidoguard 4 % topical cream[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
lidonumb 5 % topical cream[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
lidozall plus 4 % topical cream[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
lidozall pro 4 % topical cream[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
LIFESHIELD BLUNT CANNULA 1 ML 18 GAUGE X 1" SYRINGE[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
LIFESHIELD BLUNT CANNULA 18 GAUGE X 1" NEEDLE[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
LIFESHIELD BLUNT CANNULA 3 ML 18 X 1" SYRINGE[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
LIQ-10 100 MG/5 ML ORAL SYRUP[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
LIQSORB 100 MG/ML ORAL LIQUID[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
LIQSORB 15 MG/6 DROP ORAL DROPS[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
liquituss gg 200 mg/5 ml oral liquid[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
LITHOSTAT 250 MG TABLET[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
LITTLE ANIMALS CHEWABLE TABLET[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
little animals-iron chewable tablet[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
little remedies 0.65 % nasal spray aerosol[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
little remedies fever and pain reliever 160 mg/5 ml oral liquid[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
little remedies saline 0.65 % nasal spray aerosol[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
LITTLE REMEDIES SALINE MIST 0.9 % NASAL SPRAY AEROSOL[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
LIVITA FOR CHILDREN ORAL LIQUID[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
LMX 5 5 % TOPICAL CREAM[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		

• NP – no preferido • OTC – sin receta • PA – autorización previa • QL – Límite de cantidad
• ST – Terapia por fases

Nombre del medicamento	Grupo del nivel del medica-mento	Requisitos de manejo de utilización	Nombre de la categoría terapéutica	Edad mínima	Edad máxima
lubricant (propylene glycol-glycerin) 1 %-0.3 % eye drops[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
lubricant eye (cmc-glycerin) (pf) 0.5 %-0.9 % drops in a dropperette[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
lubricant eye (cmc-glycerin) 0.5 %-0.9 % drops[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
lubricant eye (pg-peg 400) (pf) 0.4 %-0.3 % drops in a dropperette[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
lubricant eye (pg-peg 400) 0.4 %-0.3 % drops[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
lubricant eye (propylene glycol) 0.6 % drops[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
lubricant eye (propylene glycol) 0.7 % drops[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
lubricant eye 57.3 %-42.5 % ointment[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
lubricant eye 57.7 %-31.9 % ointment[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
lubricant eye drops 0.25 %[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
lubricant eye drops 0.5 %[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
lubricant eye drops 0.5 % drops in a dropperette[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
lubricating plus 0.5 % eye drops in a dropperette[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
lubrifresh pm 83 %-15 % eye ointment[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
LUCIRA CHECK-IT COVID-19 HOME TEST KIT[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
LUER LOCK SYRINGE 30 ML[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
LUER LOCK SYRINGE 60 ML[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
LUER SLIP TIP SYRINGE TRAY 1 ML[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
LUER-LOK TIP 30 ML SYRINGE[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
LYFGENIA 1.7 X TO 20 X 10EXP6 CELL/ML INTRAVENOUS SUSPENSION[NP]	*	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
m-pap 160 mg/5 ml oral liquid[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
MAGELLAN INSULIN SAFETY SYRINGE 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2"[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
MAGELLAN INSULIN SAFETY SYRINGE 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
MAGELLAN INSULIN SAFETY SYRINGE 1 ML 29 GAUGE X 1/2"[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
MAGELLAN INSULIN SAFETY SYRINGE 1 ML 30 GAUGE X 5/16"[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		

• NP – no preferido • OTC – sin receta • PA – autorización previa • QL – Límite de cantidad
• ST – Terapia por fases

Nombre del medicamento	Grupo del nivel del medica-mento	Requisitos de manejo de utilización	Nombre de la categoría terapéutica	Edad mínima	Edad máxima
MAGELLAN SAFETY SYRINGE 1 ML 23 GAUGE X 1"	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
MAGELLAN SYRINGE 0.3 ML 30 X 5/16"[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
MAGELLAN SYRINGE 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
magnesium 200 mg (as oxide) chewable tablet[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
magnesium 200 mg (as oxide) tablet[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
magnesium 241.3 mg (as magnesium oxide 400 mg) tablet[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
magnesium 250 mg (as oxide) tablet[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
magnesium 253 mg (as magnesium oxide 420 mg) tablet[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
magnesium 265.3 mg (as magnesium oxide 440 mg) tablet[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
magnesium 300 mg (as oxide) tablet[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
magnesium 400 mg (as magnesium oxide 667 mg) disintegrating tablet[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
magnesium 400 mg (as oxide) capsule[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
magnesium 400 mg (as oxide) tablet[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
magnesium 500 mg (as oxide) capsule[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
magnesium 500 mg (as oxide) tablet[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
magnesium hydroxide 400 mg/5 ml oral suspension[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
MAGOX 400 MG (241.3 MG MAGNESIUM) TABLET[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
mapap (acetaminophen) 500 mg/15 ml oral liquid[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
MAXI-COMFORT INSULIN SYRINGE 1 ML 28 GAUGE X 1/2"[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
MAXI-COMFORT INSULIN SYRINGE 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2"[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
maxi-tuss g 10 mg-100 mg/5 ml oral liquid[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
MAXICOMFORT II PEN NEEDLE 31 GAUGE X 1/4"[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
MAXICOMFORT INSULIN SYRINGE 1 ML 27 GAUGE X 1/2"[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
MAXICOMFORT INSULIN SYRINGE 1/2 ML 27 GAUGE X 1/2"[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
MAXICOMFORT SAFETY PEN NEEDLE 29 GAUGE X 3/16"[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		

• NP – no preferido • OTC – sin receta • PA – autorización previa • QL – Límite de cantidad
• ST – Terapia por fases

Nombre del medicamento	Grupo del nivel del medica-mento	Requisitos de manejo de utilización	Nombre de la categoría terapéutica	Edad mínima	Edad máxima
MAXICOMFORT SAFETY PEN NEEDLE 29 GAUGE X 5/16"[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
maxrelief junior 160 mg/5 ml oral liquid[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
maxrelief junior 160 mg/5 ml oral suspension[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
maxtussin 100 mg/5 ml oral liquid[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
maxtussin dm 10 mg-100 mg/5 ml oral liquid[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
MEDIBASE C LIQUID[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
medicated hemorrhoidal rapid pain relief 5 %-0.25 %-20 % topical pads[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
mega multi for women 13.5 mg-200 mcg-250 mcg tablet[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
mega multiple/chelated mineral tablet[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
MEGA MULTIVITAMIN FOR MEN 200 MCG-175 MCG-250 MCG TABLET[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
men 50 plus advanced one daily 400 mcg-20 mcg-370 mcg tablet[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
men 50 plus multivitamin 300 mcg-60 mcg-600 mcg-300 mcg tablet[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
men under 50 multivitamin 8 mg iron-200 mcg-600 mcg tablet[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
men's 50 plus daily formula 400 mcg-20 mcg-370 mcg tablet[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
men's 50 plus multivitamin 400 mcg-20 mcg-370 mcg tablet[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
men's daily formula 400 mcg-20 mcg-300 mcg tablet[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
men's daily gummies 200 mcg chewable tablet[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
men's daily multivitamin 8 mg iron-200 mcg-600 mcg tablet[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
men's multivitamin gummies 120 mcg chewable tablet[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
men's multivitamin gummies 200 mcg chewable tablet[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
men's one daily 400 mcg-20 mcg-300 mcg tablet[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
men's pack 0.4 mg-250 mcg oral pack[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
META APPETITE CONTROL (ASPARTAME) 3 GRAM/5.8 GRAM ORAL POWDER[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
META APPETITE CONTROL (ASPARTAME) 3 GRAM/5.95 GRAM ORAL POWDER[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
metamucil (with sugar) 3.4 gram/12 gram oral powder[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		

• NP – no preferido • OTC – sin receta • PA – autorización previa • QL – Límite de cantidad
• ST – Terapia por fases

Nombre del medicamento	Grupo del nivel del medica-mento	Requisitos de manejo de utilización	Nombre de la categoría terapéutica	Edad mínima	Edad máxima
METAMUCIL 0.4 GRAM CAPSULE[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
METAMUCIL 3.4 GRAM/5.4 GRAM ORAL POWDER[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
METAMUCIL FIBER (ASPARTAME) 3.4 GRAM ORAL POWDER PACKET[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
METAMUCIL MULTIHEALTH FIBER 3.4 GRAM/5.8 GRAM ORAL POWDER[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
METAMUCIL SUGAR-FREE (ASPARTAME) 3.4 GRAM/5.8 GRAM ORAL POWDER[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
METAVITE 1,000 MCG-100 MG TABLET[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
methylergonovine 0.2 mg tablet	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
mgo 400 mg (241.3 mg magnesium) tablet[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
MICRO BLOOD GLUCOSE STRIPS[NP]	*	QL(300 cada 30 días)	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
MICRODOT BLOOD GLUCOSE MONITORING SYSTEM[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
MICRODOT BLOOD GLUCOSE MONITORING SYSTEM STRIPS[NP]	*	QL(300 cada 30 días)	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
microdot glucose gel 40 % oral[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
MICRODOT HIGH-LOW CONTROL SOLUTION[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
MICRODOT XTRA BLOOD GLUCOSE STRIPS[NP]	*	QL(300 cada 30 días)	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
MICROLIFE PEAK FLOW METER[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
MICRONEX 400 MCG CAPSULE[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
midazolam 2 mg/ml oral syrup[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
MIFEPREX 200 MG TABLET	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
mifepristone 200 mg tablet	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
mifepristone 300 mg tablet[NP]	*	QL(120 cada 30 días)	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
migraine formula 250 mg-250 mg-65 mg tablet[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
migraine relief 250 mg-250 mg-65 mg tablet[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
milk of magnesia 400 mg/5 ml oral suspension[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
milk of magnesia concentrated 2,400 mg/10 ml oral suspension[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
MIMRYLO 19 MG SUBCUTANEOUS SOLUTION[NP]	*	QL(4 cada 28 días)	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		

• NP – no preferido • OTC – sin receta • PA – autorización previa • QL – Límite de cantidad
• ST – Terapia por fases

Nombre del medicamento	Grupo del nivel del medica-mento	Requisitos de manejo de utilización	Nombre de la categoría terapéutica	Edad mínima	Edad máxima
MIMRYLO 28 MG SUBCUTANEOUS SOLUTION[NP]	*	QL(4 cada 28 días)	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
MIMRYLO 41 MG SUBCUTANEOUS SOLUTION[NP]	*	QL(8 cada 28 días)	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
MIMRYLO 54 MG SUBCUTANEOUS SOLUTION[NP]	*	QL(8 cada 28 días)	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
MIMRYLO 9.5 MG SUBCUTANEOUS SOLUTION[NP]	*	QL(4 cada 28 días)	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
mini multivitamins-iron 18 mg-400 mcg tablet[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
MINI ULTRA-THIN II 31 GAUGE X 3/16" NEEDLE[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
MINIMED INSTINCT SENSOR DEVICE	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
minovia 13.5 mg iron-500 mcg tablet[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
mirafast 1,200 mg chewable tablet[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
mirexa 13.5 mg iron-500 mcg tablet[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
MOBI BLOOD GLUCOSE TEST STRIP[NP]	*	QL(300 cada 30 días)	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
MODD1 PATIENT WELCOME KIT[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
MODD1 SUPPLY KIT COMBO PACK[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
MOISTURE DROPS 1 %-0.3 % EYE DROPS[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
moisturizing lubricant 0.25 % eye drops[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
MONOJECT 140CC PISTON SYRINGE[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
MONOJECT 35CC SYRINGE CATH TIP 35 ML[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
MONOJECT 3CC SYRINGE 3 ML 25 GAUGE X 1"[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
MONOJECT ALLERGY TRAY 1 ML 28 X 1/2"[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
MONOJECT ALLERGY TRAY WITH DETACHABLE NEEDLE 1 ML 27 X 1/2"[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
MONOJECT DISPOSABLE SYRINGE 20 ML[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
MONOJECT ECCENTRIC TIP NON-STERILE 12 ML SYRINGE[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
MONOJECT ECCENTRIC TIP NON-STERILE 35 ML SYRINGE[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
MONOJECT ENFIT SYRINGE 1 ML[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
MONOJECT ENFIT SYRINGE 12 ML[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		

• NP – no preferido • OTC – sin receta • PA – autorización previa • QL – Límite de cantidad
• ST – Terapia por fases

Nombre del medicamento	Grupo del nivel del medica-mento	Requisitos de manejo de utilización	Nombre de la categoría terapéutica	Edad mínima	Edad máxima
MONOJECT ENFIT SYRINGE 3 ML[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
MONOJECT ENFIT SYRINGE 35 ML[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
MONOJECT ENFIT SYRINGE 6 ML[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
MONOJECT ENFIT SYRINGE 60 ML[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
MONOJECT FILTER ASPIRATOR 18 X 3" NEEDLE[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
MONOJECT FILTER NEEDLE 5 MICRON 20 X 1 1/2"[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
MONOJECT HYPODERMIC NEEDLES 14 GAUGE X 1 1/2"[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
MONOJECT HYPODERMIC NEEDLES 14 GAUGE X 1"[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
MONOJECT HYPODERMIC NEEDLES 14 GAUGE X 2"[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
MONOJECT HYPODERMIC NEEDLES 15 GAUGE X 1 1/2"[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
MONOJECT HYPODERMIC NEEDLES 16 GAUGE X 1 1/2"[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
MONOJECT HYPODERMIC NEEDLES 16 GAUGE X 1"[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
MONOJECT HYPODERMIC NEEDLES 16 GAUGE X 3/4"[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
MONOJECT HYPODERMIC NEEDLES 16 GAUGE X 5/8"[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
MONOJECT HYPODERMIC NEEDLES 18 GAUGE X 1 1/2"[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
MONOJECT HYPODERMIC NEEDLES 18 GAUGE X 1"[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
MONOJECT HYPODERMIC NEEDLES 19 GAUGE X 1 1/2"[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
MONOJECT HYPODERMIC NEEDLES 19 GAUGE X 1"[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
MONOJECT HYPODERMIC NEEDLES 20 GAUGE X 1 1/2"[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
MONOJECT HYPODERMIC NEEDLES 20 GAUGE X 1"[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
MONOJECT HYPODERMIC NEEDLES 21 GAUGE X 1 1/2"[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
MONOJECT HYPODERMIC NEEDLES 21 GAUGE X 1"[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
MONOJECT HYPODERMIC NEEDLES 21 GAUGE X 2"[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
MONOJECT HYPODERMIC NEEDLES 22 GAUGE X 1 1/2"[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
MONOJECT HYPODERMIC NEEDLES 22 GAUGE X 1"[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		

• NP – no preferido • OTC – sin receta • PA – autorización previa • QL – Límite de cantidad
• ST – Terapia por fases

Nombre del medicamento	Grupo del nivel del medica-mento	Requisitos de manejo de utilización	Nombre de la categoría terapéutica	Edad mínima	Edad máxima
MONOJECT HYPODERMIC NEEDLES 23 GAUGE X 1"OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
MONOJECT HYPODERMIC NEEDLES 25 GAUGE X 1 1/4"OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
MONOJECT HYPODERMIC NEEDLES 25 GAUGE X 5/8"OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
MONOJECT HYPODERMIC NEEDLES 25 X 2"OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
MONOJECT HYPODERMIC NEEDLES 27 GAUGE X 1 1/2"OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
MONOJECT HYPODERMIC NEEDLES 27 GAUGE X 1 1/4"OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
MONOJECT HYPODERMIC NEEDLES 27 GAUGE X 1/2"OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
MONOJECT HYPODERMIC POLYPROPYLENE 18 GAUGE X 1 1/2" NEEDLEOTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
MONOJECT HYPODERMIC POLYPROPYLENE 18 GAUGE X 1" NEEDLEOTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
MONOJECT HYPODERMIC POLYPROPYLENE 19 GAUGE X 1 1/2" NEEDLEOTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
MONOJECT HYPODERMIC POLYPROPYLENE 19 GAUGE X 1" NEEDLEOTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
MONOJECT HYPODERMIC POLYPROPYLENE 20 GAUGE X 1 1/2" NEEDLEOTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
MONOJECT HYPODERMIC POLYPROPYLENE 20 GAUGE X 1" NEEDLEOTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
MONOJECT HYPODERMIC POLYPROPYLENE 21 GAUGE X 1 1/2" NEEDLEOTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
MONOJECT HYPODERMIC POLYPROPYLENE 21 GAUGE X 1" NEEDLEOTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
MONOJECT HYPODERMIC POLYPROPYLENE 22 GAUGE X 1 1/2" NEEDLEOTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
MONOJECT HYPODERMIC POLYPROPYLENE 22 GAUGE X 1" NEEDLEOTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
MONOJECT HYPODERMIC POLYPROPYLENE 23 GAUGE X 1" NEEDLEOTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
MONOJECT HYPODERMIC POLYPROPYLENE 23 GAUGE X 3/4" NEEDLEOTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		

• NP – no preferido • OTC – sin receta • PA – autorización previa • QL – Límite de cantidad
• ST – Terapia por fases

Nombre del medicamento	Grupo del nivel del medica-mento	Requisitos de manejo de utilización	Nombre de la categoría terapéutica	Edad mínima	Edad máxima
MONOJECT HYPODERMIC POLYPROPYLENE 25 GAUGE X 1 1/2" NEEDLE[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
MONOJECT HYPODERMIC POLYPROPYLENE 25 GAUGE X 1" NEEDLE[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
MONOJECT HYPODERMIC POLYPROPYLENE 25 GAUGE X 5/8" NEEDLE[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
MONOJECT HYPODERMIC POLYPROPYLENE 26 GAUGE X 1/2" NEEDLE[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
MONOJECT HYPODERMIC POLYPROPYLENE 27 GAUGE X 1/2" NEEDLE[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
MONOJECT HYPODERMIC POLYPROPYLENE 30 GAUGE X 3/4" NEEDLE[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
MONOJECT INSULIN SAFETY SYRINGE 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2"[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
MONOJECT INSULIN SAFETY SYRINGE 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16"[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
MONOJECT INSULIN SAFETY SYRINGE 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
MONOJECT INSULIN SAFETY SYRINGE 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
MONOJECT INSULIN SAFETY SYRINGE 1 ML 29 GAUGE X 1/2"[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
MONOJECT INSULIN SYRINGE 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2"[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
MONOJECT INSULIN SYRINGE 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16"[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
MONOJECT INSULIN SYRINGE 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
MONOJECT INSULIN SYRINGE 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
MONOJECT INSULIN SYRINGE 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
MONOJECT INSULIN SYRINGE 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
MONOJECT INSULIN SYRINGE 1 ML[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
MONOJECT INSULIN SYRINGE 1 ML[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
MONOJECT INSULIN SYRINGE 1 ML 25 GAUGE X 5/8"[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
MONOJECT INSULIN SYRINGE 1 ML 27 GAUGE X 1/2"[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
MONOJECT INSULIN SYRINGE 1 ML 28 GAUGE X 1/2"[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
MONOJECT INSULIN SYRINGE 1 ML 28 GAUGE X 1/2"[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		

• NP – no preferido • OTC – sin receta • PA – autorización previa • QL – Límite de cantidad
• ST – Terapia por fases

Nombre del medicamento	Grupo del nivel del medica-mento	Requisitos de manejo de utilización	Nombre de la categoría terapéutica	Edad mínima	Edad máxima
MONOJECT INSULIN SYRINGE 1 ML 29 GAUGE X 1/2"NP	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
MONOJECT INSULIN SYRINGE 1 ML 30 GAUGE X 5/16"NP	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
MONOJECT INSULIN SYRINGE 1 ML 30 GAUGE X 5/16"NP	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
MONOJECT INSULIN SYRINGE 1 ML 31 GAUGE X 5/16"NP	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
MONOJECT INSULIN SYRINGE 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2"NP	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
MONOJECT LUER-LOCK TIP 12 ML SYRINGEOTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
MONOJECT LUER-LOCK TIP 3 ML SYRINGEOTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
MONOJECT MEDICATION TRANSFER NEEDLE 20 X 1"OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
MONOJECT PHARMACY TRAY LUER LOCK 12 ML SYRINGEOTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
MONOJECT PHARMACY TRAY LUER LOCK 20 ML SYRINGEOTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
MONOJECT PHARMACY TRAY LUER LOCK 3 ML SYRINGEOTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
MONOJECT PHARMACY TRAY LUER LOCK 35 ML SYRINGEOTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
MONOJECT PHARMACY TRAY LUER LOCK 6 ML SYRINGEOTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
MONOJECT PHARMACY TRAY REGULAR TIP 1 ML SYRINGEOTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
MONOJECT REGULAR LUER 35 ML SYRINGEOTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
MONOJECT REGULAR LUER 6 ML SYRINGEOTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
MONOJECT REGULAR TIP NON-STERILE 12 ML SYRINGEOTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
MONOJECT REGULAR TIP NON-STERILE 20 ML SYRINGEOTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
MONOJECT REGULAR TIP NON-STERILE 3 ML SYRINGEOTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
MONOJECT REGULAR TIP NON-STERILE 6 ML SYRINGEOTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
MONOJECT SAFETY LUER LOCK TIP 3 ML SYRINGEOTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
MONOJECT SAFETY SYRINGES 12 MLOTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
MONOJECT SAFETY SYRINGES 12 ML 20 X 1 1/2"OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
MONOJECT SAFETY SYRINGES 3 ML 20 GAUGE X 1 1/2"OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
MONOJECT SAFETY SYRINGES 3 ML 21 GAUGE X 1 1/2"OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		

• NP – no preferido • OTC – sin receta • PA – autorización previa • QL – Límite de cantidad
• ST – Terapia por fases

Nombre del medicamento	Grupo del nivel del medica-mento	Requisitos de manejo de utilización	Nombre de la categoría terapéutica	Edad mínima	Edad máxima
MONOJECT SAFETY SYRINGES 3 ML 21 GAUGE X 1"[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
MONOJECT SAFETY SYRINGES 3 ML 22 GAUGE X 1"[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
MONOJECT SAFETY SYRINGES 3 ML 23 GAUGE X 1"[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
MONOJECT SAFETY SYRINGES 3 ML 25 GAUGE X 5/8"[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
MONOJECT SYRINGE 1/2 ML 28 GAUGE[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
MONOJECT SYRINGE 12 ML 18 GAUGE X 1"[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
MONOJECT SYRINGE 12 ML 20 X 1 1/2"[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
MONOJECT SYRINGE 12 ML 21 GAUGE X 1 1/2"[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
MONOJECT SYRINGE 12 ML 21 GAUGE X 1"[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
MONOJECT SYRINGE 140 ML[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
MONOJECT SYRINGE 3 ML 20 GAUGE X 1 1/2"[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
MONOJECT SYRINGE 3 ML 20 GAUGE X 1"[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
MONOJECT SYRINGE 3 ML 20 X 3/4"[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
MONOJECT SYRINGE 3 ML 21 GAUGE X 1 1/2"[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
MONOJECT SYRINGE 3 ML 21 GAUGE X 1"[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
MONOJECT SYRINGE 3 ML 22 GAUGE X 1"[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
MONOJECT SYRINGE 3 ML 22 X 1 1/2"[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
MONOJECT SYRINGE 3 ML 23 X 1"[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
MONOJECT SYRINGE 3 ML 25 GAUGE X 1"[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
MONOJECT SYRINGE 3 ML 25 X 1 1/4"[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
MONOJECT SYRINGE 3 ML 25 X 5/8"[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
MONOJECT SYRINGE 3 ML 27 GAUGE X 1 1/4"[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
MONOJECT SYRINGE 6 ML 20 X 1 1/2"[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
MONOJECT SYRINGE 6 ML 21 X 1 1/2"[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
MONOJECT SYRINGE 6 ML 21 X 1"[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		

• NP – no preferido • OTC – sin receta • PA – autorización previa • QL – Límite de cantidad
• ST – Terapia por fases

Nombre del medicamento	Grupo del nivel del medica-mento	Requisitos de manejo de utilización	Nombre de la categoría terapéutica	Edad mínima	Edad máxima
MONOJECT SYRINGE LUER LOK 35 ML[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
MONOJECT SYRINGE LUER LOK 6 ML[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
MONOJECT TB 1 ML 28 GAUGE X 1/2" SYRINGE[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
MONOJECT TB REGULAR LUER TIP 1 ML SYRINGE[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
MONOJECT TB SAFETY SYRINGE 1 ML 25 GAUGE X 5/8"	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
MONOJECT TUBERCULIN SYRINGE 1 ML[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
MONOJECT TUBERCULIN SYRINGE 1 ML 25 GAUGE X 5/8"[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
MONOJECT TUBERCULIN SYRINGE 1 ML 26 GAUGE X 3/8"[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
MONOJECT TUBERCULIN SYRINGE 1 ML 27 X 1/2"[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
MONOJECT TUBERCULIN SYRINGE 1 ML 28 GAUGE X 1/2"[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
MONOJECT TUBERCULIN SYRINGE 1/2 ML 28 X 1/2"[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
MONOJECT ULTRA COMFORT INSULIN 1/2 ML 28 GAUGE SYRINGE[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
motion sickness 50 mg tablet[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
motion sickness relief 50 mg tablet[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
MOUTHPIECE DEVICE[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
move it along 100 mg tablet[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
mucilin sf 3.5 gram oral powder packet[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
MUCILIN SF 3.5 GRAM/5 GRAM ORAL POWDER[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
mucolyte (guaifenesin) 100 mg/5 ml oral liquid[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
mucolyte-dm 10 mg-100 mg/5 ml oral liquid[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
MUCUS-CHEST CONGESTION 100 MG/5 ML ORAL LIQUID[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
multi antibiotic plus 3.5 mg-10,000 unit-10 mg/gram topical cream[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
multi complete with iron 18 mg-400 mcg tablet[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
multi for her 50 plus 400 mcg-80 mcg tablet[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
multi-day with iron 18 mg-400 mcg tablet[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		

• NP – no preferido • OTC – sin receta • PA – autorización previa • QL – Límite de cantidad
• ST – Terapia por fases

Nombre del medicamento	Grupo del nivel del medica-mento	Requisitos de manejo de utilización	Nombre de la categoría terapéutica	Edad mínima	Edad máxima
MULTI-DRAW NEEDLE 20 GAUGE X 1" OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
MULTI-DRAW NEEDLE 21 GAUGE X 1" OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
MULTI-DRAW NEEDLE 22 GAUGE X 1" OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
multi-vit with fluoride and iron 0.25 mg-10 mg/ml oral drops OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
multi-vitamin hp/minerals capsule OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
multi-vitamin with fluoride 0.25 mg chewable tablet OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
multi-vitamin with fluoride 0.25 mg/ml oral drops OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
multi-vitamin with fluoride 0.5 mg chewable tablet OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
multi-vitamin with fluoride 0.5 mg/ml oral drops OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
multi-vitamin with fluoride 1 mg chewable tablet OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
multi-vite 9 mg iron/15 ml oral liquid OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
multihealth fiber (sugar) 3.4 gram/7 gram oral powder OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
multihealth fiber 3.4 gram/5.8 gram oral powder OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
multiple vitamin-minerals tablet OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
multiple vitamins tablet OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
MULTISTIX 10 SG STRIPS OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
MULTISTIX 5 STRIPS OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
MULTISTIX 7 STRIPS OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
MULTISTIX 8 SG STRIPS OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
MULTISTIX 9 SG STRIPS OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
MULTISTIX 9 STRIPS OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
MULTISTIX STRIPS OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
multivit and minerals-ferrous gluconate 9 mg iron/15 ml oral liquid OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
multivit,calc,mins-folic 240 mcg-vit k1 30 mcg-lycopene 300 mcg tablet OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
multivit-mins-ferrous gluconate 9 mg iron/15 ml (15 ml) oral liquid OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		

• NP – no preferido • OTC – sin receta • PA – autorización previa • QL – Límite de cantidad
• ST – Terapia por fases

Nombre del medicamento	Grupo del nivel del medica-mento	Requisitos de manejo de utilización	Nombre de la categoría terapéutica	Edad mínima	Edad máxima
multivitamin men's 50 plus 400 mcg-370 mcg tablet[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
multivitamin tablet[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
multivitamin with iron tablet[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
multivitamin with minerals 9 mg iron/15 ml oral liquid[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
multivitamin with minerals-folic acid 0.4 mg tablet[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
multivitamin with minerals-folic acid 120 mcg chewable tablet[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
multivitamin with minerals-folic acid 200 mcg chewable tablet[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
multivitamin women 50 plus 8 mg iron-400 mcg-50 mcg tablet[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
MURINE EAR 6.5 % DROPS[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
murine ear wax removal system 6.5 % drops[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
my-vitalife capsule[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
MYGLUCOHEALTH KIT[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
MYGLUCOHEALTH STRIPS[NP]	*	QL(300 cada 30 dÍas)	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
mynephrocaps 1 mg capsule[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
mynephron 1 mg capsule[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
myo-tone tablet[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
NANO 2ND GEN PEN NEEDLE 32 GAUGE X 5/32"[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
NANO PEN NEEDLE 32 GAUGE X 5/32"[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
NANOVM T-F 2.75 MG IRON/5.4 GRAM POWDER ADDITIVE FOR TUBE FEED[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
NASADROPS 0.9 % NASAL SOLUTION[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
nasal antiseptic swabs 10 %[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
nasal decongestant (pseudoephedrine) 30 mg capsule[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
nasal decongestant (pseudoephedrine) 30 mg tablet[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
nasal mist 0.9 % spray aerosol[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
nasal moisturizing 0.65 % spray aerosol[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		

• NP – no preferido • OTC – sin receta • PA – autorización previa • QL – Límite de cantidad
• ST – Terapia por fases

Nombre del medicamento	Grupo del nivel del medica-mento	Requisitos de manejo de utilización	Nombre de la categoría terapéutica	Edad mínima	Edad máxima
nasal spray (sodium chloride) 0.65 % aerosol[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
natural daily fiber 3.4 gram/5.8 gram oral powder[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
natural fiber laxative 0.52 gram capsule[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
natural fiber supplement 6 gram/6 gram oral powder[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
natural senna laxative 8.6 mg tablet[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
natural tears (pf) 0.1 %-0.3 % drops in a dropperette[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
natural vegetable laxative (sennosides) 8.6 mg tablet[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
nausea control oral solution[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
nausea relief oral solution[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
navage saline nasal mist 0.9 % spray aerosol[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
NEEDLE (DISP) 16 GAUGE X 1"[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
NEEDLE (DISP) 18 GAUGE X 1"[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
NEEDLE (DISP) 19 GAUGE X 1 1/2"[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
NEEDLE (DISP) 23 GAUGE X 1"[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
NEEDLES, HUBER DISPOSABLE 22 X 1"[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
NEOQ10 125 MG CAPSULE[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
NEOSPORIN (NEO-BAC-POLYM) 3.5 MG-400 UNIT-5,000 UNIT/GRAM TOP OINTMENT[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
neosporin plus burn relief 3.5 mg-500 unit-10,000 unit/g topical oint[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
NEOSPORIN PLUS PAIN RELIEF 3.5 MG-10,000 UNIT-10 MG/GRAM TOPICAL CREAM[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
NEOSPORIN PLUSPAIN RELIEF(BACIT)3.5 MG-500 UNIT-10,000 UNIT/G TOP OINT[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
neosporin(neo-bac-polym) 3.5 mg-400 unit-5,000 unit top ointment packt[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
NEOSPORIN-PAIN ITCH SCAR 3.5 MG-500 UNIT-10,000 UNIT/GRAM TOPICAL OINT[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
NEPHRONEX 900 MCG/5 ML ORAL LIQUID[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
NEUTEK 2TEK TEST STRIPS[NP]	*	QL(300 cada 30 dÍas)	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		

• NP – no preferido • OTC – sin receta • PA – autorización previa • QL – Límite de cantidad
• ST – Terapia por fases

Nombre del medicamento	Grupo del nivel del medica-mento	Requisitos de manejo de utilización	Nombre de la categoría terapéutica	Edad mínima	Edad máxima
NEUTROGENA HAND TOPICAL CREAM[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
NEXAFED 30 MG TABLET[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
NEXOCHEW 1,670 MCG DFE TABLET[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
niacin 500 mg tablet[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
NICORETTE 2 MG BUCCAL LOZENGE[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
NICORETTE 2 MG BUCCAL MINI LOZENGE[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
NICORETTE 2 MG GUM[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
nicorette 4 mg buccal lozenge[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
NICORETTE 4 MG BUCCAL MINI LOZENGE[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
NICORETTE 4 MG GUM[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
nicotine (polacrilex) 2 mg buccal lozenge[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
nicotine (polacrilex) 2 mg buccal mini lozenge[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
nicotine (polacrilex) 2 mg gum[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
nicotine (polacrilex) 4 mg buccal lozenge[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
nicotine (polacrilex) 4 mg buccal mini lozenge[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
nicotine (polacrilex) 4 mg gum[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
nightime sleep 50 mg capsule[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
nighttime dry-eye relief 57.3 %-42.5 % ointment[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
nighttime sleep aid (diphenhydramine) 25 mg capsule[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
nighttime sleep aid (diphenhydramine) 25 mg tablet[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
nighttime sleep aid (diphenhydramine) 50 mg capsule[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
nighttime sleep aid (diphenhydramine) 50 mg/30 ml oral liquid[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
nitroglycerin 0.4 % (w/w) rectal ointment[NP]	*	QL(30 cada 30 dÍas)	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
NOKOR NEEDLE 16 GAUGE X 1"[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
NOKOR NEEDLE 18 GAUGE X 1"[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		

• NP – no preferido • OTC – sin receta • PA – autorización previa • QL – Límite de cantidad
• ST – Terapia por fases

Nombre del medicamento	Grupo del nivel del medica-mento	Requisitos de manejo de utilización	Nombre de la categoría terapéutica	Edad mínima	Edad máxima
non-aspirin 160 mg/5 ml oral suspension[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
non-aspirin 325 mg tablet[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
non-aspirin 80 mg chewable tablet[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
non-aspirin extra strength 500 mg tablet[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
non-aspirin pain relief 500 mg tablet[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
NORIXA 13.5 MG IRON-500 MCG TABLET[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
NORMALYTE 1-2-0.75-6.75 GRAM/10.7 GRAM ORAL POWDER PACKET[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
NORMALYTE ORS 1.3-1.45-0.75 GRAM/10.5 GRAM ORAL POWDER PACKET[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
nortemp 160 mg/5 ml oral suspension[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
NORVEXA 13.5 MG IRON-500 MCG TABLET[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
NOVA MAX GLUCOSE TEST STRIPS[NP]	*	QL(300 cada 30 dÍas)	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
NOVA MAX PLUS GLUCOSE-KETONE METER[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
NOVA MAX PLUS GLUCOSE-KETONE METER KIT[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
NOVAMAX PLUS KETONE STRIPS[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
NOVAMV MMM PEDIATRIC MULTIVITAMIN 750 UNIT-35 MG-400UNIT/ML ORAL DROPS[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
NOVOFINE 32 32 GAUGE X 1/4" NEEDLE[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
NOVOFINE PLUS 32 GAUGE X 1/6" NEEDLE[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
numbcream 5 % topical[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
NUPERCAINAL 1 % OINTMENT[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
nusyllium 3.4 gram/12 gram oral powder[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
nutralyn 20 mg iron-1,670 mcg dfe tablet[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
NUTRISOURCE FIBER ORAL POWDER[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
NUTRISOURCE FIBER PACKET[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
nytol 25 mg tablet[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		

• NP – no preferido • OTC – sin receta • PA – autorización previa • QL – Límite de cantidad
• ST – Terapia por fases

Nombre del medicamento	Grupo del nivel del medica-mento	Requisitos de manejo de utilización	Nombre de la categoría terapéutica	Edad mínima	Edad máxima
OHC COVID-19 ANTIGEN HOME TEST KIT[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
omnicap 0.4 mg tablet[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
OMNIPOD 5 (LIBRE 2/3 PLUS) SUBCUTANEOUS CARTRIDGE	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
OMNIPOD 5 G6-G7 INTRO KIT(GEN 5) SUBCUTANEOUS CARTRIDGE AND CONTROLLER	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS	10	55
OMNIPOD 5 G6-G7 PODS (GEN 5) SUBCUTANEOUS CARTRIDGE	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS	10	55
OMNIPOD 5 INTRO KIT (LIBRE2/3PLUS) SUBCUTANEOUS CARTRIDGE	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS	10	55
OMNIPOD CLASSIC PODS (GEN 3) SUBCUTANEOUS CARTRIDGE[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS	10	55
OMNIPOD DASH INTRO KIT (GEN 4) SUBCUTANEOUS CARTRIDGE WITH CONTROLLER[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS	10	55
OMNIPOD DASH PDM KIT (GEN 4)[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS	10	55
OMNIPOD DASH PODS (GEN 4) SUBCUTANEOUS CARTRIDGE	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS	10	55
OMNIPOD GO PODS 10 UNITS/DAY SUBCUTANEOUS CARTRIDGE[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS	10	55
OMNIPOD GO PODS 15 UNITS/DAY SUBCUTANEOUS CARTRIDGE[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
OMNIPOD GO PODS 20 UNITS/DAY SUBCUTANEOUS CARTRIDGE[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS	10	55
OMNIPOD GO PODS 25 UNITS/DAY SUBCUTANEOUS CARTRIDGE[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS	10	55
OMNIPOD GO PODS 30 UNITS/DAY SUBCUTANEOUS CARTRIDGE[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS	10	55
OMNIPOD GO PODS 40 UNITS/DAY SUBCUTANEOUS CARTRIDGE[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS	10	55
OMNIPOD GO PODS SUBCUTANEOUS CARTRIDGE[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS	10	55
ON CALL EXPRESS METER KIT[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS	10	55
ON CALL EXPRESS TEST STRIP[NP]	*	QL(300 cada 30 dÍas)	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS	10	55
ON CALL PLUS CONTROL SOLUTION[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS	10	55
ON CALL VIVID CONTROL SOLUTION[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS	10	55
ON-GO COVID-19 AG AT HOME TEST KIT[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS	10	55
ONCCOR 200 MCG-10 MCG-10 MCG TABLET[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS	10	55
oncovite tablet[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS	10	55

• NP – no preferido • OTC – sin receta • PA – autorización previa • QL – Límite de cantidad
• ST – Terapia por fases

Nombre del medicamento	Grupo del nivel del medica-mento	Requisitos de manejo de utilización	Nombre de la categoría terapéutica	Edad mínima	Edad máxima
one daily 0.4 mg-600 mcg tablet[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS	10	55
one daily energy 9 mg iron-400 mcg-200 mg tablet[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS	10	55
one daily energy tablet[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS	10	55
one daily essential 0.4 mg tablet[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS	10	55
one daily essential 400 mcg tablet[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS	10	55
one daily essential tablet[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS	10	55
one daily for men 0.4 mg-600 mcg tablet[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS	10	55
one daily for women 18 mg-0.4 mg tablet[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS	10	55
one daily healthy weight 200 mg-18 mg-0.4 mg tablet[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS	10	55
one daily maximum 18 mg iron-400 mcg-25 mcg tablet[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS	10	55
one daily maximum 18 mg-0.4 mg tablet[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS	10	55
one daily men's 50 plus with d3 400 mcg-20 mcg-370 mcg tablet[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS	10	55
one daily men's health 240 mcg-30 mcg-300 mcg tablet[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS	10	55
one daily multivitamin 400 mcg tablet[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS	10	55
one daily multivitamin tablet[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS	10	55
one daily multivitamin with iron (folic acid) 18 mg-400 mcg tablet[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS	10	55
ONE DAILY MULTIVITAMIN WITH IRON 18 MG IRON TABLET[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS	10	55
one daily multivitamin women 18 mg-400 mcg tablet[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS	10	55
one daily plus iron 18 mg-400 mcg tablet[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS	10	55
one daily women 50 plus 400 mcg-120 mg tablet[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS	10	55
one daily women 50 plus(vit k) 400 mcg-500 mg calcium-20 mcg tablet[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS	10	55
one daily women's 18 mg iron-400 mcg tablet[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS	10	55
one daily women's 18 mg iron-400 mcg-25 mcg tablet[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS	10	55
one daily women's 18 mg iron-400 mcg-450 mg ca tablet[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS	10	55
one daily women's health 18 mg iron-400 mcg-450 mg ca tablet[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS	10	55

• NP – no preferido • OTC – sin receta • PA – autorización previa • QL – Límite de cantidad
• ST – Terapia por fases

Nombre del medicamento	Grupo del nivel del medica-mento	Requisitos de manejo de utilización	Nombre de la categoría terapéutica	Edad mínima	Edad máxima
one daily womens 50 plus 0.4 mg tablet[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS	10	55
ONE STEP PREGNANCY TEST KIT[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS	10	55
ONE WAY VALVED MOUTHPIECE DEVICE[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS	10	55
one-a-day cholesterol plus 0.4 mg tablet[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS	10	55
one-a-day essential tablet[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS	10	55
ONE-A-DAY KID'S CHEWABLE TABLET[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS	10	55
one-a-day maximum formula tablet[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS	10	55
ONE-A-DAY MEN VITACRAVES 200 MCG CHEWABLE TABLET[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS	10	55
one-a-day men's pro edge 0.4 mg tablet[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS	10	55
ONE-A-DAY PROACTIVE 65 PLUS 200 MCG TABLET[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS	10	55
one-a-day teen advantage 18 mg-400 mcg tablet[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS	10	55
ONE-A-DAY WOMEN VITACRAVES 200 MCG CHEWABLE TABLET[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
one-a-day women's 50 plus 0.4 mg tablet[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS	10	55
ONE-A-DAY WOMEN'S PETITES 9 MG IRON-200 MCG TABLET[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS	10	55
ONE-A-DAY WOMENS FORMULA 18 MG IRON-400 MCG-500 MG CA TABLET[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS	10	55
onelax bisacodyl 10 mg rectal suppository[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS	10	55
ONELAX DAILY FIBER 3.4 GRAM/6 GRAM ORAL POWDER[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
onelax docusate sodium 50 mg/5 ml oral liquid[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS	10	55
ONELAX FIBER THERAPY (PSYLLIUM-SUCRALOSE) 3.4 GRAM/12 GRAM ORAL POWDER[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS	10	55
onelax fiber therapy (psyllium-sucrose) 3.4 gram/12 gram oral powder[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS	10	55
onelax senna 8.8 mg/5 ml oral syrup[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS	10	55
ONETOUCH ULTRA TEST STRIPS[NP]	*	QL(300 cada 30 días)	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
ONETOUCH ULTRA2 METER[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS	10	55
ONETOUCH VERIO FLEX METER[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS	10	55
ONETOUCH VERIO REFLECT METER[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS	10	55

• NP – no preferido • OTC – sin receta • PA – autorización previa • QL – Límite de cantidad
• ST – Terapia por fases

Nombre del medicamento	Grupo del nivel del medica-mento	Requisitos de manejo de utilización	Nombre de la categoría terapéutica	Edad mínima	Edad máxima
ONETOUCH VERIO TEST STRIPS[NP]	*	QL(300 cada 30 dÍas)	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS	10	55
onevite daily multivitamin 400 mcg tablet[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS	10	55
OPTIUM EZ STRIPS[NP]	*	QL(300 cada 30 dÍas)	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS	10	55
OPTUMRX SOLUTION[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
oralyte oral solution[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS	10	55
OVAL TAPE[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS	10	55
overnight lubricating eye 94 %-3 % ointment[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS	10	55
p-col rite 8.6 mg-50 mg tablet[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
pain relief (acetaminophen) 160 mg/5 ml oral liquid[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS	10	55
pain relief (acetaminophen) 325 mg tablet[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS	10	55
pain relief (acetaminophen) 500 mg tablet[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS	10	55
pain relief (lidocaine) 4 % topical cream[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS	10	55
pain relief adult 500 mg/15 ml oral liquid[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS	10	55
pain relief extra strength (acetaminophen) 500 mg tablet[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS	10	55
pain reliever (acetaminophen) 325 mg tablet[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
pain reliever (acetaminophen) 500 mg tablet[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
pain reliever (acetaminophen) 650 mg rectal suppository[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS	10	55
pain reliever (acetaminophen-aspirin-caff) 250 mg-250 mg-65 mg tablet[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
pain reliever extra strength (acetaminophen) 500 mg tablet[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS	10	55
pain reliever plus 250 mg-250 mg-65 mg tablet[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS	10	55
pain-off 250 mg-250 mg-65 mg tablet[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
PANDA MASK[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS	10	55
PANOXYL 10 % TOPICAL GEL[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS	10	55
PCCA ALADERM BASE OINTMENT[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS	10	55
PEAK FLOW METER[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS	10	55

• NP – no preferido • OTC – sin receta • PA – autorización previa • QL – Límite de cantidad
• ST – Terapia por fases

Nombre del medicamento	Grupo del nivel del medica-mento	Requisitos de manejo de utilización	Nombre de la categoría terapéutica	Edad mínima	Edad máxima
pedia iron 15 mg iron (75 mg)/ml oral drops[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS	10	55
PEDIA POLY-VITE 250 MCG-50 MG-10 MCG-5 MG/ML ORAL DROPS[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS	10	55
pedia tri-vite 250 mcg-50 mg-10 mcg/ml oral drops[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS	10	55
PEDIA-LAX (MAG HYDROXIDE) 400 MG (170 MG MAGNESIUM) CHEWABLE TABLET[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS	10	55
PEDIA-LAX 2.8 GRAM/2.7 ML RECTAL SOLUTION[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS	10	55
PEDIALYTE 10.6 MEQ-4.7MEQ/8.5 GRAM ORAL POWDER PACKET[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS	10	55
PEDIALYTE ADVANCED CARE ORAL SOLUTION[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS	10	55
PEDIALYTE ADVANCED CARE PLUS ORAL SOLUTION[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
PEDIALYTE ELECTROLYTE POWDER 11.25 MEQ-5 MEQ-8.75 MEQ ORAL POWDER PKT[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS	10	55
PEDIALYTE FREEZER POPS ORAL SOLUTION[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS	10	55
PEDIALYTE IMMUNE SUPPORT ORAL SOLUTION[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS	10	55
PEDIALYTE ORAL SOLUTION[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS	10	55
PEDIALYTE SINGLES ORAL SOLUTION[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS	10	55
PEDIALYTE SPARKLING RUSH 28.3 MEQ-18.2 MEQ-16.6 MEQ ORAL EFF. PWD PACK[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS	10	55
pediatric electrolyte 10.6 meq-4.7meq/8.5 gram oral powder packet[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
pediatric electrolyte oral solution[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS	10	55
pediatric enema 9.5 gram-3.5 gram/59 ml[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS	10	55
pediatric freezer pops oral solution[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS	10	55
PEDIATRIC MEDIUM MASK[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS	10	55
pediatric multivitamin no.171 750 unit-35 mg-400 unit/ml oral drops[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS	10	55
PEDIATRIC PANDA MASK[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS	10	55
PEDIATRIC POLY-VITE 250 MCG-50 MG-10 MCG-5 MG/ML ORAL DROPS[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS	10	55
PEDIATRIC SMALL MASK[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS	10	55
pediatric tri-vite 750 unit-35 mg-400 unit/ml oral drops[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS	10	55

• NP – no preferido • OTC – sin receta • PA – autorización previa • QL – Límite de cantidad
• ST – Terapia por fases

Nombre del medicamento	Grupo del nivel del medica-mento	Requisitos de manejo de utilización	Nombre de la categoría terapéutica	Edad mínima	Edad máxima
PEDIAVANCE 5.3 MEQ-2.35 MEQ-4.15 MEQ ORAL CONCENTRATE IN PACKET[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS	10	55
PEN NEEDLE 29 GAUGE X 1/2"[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS	10	55
PEN NEEDLE 31 GAUGE X 1/4"[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS	10	55
PEN NEEDLE 31 GAUGE X 3/16"[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS	10	55
PEN NEEDLE 31 GAUGE X 3/16"[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS	10	55
PEN NEEDLE 31 GAUGE X 5/16"[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS	10	55
PEN NEEDLE 31 GAUGE X 5/16"[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS	10	55
PEN NEEDLE 32 GAUGE X 5/32"[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS	10	55
PEN NEEDLE, DIABETIC 29 GAUGE X 1/2"[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS	10	55
PEN NEEDLE, DIABETIC 29 GAUGE X 15/32"[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS	10	55
PEN NEEDLE, DIABETIC 30 GAUGE X 3/16"[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS	10	55
PEN NEEDLE, DIABETIC 30 GAUGE X 5/16"[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS	10	55
PEN NEEDLE, DIABETIC 31 GAUGE X 1/4"[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS	10	55
PEN NEEDLE, DIABETIC 31 GAUGE X 13/64"[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS	10	55
PEN NEEDLE, DIABETIC 31 GAUGE X 15/64"[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS	10	55
PEN NEEDLE, DIABETIC 31 GAUGE X 3/16"[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS	10	55
PEN NEEDLE, DIABETIC 31 GAUGE X 5/16"[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS	10	55
PEN NEEDLE, DIABETIC 31 GAUGE X 5/32"[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS	10	55
PEN NEEDLE, DIABETIC 32 GAUGE X 1/4"[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS	10	55
PEN NEEDLE, DIABETIC 32 GAUGE X 3/16"[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS	10	55
PEN NEEDLE, DIABETIC 32 GAUGE X 5/16"[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS	10	55
PEN NEEDLE, DIABETIC 32 GAUGE X 5/32"[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS	10	55
PEN NEEDLE, DIABETIC 33 GAUGE X 1/4"[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
PEN NEEDLE, DIABETIC 33 GAUGE X 3/16"[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS	10	55
PEN NEEDLE, DIABETIC 33 GAUGE X 5/32"[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		

• NP – no preferido • OTC – sin receta • PA – autorización previa • QL – Límite de cantidad
• ST – Terapia por fases

Nombre del medicamento	Grupo del nivel del medica-mento	Requisitos de manejo de utilización	Nombre de la categoría terapéutica	Edad mínima	Edad máxima
PEN NEEDLE, DIABETIC, SAFETY 31 GAUGE X 3/16"[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
PEN NEEDLE, DIABETIC, SAFETY 31 GAUGE X 5/32"[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS	10	55
PENTIPS PEN NEEDLE 29 GAUGE X 1/2"[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS	10	55
PENTIPS PEN NEEDLE 31 GAUGE X 1/4"[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS	10	55
PENTIPS PEN NEEDLE 31 GAUGE X 3/16"[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS	10	55
PENTIPS PEN NEEDLE 31 GAUGE X 5/16"[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
PENTIPS PEN NEEDLE 32 GAUGE X 1/4"[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS	10	55
PENTIPS PEN NEEDLE 32 GAUGE X 5/32"[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS	10	55
perdiem overnight relief 15 mg tablet[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS	10	55
PERFECT POINT SAFETY NEEDLE 25 GAUGE X 1"[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS	10	55
PERSA-GEL 10 % TOPICAL[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS	10	55
PERSONAL BEST FULL RANGE DEVICE[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS	10	55
PERSONAL BEST LOW RANGE DEVICE[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS	10	55
petrolatum topical ointment[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS	10	55
pharbetol 325 mg tablet[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS	10	55
pharbetol 500 mg tablet[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS	10	55
PHARMACIST CHOICE BLOOD GLUCOSE SYSTEM[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS	10	55
PHARMACIST CHOICE GLUCOSE TEST STRIPS[NP]	*	QL(300 cada 30 días)	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS	10	55
phenazopyridine 100 mg tablet	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
phenazopyridine 200 mg tablet	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS	10	55
PHEXX 1.8 %-1 %-0.4 % VAGINAL GEL	1	QL(60 cada 30 días)	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
PHEXXI 1.8 %-1 %-0.4 % VAGINAL GEL	1	QL(60 cada 30 días)	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS	10	55
phillips 500 mg magnesium tablet[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS	10	55
PHILLIPS MILK OF MAGNESIA 311 MG CHEWABLE TABLET[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS	10	55
PHILLIPS MILK OF MAGNESIA 400 MG/5 ML ORAL SUSPENSION[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS	10	55

• NP – no preferido • OTC – sin receta • PA – autorización previa • QL – Límite de cantidad
• ST – Terapia por fases

Nombre del medicamento	Grupo del nivel del medica-mento	Requisitos de manejo de utilización	Nombre de la categoría terapéutica	Edad mínima	Edad máxima
phillips' liqui-gels 100 mg capsule[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS	10	55
PHOTREXA CROSS-LINKING KIT 0.146 %-0.146 % EYE DROPS AND VISCOUS DROPS[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS	10	55
PIKO 1 DEVICE[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS	10	55
PILOT COVID-19 AT-HOME TEST KIT[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS	10	55
PIP BLOOD GLUCOSE MONITORING SYSTEM[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS	10	55
PIP BLOOD GLUCOSE TEST STRIP[NP]	*	QL(300 cada 30 dÍas)	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS	10	55
PIP GLUCOSE CONTROL SOLUTION L1-L2[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS	10	55
PIP PEN NEEDLE 31 GAUGE X 3/16"[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS	10	55
PIP PEN NEEDLE 32 GAUGE X 5/32"[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS	10	55
PIVOT INSULIN PUMP STARTER KIT[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS	10	55
PIVOT SUPPLY KIT COMBO PACK[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS	10	55
PIXEL COVID-19 HOME COLLECT KIT[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
POCKET PEAK FLOW METER[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS	10	55
podocon 25 % topical liquid[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS	10	55
poly bacitracin (zinc) 500 unit-10,000 unit/gram topical ointment[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS	10	55
POLY HUB NEEDLE 18 GAUGE X 1 1/2"[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS	10	55
POLY HUB NEEDLE 18 GAUGE X 1"[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
POLY HUB NEEDLE 21 GAUGE X 1 1/2"[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS	10	55
POLY HUB NEEDLE 21 GAUGE X 1"[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS	10	55
POLY HUB NEEDLE 22 GAUGE X 1 1/2"[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS	10	55
POLY HUB NEEDLE 22 GAUGE X 1"[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS	10	55
POLY HUB NEEDLE 23 GAUGE X 1 1/2"[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS	10	55
POLY HUB NEEDLE 23 GAUGE X 1"[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS	10	55
POLY HUB NEEDLE 25 GAUGE X 1 1/2"[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS	10	55
POLY HUB NEEDLE 25 GAUGE X 1"[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		

• NP – no preferido • OTC – sin receta • PA – autorización previa • QL – Límite de cantidad
• ST – Terapia por fases

Nombre del medicamento	Grupo del nivel del medica-mento	Requisitos de manejo de utilización	Nombre de la categoría terapéutica	Edad mínima	Edad máxima
POLY HUB NEEDLE 25 GAUGE X 5/8"OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS	10	55
POLY HUB NEEDLE 27 GAUGE X 1 1/4"OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS	10	55
POLY HUB NEEDLE 27 GAUGE X 1/2"OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
POLY HUB NEEDLE 30 GAUGE X 1/2"OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
POLY-VI-SOL 250 MCG-50 MG-10 MCG/ML ORAL DROPSOTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS	10	55
poly-vita drops 750 unit-35 mg-400 unit/ml oralOTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
POLYETHYLENE GLYCOL 1000 (BULK) POWDEROTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
POLYETHYLENE GLYCOL 1450 (BULK) POWDEROTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS	10	55
POLYETHYLENE GLYCOL 200 (BULK) LIQUIDOTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS	10	55
POLYETHYLENE GLYCOL 300 (BULK) LIQUIDOTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
POLYETHYLENE GLYCOL 3350 (BULK) GRANULESOTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
POLYETHYLENE GLYCOL 3350 (BULK) POWDEROTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS	10	55
POLYETHYLENE GLYCOL 400 (BULK) LIQUIDOTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
POLYETHYLENE GLYCOL 4500 (BULK) 100 % POWDEROTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
POLYETHYLENE GLYCOL 600 (BULK) LIQUIDOTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
POLYETHYLENE GLYCOL 8000 (BULK) 100 % POWDEROTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
POLYETHYLENE GLYCOL 8000 (BULK) 100 % WAXOTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
POLYETHYLENE GLYCOL 8000 (BULK) POWDEROTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
POLYGLYCOL TROCHE BASE POWDEROTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS	10	55
POLYOX WSR-301 100 % POWDEROTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS	10	55
POLYSPORIN 500 UNIT-10,000 UNIT/GRAM TOPICAL OINTMENTOTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS	10	55
POLYSPORIN 500 UNIT-10,000 UNIT/GRAM TOPICAL OINTMENT IN PACKETOTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
polyvinyl alcohol 1.4 % eye dropsOTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS	10	55
potas and sod citrate-citric acid 550 mg-500 mg-334 mg/5 ml oral solnNP	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS	10	55
potassium citrate-citric acid 1,100 mg-334 mg/5 ml oral solutionNP	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS	10	55

• NP – no preferido • OTC – sin receta • PA – autorización previa • QL – Límite de cantidad
• ST – Terapia por fases

Nombre del medicamento	Grupo del nivel del medica-mento	Requisitos de manejo de utilización	Nombre de la categoría terapéutica	Edad mínima	Edad máxima
povidone-iodine 10 % topical gel[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS	10	55
povidone-iodine 10 % topical liquid packet[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
povidone-iodine 10 % topical ointment[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
povidone-iodine 10 % topical pads[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
povidone-iodine 10 % topical solution[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
povidone-iodine 10 % topical spray[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS	10	55
povidone-iodine 10 % topical swab[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
povidone-iodine 7.5 % topical solution[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
PRECISION XTRA B-KETONE STRIPS[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
PRECISION XTRA KETONE-GLUCOSE MONITOR KIT[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS	10	55
PRECISION XTRA TEST STRIPS[NP]	*	QL(300 cada 30 dÍas)	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
PREGNANCY TEST KIT[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS	10	55
PREMIER BLU GLUCOSE METER[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
PREMIER CLASSIC GLUCOSE METER[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
PREMIER COMPACT GLUCOSE METER KIT[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS	10	55
PREMIER TEST STRIP[NP]	*	QL(300 cada 30 dÍas)	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
PREMIER VOICE GLUCOSE METER[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
PREMIUM BLOOD GLUCOSE MONITORING SYSTEM[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
PREMIUM V10[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
PREMIUM V10 STRIPS[NP]	*	QL(300 cada 30 dÍas)	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS	10	55
PREPARATION H (PHENYLEPHRINE,WITCH HAZEL) 0.25 %-50 % TOPICAL GEL[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
PREPARATION H 0.25 %-14 %-74.9 % OINTMENT[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
PREPARATION H MAXIMUM STRENGTH 0.25 %-1 % RECTAL CREAM[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
PREPARATION H RAPID RELIEF SPRAY 5 %-0.25 % TOPICAL[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS	10	55
PREPARATION H RAPID RELIEF WIPES 5 %-0.25 %-20 % TOPICAL PADS[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS	10	55

• NP – no preferido • OTC – sin receta • PA – autorización previa • QL – Límite de cantidad
• ST – Terapia por fases

Nombre del medicamento	Grupo del nivel del medica-mento	Requisitos de manejo de utilización	Nombre de la categoría terapéutica	Edad mínima	Edad máxima
PREPARATION H(PHENYLEPH,COCOA BUTTR) 0.25 %-88.44 % RECTAL SUPPOSITORY[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
PRESTO PRO BLOOD GLUCOSE METER[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
PREVENT DROPSAFE PEN NEEDLE 31 GAUGE X 1/4"[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
PREVENT DROPSAFE PEN NEEDLE 31 GAUGE X 5/16"[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS	10	55
PRO COMFORT ALCOHOL PADS[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
PRO COMFORT INSULIN SYRINGE 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2"[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
PRO COMFORT INSULIN SYRINGE 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
PRO COMFORT INSULIN SYRINGE 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
PRO COMFORT INSULIN SYRINGE 1 ML 30 GAUGE X 1/2"[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
PRO COMFORT INSULIN SYRINGE 1 ML 30 GAUGE X 5/16"[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
PRO COMFORT INSULIN SYRINGE 1 ML 31 GAUGE X 5/16"[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
PRO COMFORT PEN NEEDLE 32 GAUGE X 1/4"[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
PRO COMFORT PEN NEEDLE 32 GAUGE X 3/16"[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
PRO COMFORT PEN NEEDLE 32 GAUGE X 5/16"[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
PRO COMFORT PEN NEEDLE 32 GAUGE X 5/32"[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
PRO COMFORT SPACER-ADULT MASK[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
PRO COMFORT SPACER-CHILD MASK[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
PRO COMFORT SPACER-INFANT MASK[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
PRO VOICE V8 GLUCOSE MONITOR[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
PRO VOICE V8-V9 TEST STRIP[NP]	*	QL(300 cada 30 dÍas)	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
PRO VOICE V9 GLUCOSE MONITOR[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
PRO-COMFORT ALCOHOL PADS[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
proctozone-b 10 mg rectal suppository[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
proctozone-gmax rectal suppository[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
PRODIGY AUTOCODE BLOOD GLUCOSE MONITORING SYSTEM[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		

• NP – no preferido • OTC – sin receta • PA – autorización previa • QL – Límite de cantidad
• ST – Terapia por fases

Nombre del medicamento	Grupo del nivel del medica-mento	Requisitos de manejo de utilización	Nombre de la categoría terapéutica	Edad mínima	Edad máxima
PRODIGY AUTOCODE METER KIT[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
PRODIGY INSULIN SYRINGE 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
PRODIGY INSULIN SYRINGE 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
PRODIGY INSULIN SYRINGE 1 ML 28 GAUGE X 1/2"[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
PRODIGY NO CODING STRIPS[NP]	*	QL(300 cada 30 dÍas)	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
PRODIGY POCKET METER KIT[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
PRODIGY VOICE GLUCOSE METER KIT[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
profend 10 % topical swab[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
PROFILNINE 1,000 (+/-) UNIT INTRAVENOUS SOLUTION	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
PROFILNINE 1,500 (+/-) UNIT INTRAVENOUS SOLUTION	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
PROFILNINE 500 (+/-) UNIT INTRAVENOUS SOLUTION	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
profola 20 mg iron-1,670 mcg dfe tablet[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
prolaxa 250 mg capsule[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
promolaxin 100 mg tablet[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
protective ointment[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
pseudoephedrine 30 mg tablet[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
psyllium husk (with sugar) 3 gram/7 gram oral powder[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
psyllium husk 0.4 gram capsule[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
psyllium husk 0.52 gram capsule[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
psyllium husk 2.18 gram/5 gram oral powder[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
psyllium husk 2.6 gram/4.1 gram oral powder[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
psyllium husk 500 mg capsule[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
pure and gentle (saline) 19 gram-7 gram/118 ml enema[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
PURE COMFORT ALCOHOL PADS[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
PURE COMFORT PEN NEEDLE 32 GAUGE X 1/4"[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		

• NP – no preferido • OTC – sin receta • PA – autorización previa • QL – Límite de cantidad
• ST – Terapia por fases

Nombre del medicamento	Grupo del nivel del medica-mento	Requisitos de manejo de utilización	Nombre de la categoría terapéutica	Edad mínima	Edad máxima
PURE COMFORT PEN NEEDLE 32 GAUGE X 3/16"[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
PURE COMFORT PEN NEEDLE 32 GAUGE X 5/16"[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
PURE COMFORT PEN NEEDLE 32 GAUGE X 5/32"[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
PURE COMFORT SAFETY PEN NEEDLE 31 GAUGE X 1/4"[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
PURE COMFORT SAFETY PEN NEEDLE 31 GAUGE X 3/16"[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
PURE COMFORT SAFETY PEN NEEDLE 32 GAUGE X 5/32"[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
PURE COMFORT SPACER-ADULT MASK[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
PURECOMFORT PEAK FLOW METER[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
PURECOMFORT PEAK FLOW MOUTHPIECE DEVICE[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
purevita folic acid 400 mcg tablet[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
purevita magnesium oxide 400 mg (241.3 mg magnesium) tablet[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
PUREVITA SUPER B-COMPLEX 400 MCG CAPSULE[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
pvp prep 10 % topical solution[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
PYRIDIUM 100 MG TABLET[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
PYRIDIUM 200 MG TABLET[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
q-absorb 100 mg capsule[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
q-sorb co q-10 100 mg capsule[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
q-sorb co q-10 150 mg capsule[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
q-sorb co q-10 200 mg capsule[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
QUICKVUE AT-HOME COVID-19 TEST KIT[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
quintabs 400 mcg tablet[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
QUINTABS-M 10 MG IRON-400 MCG TABLET[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
quintabs-m iron free 0.4 mg tablet[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
QUINTET AC METER[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
QUINTET AC STRIPS[NP]	*	QL(300 cada 30 días)	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		

• NP – no preferido • OTC – sin receta • PA – autorización previa • QL – Límite de cantidad
• ST – Terapia por fases

Nombre del medicamento	Grupo del nivel del medica-mento	Requisitos de manejo de utilización	Nombre de la categoría terapéutica	Edad mínima	Edad máxima
QUINTET BLOOD GLUCOSE METER[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
QUINTET GLUCOSE TEST STRIPS[NP]	*	QL(300 cada 30 dÍas)	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
quit 2 mg buccal lozenge[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
quit 2 mg gum[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
quit 4 mg buccal lozenge[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
quit 4 mg gum[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
QUTENZA 8 % TOPICAL KIT[NP]	*	QL(4 cada 90 dÍas)	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
RAPID SARS-COV-2 AG HOME TEST KIT[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
RAYASAL 5.9 % TOPICAL CREAM[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
ready-to-use enema 19 gram-7 gram/118 ml[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
READYPREP CHG 2 % TOWELETTE[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
readyprep pvp 10 % topical solution[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
REBINYN 1,000 (+/-) UNIT INTRAVENOUS SOLUTION	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
REBINYN 2,000 (+/-) UNIT INTRAVENOUS SOLUTION	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
REBINYN 3,000 (+/-) UNIT INTRAVENOUS SOLUTION	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
REBINYN 500 (+/-) UNIT INTRAVENOUS SOLUTION	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
rectalief 5 % topical cream[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
RECTICARE 5 % TOPICAL CREAM[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
RECTIV 0.4 % (W/W) OINTMENT[NP]	*	QL(30 cada 30 dÍas)	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
REFRESH CELLUVISC 1 % EYE GEL IN A DROPPERETTE[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
REFRESH CONTACTS EYE DROPS[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
REFRESH LACRI-LUBE 56.8 %-42.5 % EYE OINTMENT[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
REFRESH LIQUIGEL 1 % EYE LIQUID GEL DROPS[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
REFRESH P.M. 57.3 %-42.5 % EYE OINTMENT[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
REFRESH PLUS 0.5 % EYE DROPS IN A DROPPERETTE[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		

• NP – no preferido • OTC – sin receta • PA – autorización previa • QL – Límite de cantidad
• ST – Terapia por fases

Nombre del medicamento	Grupo del nivel del medica-mento	Requisitos de manejo de utilización	Nombre de la categoría terapéutica	Edad mínima	Edad máxima
REFRESH TEARS 0.5 % EYE DROPS[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
REFUAH PLUS GLUCOSE MONITOR KIT[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
REFUAH PLUS STRIPS[NP]	*	QL(300 cada 30 dÍas)	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
reguloid (aspartame) 3 gram/5.8 gram oral powder[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
reguloid (psyllium husk) 0.4 gram capsule[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
reguloid (psyllium husk) 3 gram/5.4 gram oral powder[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
reguloid (psyllium husk) 3 gram/5.8 gram oral powder[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
reguloid (psyllium husk-sucrose) 3 gram/7 gram oral powder[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
RELION ALL-IN-ONE METER KIT[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
RELION CONFIRM KIT[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
RELION CONFIRM-MICRO STRIPS[NP]	*	QL(300 cada 30 dÍas)	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
RELION MICRO GLUCOSE MONITOR KIT[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
RELION PRIME METER[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
RELION PRIME TEST STRIPS[NP]	*	QL(300 cada 30 dÍas)	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
renal caps 1 mg capsule[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
reno caps 1 mg capsule[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
rest simply nighttime sleep 25 mg tablet[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
restore plus (carboxymethylcellulose) 0.5 % eye drops in a dropperette[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
restore pm 57.3 %-42.5 % eye ointment[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
retaine cmc 0.5 % eye drops in a dropperette[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
retaine pm 80 %-20 % eye ointment[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
REZDIFFRA 100 MG TABLET	1	PA,QL(30 cada 30 dÍas)	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
REZDIFFRA 60 MG TABLET	1	PA,QL(30 cada 30 dÍas)	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
REZDIFFRA 80 MG TABLET	1	PA,QL(30 cada 30 dÍas)	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
ribavirin 6 gram solution for inhalation	1	QL(8 cada 30 dÍas)	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		

• NP – no preferido • OTC – sin receta • PA – autorización previa • QL – Límite de cantidad
• ST – Terapia por fases

Nombre del medicamento	Grupo del nivel del medica-mento	Requisitos de manejo de utilización	Nombre de la categoría terapéutica	Edad mínima	Edad máxima
RIGHTEST GM550 SYSTEM KIT[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
RIGHTEST GS550 TEST STRIPS[NP]	*	QL(300 cada 30 dÍas)	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
RIGHTEST GT333 GLUCOSE METER[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
RIGHTEST GT333 TEST STRIP[NP]	*	QL(300 cada 30 dÍas)	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
RIXUBIS 1,000 UNIT INTRAVENOUS SOLUTION	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
RIXUBIS 2,000 UNIT INTRAVENOUS SOLUTION	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
RIXUBIS 250 UNIT INTRAVENOUS SOLUTION	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
RIXUBIS 3,000 UNIT INTRAVENOUS SOLUTION	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
RIXUBIS 500 UNIT INTRAVENOUS SOLUTION	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
RYONCIL 6.68 X 10EXP6 CELL/ML INTRAVENOUS SUSPENSION[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
safe tussin dm 10 mg-100 mg/5 ml oral liquid[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
SAFESNAP SYRINGE 1 ML 25 GAUGE X 5/8"[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
SAFESNAP SYRINGE 1 ML 27 GAUGE X 1/2"[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
SAFESNAP SYRINGE 10 ML[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
SAFESNAP SYRINGE 10 ML 20 GAUGE X 1 1/2"[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
SAFESNAP SYRINGE 10 ML 20 GAUGE X 1"[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
SAFESNAP SYRINGE 10 ML 21 GAUGE X 1 1/2"[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
SAFESNAP SYRINGE 10 ML 21 GAUGE X 1"[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
SAFESNAP SYRINGE 10 ML 22 GAUGE X 1 1/2"[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
SAFESNAP SYRINGE 10 ML 22 GAUGE X 1"[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
SAFESNAP SYRINGE 3 ML[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS	40	
SAFESNAP SYRINGE 3 ML 20 GAUGE X 1 1/2"[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
SAFESNAP SYRINGE 3 ML 20 GAUGE X 1"[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
SAFESNAP SYRINGE 3 ML 21 GAUGE X 1 1/2"[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
SAFESNAP SYRINGE 3 ML 21 GAUGE X 1"[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		

• NP – no preferido • OTC – sin receta • PA – autorización previa • QL – Límite de cantidad
• ST – Terapia por fases

Nombre del medicamento	Grupo del nivel del medica-mento	Requisitos de manejo de utilización	Nombre de la categoría terapéutica	Edad mínima	Edad máxima
SAFESNAP SYRINGE 3 ML 22 GAUGE X 1 1/2"OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
SAFESNAP SYRINGE 3 ML 22 GAUGE X 1"OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
SAFESNAP SYRINGE 3 ML 23 GAUGE X 1 1/2"OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
SAFESNAP SYRINGE 3 ML 23 GAUGE X 1"OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
SAFESNAP SYRINGE 3 ML 25 GAUGE X 1"OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
SAFESNAP SYRINGE 3 ML 25 GAUGE X 5/8"OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
SAFESNAP SYRINGE 5 MLOTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
SAFESNAP SYRINGE 5 ML 20 GAUGE X 1 1/2"OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
SAFESNAP SYRINGE 5 ML 20 GAUGE X 1"OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS	40	
SAFESNAP SYRINGE 5 ML 21 GAUGE X 1 1/2"OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
SAFESNAP SYRINGE 5 ML 21 GAUGE X 1"OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
SAFESNAP SYRINGE 5 ML 22 GAUGE X 1 1/2"OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
SAFESNAP SYRINGE 5 ML 22 GAUGE X 1"OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
SAFETY PEN NEEDLE 31 GAUGE X 3/16"NP	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
salicate 10 % topical liquidNP	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
salicylic acid 27.5 % topical film-forming liquid	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
salicylic acid 3 % topical ointmentNP	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
salicylic acid 6 % topical gel	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
saline mist 0.65 % nasal spray aerosolOTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS	40	
saline nasal 0.65 % spray aerosolOTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS	40	
saline nasal mist 0.65 % spray aerosolOTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS	40	
saline nasal mist 3 %OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
saline nasal mist 3 % spray aerosolOTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
salsalate 500 mg tablet	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
salsalate 750 mg tablet	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		

• NP – no preferido • OTC – sin receta • PA – autorización previa • QL – Límite de cantidad
• ST – Terapia por fases

Nombre del medicamento	Grupo del nivel del medica-mento	Requisitos de manejo de utilización	Nombre de la categoría terapéutica	Edad mínima	Edad máxima
salycim 6 % topical cream[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
SCOOBY-DOO ONE A DAY KIDS CHEWABLE TABLET[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
SCOT-TUSSIN EXPECTORANT 100 MG/5 ML ORAL LIQUID[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
SCRUB CARE EXIDINE 4 % TOPICAL LIQUID[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
scrub care povidone iodine 10 % topical solution[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
SCRUB CHLORHEXIDINE GLUCONATE 4 % TOPICAL LIQUID[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
secura protective topical ointment[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
SECURESAFE INSULIN SYRINGE 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
SECURESAFE INSULIN SYRINGE 1 ML 29 GAUGE X 1/2"[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
SECURESAFE PEN NEEDLE 30 GAUGE X 5/16"[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
SECURESAFE PEN NEEDLE 31 GAUGE X 3/16"[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
senaklear 8.6 mg tablet[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
senexon-s 8.6 mg-50 mg tablet[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
senior tabs 0.4 mg-300 mcg-250 mcg tablet[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
senna 176 mg/5 ml oral syrup[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
senna 8.6 mg capsule[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
senna 8.6 mg tablet[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
senna 8.8 mg/5 ml oral syrup[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
senna lax 8.6 mg tablet[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
senna laxative 8.6 mg tablet[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
senna leaf 450 mg capsule[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
senna leaf extract 176 mg/5 ml oral syrup[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
senna plus 8.6 mg-50 mg capsule[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
senna plus 8.6 mg-50 mg tablet[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
senna-s 8.6 mg-50 mg tablet[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		

• NP – no preferido • OTC – sin receta • PA – autorización previa • QL – Límite de cantidad
• ST – Terapia por fases

Nombre del medicamento	Grupo del nivel del medica-mento	Requisitos de manejo de utilización	Nombre de la categoría terapéutica	Edad mínima	Edad máxima
senna-time s 8.6 mg-50 mg tablet[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
sennosides 8.6 mg tablet[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
sennosides 8.6 mg-docusate sodium 50 mg tablet[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
sennosides 8.8 mg/5 ml oral syrup[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
SENOKOT 8.6 MG TABLET[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
SENOKOT 8.7 MG CHEWABLE TABLET[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
SENOKOT EXTRA STRENGTH 17.2 MG TABLET[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
SENOKOT KIDS 8.7 MG CHEWABLE TABLET[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
SENOKOT-S 8.6 MG-50 MG TABLET[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
sentia 0.6 % eye drops[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
sentry 18 mg-400 mcg tablet[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
sentry senior 0.4 mg-300 mcg-250 mcg tablet[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
sentry senior 500 mcg-300 mcg-250 mcg tablet[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
shake that ache 500 mg tablet[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
SIDESTREAM PEDIATRIC FACE MASK[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
SIKLOS 1,000 MG TABLET	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
SIKLOS 100 MG TABLET	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
SILICONE MASK - PEDIATRIC[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
silver nitrate applicators 75 %-25 % topical stick[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
SIMONE SUPER ENERGY ORAL POWDER[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
SIMPLERA SENSOR DEVICE	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
SIMPLERA SYNC SENSOR DEVICE	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
SIMPLI PEN NEEDLE 32 GAUGE X 5/32"[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
simply saline 0.9 % nasal spray aerosol[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
simply sleep 25 mg tablet[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		

• NP – no preferido • OTC – sin receta • PA – autorización previa • QL – Límite de cantidad
• ST – Terapia por fases

Nombre del medicamento	Grupo del nivel del medica-mento	Requisitos de manejo de utilización	Nombre de la categoría terapéutica	Edad mínima	Edad máxima
sinus-congestion 30 mg tablet[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
SKIN AND NASAL ANTISEPTIC 5 % KIT[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
skin protectant a and d (petrolatum, lanolin) topical ointment[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
skin protectant a and d topical ointment[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
SKY SAFETY PEN NEEDLE 30 GAUGE X 3/16"[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
SKY SAFETY PEN NEEDLE 30 GAUGE X 5/16"[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
sleep aid (diphenhydramine) 25 mg capsule[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
sleep aid (diphenhydramine) 25 mg tablet[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
sleep aid (diphenhydramine) 50 mg capsule[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
sleep aid (diphenhydramine) 50 mg/30 ml oral liquid[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
sleep ii 25 mg tablet[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
sleep tablet (diphenhydramine) 25 mg tablet[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
sleep time 25 mg capsule[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
sleep time 50 mg/30 ml oral liquid[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
SLEEP-TABS 25 MG TABLET[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
sleeping 50 mg capsule[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
SMART BLUETOOTH GLUCOSE MONITOR[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
SMART BLUETOOTH GLUCOSE MONITOR KIT[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
smart q10 100 mg chewable tablet[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
SMART SENSE MONITORING SYSTEM[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
SMART SENSE TEST STRIPS[NP]	*	QL(300 cada 30 días)	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
SMARTEST EJECT KIT[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
SMARTEST PERSONA STARTER KIT[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
SMARTEST PRONTO STARTER KIT[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
SMARTEST PROTEGE KIT[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		

• NP – no preferido • OTC – sin receta • PA – autorización previa • QL – Límite de cantidad
• ST – Terapia por fases

Nombre del medicamento	Grupo del nivel del medica-mento	Requisitos de manejo de utilización	Nombre de la categoría terapéutica	Edad mínima	Edad máxima
SMARTEST TEST STRIPS[NP]	*	QL(300 cada 30 dÍas)	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
smooth texture fiber 3 gram/5.8 gram oral powder[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
sodium chloride 0.9 % irrigation solution	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
sodium citrate-citric acid 500 mg-334 mg/5 ml oral solution[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
SOHONOS 1 MG CAPSULE[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
SOHONOS 1.5 MG CAPSULE[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
SOHONOS 10 MG CAPSULE[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
SOHONOS 2.5 MG CAPSULE[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
SOHONOS 5 MG CAPSULE[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
solivite 400 mcg capsule[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
soluble fiber 500 mg tablet[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
SOLUS V2 AUDIBLE METER[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
SOLUS V2 AUDIBLE METER KIT[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
SOLUS V2 TEST STRIPS[NP]	*	QL(300 cada 30 dÍas)	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
soluvita a,c,d with fluoride 0.25 mg fluoride (0.55 mg)/ml oral drops[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
sominex 25 mg tablet[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
sominex maximum strength 50 mg tablet[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
SOOTHE LUBRICANT 0.6 %-0.6 % EYE DROPS IN A DROPPERETTE[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
SOOTHE NIGHT TIME LUBRICANT 80 %-20 % EYE OINTMENT[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
SORBITOL 70 % SOLUTION[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
sorbugen nr 10 mg-100 mg/5 ml oral liquid[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
spectravite adult 18 mg-400 mcg tablet[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
spectravite adult 50 plus 0.4 mg-300 mcg-250 mcg tablet[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
spectravite advanced formula 18 mg-400 mcg tablet[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
spectravite men 50 plus 300 mcg-60 mcg-600 mcg-300 mcg tablet[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		

• NP – no preferido • OTC – sin receta • PA – autorización previa • QL – Límite de cantidad
• ST – Terapia por fases

Nombre del medicamento	Grupo del nivel del medica-mento	Requisitos de manejo de utilización	Nombre de la categoría terapéutica	Edad mínima	Edad máxima
spectravite men's 8 mg iron-200 mcg-600 mcg tablet[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
spectravite women 18 mg-400 mcg tablet[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
spectravite women 50 plus 8 mg iron-400 mcg-50 mcg tablet[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
SPEEDYSWAB COVID-19 HOME TEST KIT[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
STERILE LUBRICANT 0.7 % EYE LIQUID GEL DROPS[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
stimulant laxative plus 8.6 mg-50 mg tablet[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
stool softener (docusate calcium) 240 mg capsule[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
stool softener 100 mg capsule[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
stool softener 100 mg tablet[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
stool softener 250 mg capsule[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
stool softener 50 mg capsule[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
stool softener 50 mg/5 ml oral liquid[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
stool softener 60 mg/15 ml oral syrup[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
stool softener-laxative 8.6 mg-50 mg tablet[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
stool softener-stimulant laxative 8.6 mg-50 mg capsule[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
stool softener-stimulant laxative 8.6 mg-50 mg tablet[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
stop smoking aid 2 mg buccal lozenge[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
stop smoking aid 4 mg buccal lozenge[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
STRESS FORMULA TABLET[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
STROVITE FORTE 10 MG-1 MG TABLET[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
stye (pva-povidone) 0.5 %-0.6 % eye drops[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
STYE LUBRICANT 57.7 %-31.9 % EYE OINTMENT[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
SUDAFED 30 MG TABLET[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
sudogest 30 mg tablet[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
SUGARUP 6 GRAM/15 ML ORAL GEL[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		

• NP – no preferido • OTC – sin receta • PA – autorización previa • QL – Límite de cantidad
• ST – Terapia por fases

Nombre del medicamento	Grupo del nivel del medica-mento	Requisitos de manejo de utilización	Nombre de la categoría terapéutica	Edad mínima	Edad máxima
SUGARUP 900 MG/2.25 ML ORAL GEL IN SYRINGE (ORAL USE ONLY)[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
sulfacetamide sodium 10 % topical cleanser[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
sulfacetamide sodium 10 % topical cleanser, gel[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
summer's eve disposable douche 0.3 %[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
summer's eve douche 0.3 %[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
super b maxi complex 0.4 mg tablet[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
SUPER MULTIVITAMIN TABLET[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
super quints 0.4 mg tablet[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
super quints b-50 tablet[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
super thera vite m tablet[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
suphedrin 30 mg tablet[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
suphedrine 30 mg tablet[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
support oral liquid[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
SURE COMFORT ALCOHOL PREP PADS[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
SURE COMFORT INSULIN SYRINGE 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2"[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
SURE COMFORT INSULIN SYRINGE 0.3 ML 30 GAUGE X 1/2"[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
SURE COMFORT INSULIN SYRINGE 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16"[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
SURE COMFORT INSULIN SYRINGE 0.3 ML 31 GAUGE X 1/4"[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
SURE COMFORT INSULIN SYRINGE 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
SURE COMFORT INSULIN SYRINGE 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2"[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
SURE COMFORT INSULIN SYRINGE 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
SURE COMFORT INSULIN SYRINGE 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
SURE COMFORT INSULIN SYRINGE 1 ML 28 GAUGE X 1/2"[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
SURE COMFORT INSULIN SYRINGE 1 ML 29 GAUGE X 1/2"[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
SURE COMFORT INSULIN SYRINGE 1 ML 30 GAUGE X 1/2"[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		

• NP – no preferido • OTC – sin receta • PA – autorización previa • QL – Límite de cantidad
• ST – Terapia por fases

Nombre del medicamento	Grupo del nivel del medica-mento	Requisitos de manejo de utilización	Nombre de la categoría terapéutica	Edad mínima	Edad máxima
SURE COMFORT INSULIN SYRINGE 1 ML 30 GAUGE X 5/16"[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
SURE COMFORT INSULIN SYRINGE 1 ML 31 GAUGE X 1/4"[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
SURE COMFORT INSULIN SYRINGE 1 ML 31 GAUGE X 5/16"[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
SURE COMFORT INSULIN SYRINGE 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2"[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
SURE COMFORT INSULIN SYRINGE 1/2 ML 31 GAUGE X 1/4"[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
SURE COMFORT INSULIN SYRINGE U-100 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
SURE COMFORT PEN NEEDLE 29 GAUGE X 1/2"[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
SURE COMFORT PEN NEEDLE 30 GAUGE X 5/16"[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
SURE COMFORT PEN NEEDLE 31 GAUGE X 3/16"[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
SURE COMFORT PEN NEEDLE 31 GAUGE X 5/16"[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
SURE COMFORT PEN NEEDLE 32 GAUGE X 1/4"[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
SURE COMFORT PEN NEEDLE 32 GAUGE X 5/32"[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
SURE COMFORT SAFETY PEN NEEDLE 31 GAUGE X 1/4"[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
SURE COMFORT SAFETY PEN NEEDLE 32 GAUGE X 5/32"[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
SURE-PREP ALCOHOL PREP PADS[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
SURFAK 240 MG CAPSULE[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
SURGUARD2 SAFETY 23 GAUGE X 1" NEEDLE[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
SWEEN CREAM TOPICAL[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
SWEEN TOPICAL CREAM[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
sweet cheeks 1.2 gram/3 ml (40 %) oral gel in syringe (oral use only)[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
swim ear 95 %-5 % drops[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
swimmer's instant ear dry 95 %-5 % drops[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
SYRINGE (DISPOSABLE) 20 ML[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
SYRINGE (DISPOSABLE) 3 ML[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
SYRINGE (DISPOSABLE) 30 ML[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		

• NP – no preferido • OTC – sin receta • PA – autorización previa • QL – Límite de cantidad
• ST – Terapia por fases

Nombre del medicamento	Grupo del nivel del medica-mento	Requisitos de manejo de utilización	Nombre de la categoría terapéutica	Edad mínima	Edad máxima
SYRINGE (DISPOSABLE) 5 ML[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
SYRINGE 3 ML 20 GAUGE X 1"[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
SYRINGE 3 ML 21 GAUGE X 1 1/2"[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
SYRINGE 3 ML 21 GAUGE X 1"[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
SYRINGE 3 ML 22 GAUGE X 1"[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
SYRINGE 3 ML 25 GAUGE X 1"[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
SYRINGE 3CC 22 GAUGE X 3/4"[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
SYRINGE WITH NEEDLE 1 ML 25 GAUGE X 1"[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
SYRINGE WITH NEEDLE 3 ML 20 GAUGE X 1 1/2"[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
SYRINGE WITH NEEDLE 3 ML 21 GAUGE X 1 1/2"[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
SYRINGE WITH NEEDLE 3 ML 22 X 1 1/2"[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
SYRINGE WITH NEEDLE 3 ML 23 GAUGE X 1 1/2"[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
SYRINGE WITHOUT NEEDLE[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
tab-a-vite 400 mcg tablet[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
TAB-A-VITE MULTIVITAMIN W-IRON 15 MG IRON-400 MCG TABLET[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
TAB-A-VITE MULTIVITAMIN W-IRON 18 MG-400 MCG TABLET[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
TECHLITE INSULIN SYRINGE (HALF UNIT) 0.3 ML 31 GAUGE X 15/64"[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
TECHLITE INSULIN SYRINGE (HALF UNIT) 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
TECHLITE INSULIN SYRINGE (HALF UNIT) 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2"[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
TECHLITE INSULIN SYRINGE (HALF UNIT) 0.5 ML 31 GAUGE X 15/64"[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
TECHLITE INSULIN SYRINGE (HALF UNIT) 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
TECHLITE INSULIN SYRINGE 1 ML 30 GAUGE X 1/2"[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
TECHLITE INSULIN SYRINGE 1 ML 31 GAUGE X 15/64"[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
TECHLITE INSULIN SYRINGE 1 ML 31 GAUGE X 5/16"[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
TECHLITE PEN NEEDLE 29 GAUGE X 1/2"[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		

• NP – no preferido • OTC – sin receta • PA – autorización previa • QL – Límite de cantidad
• ST – Terapia por fases

Nombre del medicamento	Grupo del nivel del medica-mento	Requisitos de manejo de utilización	Nombre de la categoría terapéutica	Edad mínima	Edad máxima
TECHLITE PEN NEEDLE 31 GAUGE X 3/16"[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
TECHLITE PEN NEEDLE 31 GAUGE X 5/16"[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
TECHLITE PEN NEEDLE 32 GAUGE X 1/4"[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
TECHLITE PEN NEEDLE 32 GAUGE X 5/32"[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
TECHLITE PLUS PEN NEEDLE 32 GAUGE X 5/32"[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
TECNU IVY COMPLETE KIT 2 % TOPICAL KIT[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
TELCARE CONTROL SOLUTION[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
TELCARE TEST STRIPS[NP]	*	QL(300 cada 30 días)	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
TEMPO REFILL KIT WITH GAUZE[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
TEMPO WELCOME KIT[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
teravax 400 mcg capsule[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
TERUMO ALLERGY SYRINGE 1 ML 27 X 1/2"[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
TERUMO HYPODERMIC NEEDLE/SYRINGE 5 ML 20 X 1 1/2"[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
TERUMO HYPODERMIC NEEDLE/SYRINGE 5 ML 20 X 1"[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
TERUMO HYPODERMIC NEEDLE/SYRINGE 5 ML 21 GAUGE X 1 1/2"[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
TERUMO HYPODERMIC NEEDLE/SYRINGE 5 ML 21 GAUGE X 1"[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
TERUMO HYPODERMIC NEEDLE/SYRINGE 5 ML 22 GAUGE X 1 1/2"[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
TERUMO HYPODERMIC NEEDLE/SYRINGE 5 ML 22 X 1"[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
TERUMO SYRINGE 3 ML 23 GAUGE X 1 1/2"[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
TERUMO SYRINGE 3 ML 23 X 1"[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
TERUMO SYRINGE 3 ML 25 GAUGE X 1"[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
TERUMO SYRINGE 3 ML 25 X 5/8"[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
TERUMO SYRINGE 30 ML[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
TEST N'GO BLOOD GLUCOSE SYSTEM[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
TEST N'GO TEST STRIPS[NP]	*	QL(300 cada 30 días)	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		

• NP – no preferido • OTC – sin receta • PA – autorización previa • QL – Límite de cantidad
• ST – Terapia por fases

Nombre del medicamento	Grupo del nivel del medica-mento	Requisitos de manejo de utilización	Nombre de la categoría terapéutica	Edad mínima	Edad máxima
the magic bullet 10 mg rectal suppository[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
thera 400 mcg tablet[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
thera-tabs tablet[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
thera-vite max-m 9 mg iron-400 mcg tablet[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
theralogix companion 0.4 mg tablet[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
THERAPEUTIC LIQUID ORAL[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
therapeutic-m 19 mg iron-400 mcg tablet[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
therapeutic-m 9 mg iron-400 mcg tablet[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
THERATEARS 0.25 % DROPS IN A DROPPERETTE[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
THERATEARS 0.25 % EYE DROPS[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
theratears 1 % gel in a dropperette[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
theratrum complete 50 plus(lycopene,lutein) 0.4 mg-300 mcg-250 mcg tab[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
theratrum complete with lutein tablet[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
THEREMS MULTIVITAMIN 400 MCG TABLET[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
tm-daily vite 400 mcg tablet[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
TOPFINE INSULIN PEN NEEDLE 32 GAUGE X 5/32"[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
travel sickness 50 mg tablet[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
TREGZI INTRAVENOUS SUSPENSION[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
TRETTEN 2,500 UNIT INTRAVENOUS SOLUTION	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
tri-buffered aspirin 325 mg tablet[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
tri-vitamin with fluoride 0.25 mg fluoride (0.55 mg)/ml oral drops[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
tri-vitamin with fluoride 0.5 mg fluoride (1.1 mg)/ml oral drops[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
tri-vite with fluoride 0.25 mg fluoride (0.55 mg)/ml oral drops[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
tri-vite with fluoride 0.5 mg fluoride (1.1 mg)/ml oral drops[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
tricitrates 550 mg-500 mg-334 mg/5 ml oral solution[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		

• NP – no preferido • OTC – sin receta • PA – autorización previa • QL – Límite de cantidad
• ST – Terapia por fases

Nombre del medicamento	Grupo del nivel del medica-mento	Requisitos de manejo de utilización	Nombre de la categoría terapéutica	Edad mínima	Edad máxima
triphrocaps 1 mg capsule[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
TRIPLE ANTIBIOTIC 3.5 MG-400 UNIT-5,000 UNIT TOPICAL OINTMENT PACKET[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
triple antibiotic 3.5 mg-400 unit-5,000 unit/gram topical ointment[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
triple antibiotic plus 3.5 mg-500 unit-10,000 unit/gram top ointment[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
triple antibiotic spray 3.5 mg-400 unit-5,000 unit topical[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
triple antibiotic-pain relief 3.5 mg-500 unit-10,000 unit/gram ointmnt[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
TRIVIA COMPLETE 400 MCG CAPSULE[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
TROCHIBASE POWDER[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
TROJAN BARESKIN DEVICE[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
TROJAN EXTENDED PLEASURE DEVICE[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
TROJAN MAGNUM CONDOMS[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
TROJAN PLEASURE PACK DEVICE[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
TROJAN ULTRA RIBBED CONDOM[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
TROJAN ULTRA THIN DEVICE[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
TROJAN ULTRA THIN SPERMICIDAL CONDOM[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
TROJAN VERY THIN LUBRICATED CONDOMS[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
TROJAN-ENZ (NON-LUBRICATED) CONDOMS[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
TROJAN-ENZ LUBRICATED CONDOMS[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
TROJAN-ENZ/SPERMICIDAL CONDOMS[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
TRONOLANE 1 %-5 % TOPICAL CREAM[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
TROPICAL LIQUID NUTRITION ORAL[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
TRUE COMFORT ALCOHOL PADS[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
TRUE COMFORT INSULIN SYRINGE 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
TRUE COMFORT INSULIN SYRINGE 1 ML 31 GAUGE X 5/16"[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
TRUE COMFORT PEN NEEDLE 31 GAUGE X 1/4"[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		

• NP – no preferido • OTC – sin receta • PA – autorización previa • QL – Límite de cantidad
• ST – Terapia por fases

Nombre del medicamento	Grupo del nivel del medica-mento	Requisitos de manejo de utilización	Nombre de la categoría terapéutica	Edad mínima	Edad máxima
TRUE COMFORT PEN NEEDLE 31 GAUGE X 3/16"[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
TRUE COMFORT PEN NEEDLE 31 GAUGE X 5/16"[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
TRUE COMFORT PEN NEEDLE 32 GAUGE X 1/4"[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
TRUE COMFORT PEN NEEDLE 32 GAUGE X 3/16"[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
TRUE COMFORT PEN NEEDLE 32 GAUGE X 5/32"[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
TRUE COMFORT PEN NEEDLE 33 GAUGE X 1/4"[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
TRUE COMFORT PEN NEEDLE 33 GAUGE X 3/16"[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
TRUE COMFORT PEN NEEDLE 33 GAUGE X 5/32"[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
TRUE COMFORT PRO ALCOHOL PADS[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
TRUE COMFORT PRO INS SYRINGE 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2"[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
TRUE COMFORT PRO INS SYRINGE 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
TRUE COMFORT PRO INS SYRINGE 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
TRUE COMFORT PRO INS SYRINGE 1 ML 30 GAUGE X 1/2"[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
TRUE COMFORT PRO INS SYRINGE 1 ML 30 GAUGE X 5/16"[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
TRUE COMFORT PRO INS SYRINGE 1 ML 31 GAUGE X 5/16"[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
TRUE COMFORT PRO INS SYRINGE 1 ML 32 GAUGE X 5/16"[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
TRUE COMFORT PRO INS SYRINGE 1/2 ML 32 GAUGE X 5/16"[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
TRUE COMFORT SAFETY INSULIN SYRINGE 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2"[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
TRUE COMFORT SAFETY INSULIN SYRINGE 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
TRUE COMFORT SAFETY INSULIN SYRINGE 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
TRUE COMFORT SAFETY INSULIN SYRINGE 1 ML 30 GAUGE X 1/2"[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
TRUE COMFORT SAFETY INSULIN SYRINGE 1 ML 30 GAUGE X 5/16"[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
TRUE COMFORT SAFETY INSULIN SYRINGE 1 ML 31 GAUGE X 5/16"[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
TRUE COMFORT SAFETY INSULIN SYRINGE 1 ML 32 GAUGE X 5/16"[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
TRUE COMFORT SAFETY PEN NEEDLE 31 GAUGE X 1/4"[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		

• NP – no preferido • OTC – sin receta • PA – autorización previa • QL – Límite de cantidad
• ST – Terapia por fases

Nombre del medicamento	Grupo del nivel del medica-mento	Requisitos de manejo de utilización	Nombre de la categoría terapéutica	Edad mínima	Edad máxima
TRUE COMFORT SAFETY PEN NEEDLE 31 GAUGE X 3/16"[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
TRUE COMFORT SAFETY PEN NEEDLE 32 GAUGE X 5/32"[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
TRUE COVER CONDOM[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
TRUE METRIX AIR GLUCOSE METER[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
TRUE METRIX AIR GLUCOSE METER KIT[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
TRUE METRIX GLUCOSE METER[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
TRUE METRIX GLUCOSE TEST STRIP[NP]	*	QL(300 cada 30 dÍas)	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
TRUE METRIX GO GLUCOSE METER[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
TRUE METRIX PRO TEST STRIP[NP]	*	QL(300 cada 30 dÍas)	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
true multivitamin 400 mcg tablet[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
TRUE-COMFORT PRO PEN NEEDLE 31 GAUGE X 15/64"[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
TRUE-COMFORT PRO PEN NEEDLE 31 GAUGE X 3/16"[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
TRUE-COMFORT PRO PEN NEEDLE 31 GAUGE X 5/16"[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
TRUE-COMFORT PRO PEN NEEDLE 32 GAUGE X 5/32"[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
trueboost 1,000 mcg-100 mg tablet[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
truelyte advanced hydration oral solution[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
TRUENESS BLOOD GLUCOSE MONITOR[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
TRUENESS GLUCOSE TEST STRIP[NP]	*	QL(300 cada 30 dÍas)	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
trueplus glucose 15 gram/32 ml oral gel packet[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
trueplus glucose 3.75 gram chewable tablet[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
TRUEPLUS INSULIN 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2" SYRINGE[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
TRUEPLUS INSULIN 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16" SYRINGE[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
TRUEPLUS INSULIN 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16" SYRINGE[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
TRUEPLUS INSULIN 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2" SYRINGE[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
TRUEPLUS INSULIN 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16" SYRINGE[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		

• NP – no preferido • OTC – sin receta • PA – autorización previa • QL – Límite de cantidad
• ST – Terapia por fases

Nombre del medicamento	Grupo del nivel del medica-mento	Requisitos de manejo de utilización	Nombre de la categoría terapéutica	Edad mínima	Edad máxima
TRUEPLUS INSULIN 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16" SYRINGE[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
TRUEPLUS INSULIN 1 ML 28 GAUGE X 1/2" SYRINGE[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
TRUEPLUS INSULIN 1 ML 29 GAUGE X 1/2" SYRINGE[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
TRUEPLUS INSULIN 1 ML 30 GAUGE X 5/16" SYRINGE[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
TRUEPLUS INSULIN 1 ML 31 GAUGE X 5/16" SYRINGE[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
TRUEPLUS INSULIN 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2" SYRINGE[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
TRUEPLUS KETONE STRIPS[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
TRUEPLUS PEN NEEDLE 29 GAUGE X 1/2"[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
TRUEPLUS PEN NEEDLE 31 GAUGE X 1/4"[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
TRUEPLUS PEN NEEDLE 31 GAUGE X 3/16"[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
TRUEPLUS PEN NEEDLE 31 GAUGE X 5/16"[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
TRUEPLUS PEN NEEDLE 32 GAUGE X 5/32"[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
TRUERESULT BLOOD GLUCOSE SYSTEM KIT[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
TRUETEST TEST STRIPS[NP]	*	QL(300 cada 30 días)	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
TRUETRACK BLOOD GLUCOSE SYSTEM KIT[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
TRUETRACK SMART SYSTEM KIT[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
TRUETRACK TEST STRIPS[NP]	*	QL(300 cada 30 días)	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
TRUSTEX LATEX CONDOM[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
TRUSTEX LUBRICATED CONDOMS[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
TRUSTEX NON-LUBRICATED CONDOMS[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
TRUSTEX-RIA LUBRICATED CONDOMS[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
TRUSTEX-RIA LUBRICATED/SPERMICIDE CONDOM[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
TRUSTEX-RIA NON-LUBRICATED CONDOMS[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
TUBERCULIN SYRINGE 1 ML[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
TUBERCULIN SYRINGE 1 ML 25 GAUGE X 1"	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		

• NP – no preferido • OTC – sin receta • PA – autorización previa • QL – Límite de cantidad
• ST – Terapia por fases

Nombre del medicamento	Grupo del nivel del medica-mento	Requisitos de manejo de utilización	Nombre de la categoría terapéutica	Edad mínima	Edad máxima
TUBERCULIN SYRINGE 1 ML 25 GAUGE X 5/8"OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
TUBERCULIN SYRINGE 1 ML 27 X 1/2"OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
TUBERCULIN-ALLERGY SYRINGES 1 ML 26 GAUGE X 3/8"OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
tusnel diabetic 10 mg-100 mg/5 ml oral liquidOTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
tusnel-ex 100 mg/5 ml oral liquidOTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
tussin 100 mg/5 ml oral liquidOTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
tussin chest congestion 100 mg/5 ml oral liquidOTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
tussin dm 10 mg-100 mg/5 ml oral liquidOTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
tussin dm 10 mg-100 mg/5 ml oral syrupOTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
tussin dm clear 10 mg-100 mg/5 ml oral liquidOTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
tussin dm cough and chest 10 mg-100 mg/5 ml oral syrupOTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
tussin mucus-chest congestion 100 mg/5 ml oral liquidOTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
TWIIST REFILL KIT (CASSETTE-NEEDLE-SYRINGE)NP	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
TWIIST REFILL KIT(INFUSION SET-CASSETTE-NEEDLE-SYRINGE)NP	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
TWIIST STARTER KITNP	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
TYLENOL 325 MG TABLETOTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
TYLENOL EXTRA STRENGTH 500 MG TABLETOTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
tyr cooler oral liquidOTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
ULTICARE 0.3 ML 30 GAUGE X 1/2" SYRINGENP	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
ULTICARE 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16" SYRINGENP	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
ULTICARE 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2" SYRINGENP	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
ULTICARE 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16" SYRINGENP	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
ULTICARE 1 ML 25 GAUGE X 5/8" SYRINGE	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
ULTICARE 1 ML 30 GAUGE X 1/2" SYRINGENP	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
ULTICARE 1 ML 31 GAUGE X 5/16" SYRINGENP	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		

• NP – no preferido • OTC – sin receta • PA – autorización previa • QL – Límite de cantidad
• ST – Terapia por fases

Nombre del medicamento	Grupo del nivel del medica-mento	Requisitos de manejo de utilización	Nombre de la categoría terapéutica	Edad mínima	Edad máxima
ULTICARE INSULIN SYRINGE (HALF UNIT) 0.3 ML 31 GAUGE X 1/4"NP	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
ULTICARE INSULIN SYRINGE 0.3 ML 31 GAUGE X 1/4"NP	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
ULTICARE INSULIN SYRINGE 1 ML 31 GAUGE X 1/4"NP	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
ULTICARE INSULIN SYRINGE 1/2 ML 31 GAUGE X 1/4"NP	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
ULTICARE LOW DEAD SPACE SYRINGE 1 ML 22 GAUGE X 1 1/2"OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
ULTICARE LOW DEAD SPACE SYRINGE 3 ML 22 X 1 1/2"OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
ULTICARE PEN NEEDLE 29 GAUGE X 1/2"NP	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
ULTICARE PEN NEEDLE 31 GAUGE X 1/4"NP	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
ULTICARE PEN NEEDLE 31 GAUGE X 3/16"NP	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
ULTICARE PEN NEEDLE 31 GAUGE X 5/16"NP	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
ULTICARE PEN NEEDLE 32 GAUGE X 1/4"NP	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
ULTICARE PEN NEEDLE 32 GAUGE X 5/32"NP	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
ULTICARE SAFETY PEN NEEDLE 30 GAUGE X 3/16"NP	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
ULTICARE SAFETY PEN NEEDLE 30 GAUGE X 5/16"NP	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
ULTICARE SAFETY SYRINGE 3 MLOTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
ULTICARE SAFETY SYRINGE 3 ML 21 GAUGE X 1 1/2"OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
ULTICARE SAFETY SYRINGE 3 ML 22 GAUGE X 1 1/2"OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
ULTICARE SAFETY SYRINGE 3 ML 22 GAUGE X 1"OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
ULTICARE SAFETY SYRINGE 3 ML 23 GAUGE X 1"OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
ULTICARE SAFETY SYRINGE 3 ML 25 GAUGE X 1"OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
ULTICARE SAFETY SYRINGE 3 ML 25 GAUGE X 5/8"OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
ULTICARE TUBERCULIN SAFETY SYRINGE 1 ML 27 GAUGE X 1/2"OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
ULTICARE TUBERCULIN SAFETY SYRINGE 1 ML 27 GAUGE X 5/8"OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
ULTICARE TUBERCULIN SAFETY SYRINGE 1 ML 28 GAUGE X 1/2"OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
ULTIGUARD SAFEPACK-INSULIN SYRINGE 0.3 ML 30 X 1/2"NP	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		

• NP – no preferido • OTC – sin receta • PA – autorización previa • QL – Límite de cantidad
• ST – Terapia por fases

Nombre del medicamento	Grupo del nivel del medica-mento	Requisitos de manejo de utilización	Nombre de la categoría terapéutica	Edad mínima	Edad máxima
ULTIGUARD SAFEPACK-INSULIN SYRINGE 0.3 ML 31 X 5/16"[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
ULTIGUARD SAFEPACK-INSULIN SYRINGE 1 ML 30 X 1/2"[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
ULTIGUARD SAFEPACK-INSULIN SYRINGE 1 ML 31 X 5/16"[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
ULTIGUARD SAFEPACK-INSULIN SYRINGE 1/2 ML 30 X 1/2"[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
ULTIGUARD SAFEPACK-INSULIN SYRINGE 1/2 ML 31 X 5/16"[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
ULTIGUARD SAFEPACK-PEN NEEDLE 29 GAUGE X 1/2"[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
ULTIGUARD SAFEPACK-PEN NEEDLE 31 GAUGE X 1/4"[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
ULTIGUARD SAFEPACK-PEN NEEDLE 31 GAUGE X 3/16"[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
ULTIGUARD SAFEPACK-PEN NEEDLE 31 GAUGE X 5/16"[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
ULTIGUARD SAFEPACK-PEN NEEDLE 32 GAUGE X 1/4"[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
ULTIGUARD SAFEPACK-PEN NEEDLE 32 GAUGE X 5/32"[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
ULTILET ALCOHOL SWAB[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
ULTILET PEN NEEDLE 32 GAUGE X 5/32"[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
ULTIMA MONITOR[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
ULTIMA TEST STRIPS[NP]	*	QL(300 cada 30 días)	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
ULTRA COMFORT INSULIN SYRINGE 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2"[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
ULTRA COMFORT INSULIN SYRINGE 0.3 ML 30[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
ULTRA COMFORT INSULIN SYRINGE 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16"[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
ULTRA COMFORT INSULIN SYRINGE 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
ULTRA COMFORT INSULIN SYRINGE 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
ULTRA COMFORT INSULIN SYRINGE 1 ML 28 GAUGE X 1/2"[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
ULTRA COMFORT INSULIN SYRINGE 1 ML 29 GAUGE X 1/2"[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
ULTRA COMFORT INSULIN SYRINGE 1 ML 30 GAUGE X 5/16"[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
ULTRA COMFORT INSULIN SYRINGE 1/2 ML 28 GAUGE[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
ULTRA COMFORT INSULIN SYRINGE 1/2 ML 29[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		

• NP – no preferido • OTC – sin receta • PA – autorización previa • QL – Límite de cantidad
• ST – Terapia por fases

Nombre del medicamento	Grupo del nivel del medica-mento	Requisitos de manejo de utilización	Nombre de la categoría terapéutica	Edad mínima	Edad máxima
ultra coq10 75 mg capsule[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
ULTRA FLO INSULIN SYRINGE (HALF UNIT) 0.3 ML 30 GAUGE X 1/2"[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
ULTRA FLO INSULIN SYRINGE (HALF UNIT) 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16"[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
ULTRA FLO INSULIN SYRINGE (HALF UNIT) 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
ULTRA FLO INSULIN SYRINGE 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2"[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
ULTRA FLO INSULIN SYRINGE 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16"[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
ULTRA FLO INSULIN SYRINGE 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
ULTRA FLO INSULIN SYRINGE 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
ULTRA FLO PEN NEEDLE 29 GAUGE X 1/2"[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
ULTRA FLO PEN NEEDLE 31 GAUGE X 3/16"[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
ULTRA FLO PEN NEEDLE 31 GAUGE X 5/16"[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
ULTRA FLO PEN NEEDLE 32 GAUGE X 5/32"[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
ULTRA FLO PEN NEEDLE 33 GAUGE X 5/32"[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS	12	
ULTRA FREEDA 267 MCG TABLET[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
ULTRA FREEDA 6 MG IRON-267 MCG TABLET[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
ultra fresh 0.5 % eye drops[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
ultra lubricant eye 0.4 %-0.3 % drops[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		11
ULTRA THIN PEN NEEDLE 32 GAUGE X 5/32"[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
ultra tuss safe 10 mg-100 mg/5 ml oral syrup[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
ULTRA-FINE INSULIN SYRINGE (HALF UNIT) 0.3 ML 31 GAUGE X 15/64"[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
ULTRA-FINE INSULIN SYRINGE (HALF UNIT) 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
ULTRA-FINE INSULIN SYRINGE 0.3 ML 30 GAUGE X 1/2"[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
ULTRA-FINE INSULIN SYRINGE 0.3 ML 31 GAUGE X 15/64"[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
ULTRA-FINE INSULIN SYRINGE 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
ULTRA-FINE INSULIN SYRINGE 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2"[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		

• NP – no preferido • OTC – sin receta • PA – autorización previa • QL – Límite de cantidad
• ST – Terapia por fases

Nombre del medicamento	Grupo del nivel del medica-mento	Requisitos de manejo de utilización	Nombre de la categoría terapéutica	Edad mínima	Edad máxima
ULTRA-FINE INSULIN SYRINGE 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"NP	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
ULTRA-FINE INSULIN SYRINGE 1 ML 30 GAUGE X 1/2"NP	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
ULTRA-FINE INSULIN SYRINGE 1 ML 31 GAUGE X 15/64"NP	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
ULTRA-FINE INSULIN SYRINGE 1 ML 31 GAUGE X 5/16"NP	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS	12	
ULTRA-FINE INSULIN SYRINGE 1/2 ML 31 GAUGE X 15/64"NP	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
ULTRA-FINE PEN NEEDLE 29 GAUGE X 1/2"NP	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
ULTRA-FINE PEN NEEDLE 31 GAUGE X 3/16"NP	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS	12	
ULTRA-FINE PEN NEEDLE 31 GAUGE X 5/16"NP	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS	12	
ULTRA-FINE PEN NEEDLE 32 GAUGE X 1/4"NP	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS	5	11
ULTRA-FINE SAFETY INSULIN SYRINGE 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"NP	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
ULTRA-FINE SAFETY INSULIN SYRINGE 0.5 ML 31 GAUGE X 15/64"NP	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
ULTRA-THIN II (SHORT) INSULIN SYRINGE 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16"NP	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
ULTRA-THIN II (SHORT) INSULIN SYRINGE 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"NP	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
ULTRA-THIN II (SHORT) INSULIN SYRINGE 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"NP	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
ULTRA-THIN II (SHORT) INSULIN SYRINGE 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"NP	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
ULTRA-THIN II (SHORT) INSULIN SYRINGE 1 ML 30 GAUGE X 5/16"NP	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
ULTRA-THIN II (SHORT) INSULIN SYRINGE 1 ML 31 GAUGE X 5/16"NP	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
ULTRA-THIN II (SHORT) PEN NDL 31 GAUGE X 5/16" NEEDLENP	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
ULTRA-THIN II INSULIN PEN NEEDLES 29 GAUGE X 1/2"NP	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
ULTRA-THIN II INSULIN SYRINGE 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"NP	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
ULTRA-THIN II INSULIN SYRINGE 1 ML 29 GAUGE X 1/2"NP	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
ULTRACARE INSULIN SYRINGE 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16"NP	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
ULTRACARE INSULIN SYRINGE 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"NP	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
ULTRACARE INSULIN SYRINGE 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2"NP	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
ULTRACARE INSULIN SYRINGE 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"NP	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		

• NP – no preferido • OTC – sin receta • PA – autorización previa • QL – Límite de cantidad
• ST – Terapia por fases

Nombre del medicamento	Grupo del nivel del medica-mento	Requisitos de manejo de utilización	Nombre de la categoría terapéutica	Edad mínima	Edad máxima
ULTRACARE INSULIN SYRINGE 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
ULTRACARE INSULIN SYRINGE 1 ML 30 GAUGE X 1/2"[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
ULTRACARE INSULIN SYRINGE 1 ML 30 GAUGE X 5/16"[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
ULTRACARE INSULIN SYRINGE 1 ML 31 GAUGE X 5/16"[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
ULTRACARE PEN NEEDLE 31 GAUGE X 1/4"[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS	2	49
ULTRACARE PEN NEEDLE 31 GAUGE X 3/16"[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
ULTRACARE PEN NEEDLE 31 GAUGE X 5/16"[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
ULTRACARE PEN NEEDLE 32 GAUGE X 1/4"[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
ULTRACARE PEN NEEDLE 32 GAUGE X 3/16"[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS	65	
ULTRACARE PEN NEEDLE 32 GAUGE X 5/32"[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS	65	
ULTRACARE PEN NEEDLE 33 GAUGE X 5/32"[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
ULTRATRAK HIGH-LOW CONTROL SOLUTION[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
ULTRATRAK ULTIMATE SOLUTION[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
UNIFINE PENTIPS 29 GAUGE X 1/2" NEEDLE[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS	9	
UNIFINE PENTIPS 31 GAUGE X 1/4" NEEDLE[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
UNIFINE PENTIPS 31 GAUGE X 3/16" NEEDLE[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
UNIFINE PENTIPS 31 GAUGE X 5/16" NEEDLE[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
UNIFINE PENTIPS 32 GAUGE X 1/4" NEEDLE[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS	2	49
UNIFINE PENTIPS 32 GAUGE X 5/32" NEEDLE[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS	50	
UNIFINE PENTIPS 33 GAUGE X 5/32" NEEDLE[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
UNIFINE PENTIPS MAXFLOW 30 GAUGE X 3/16" NEEDLE[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
UNIFINE PENTIPS PLUS 29 GAUGE X 1/2" NEEDLE[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
UNIFINE PENTIPS PLUS 31 GAUGE X 1/4" NEEDLE[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
UNIFINE PENTIPS PLUS 31 GAUGE X 3/16" NEEDLE[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
UNIFINE PENTIPS PLUS 31 GAUGE X 5/16" NEEDLE[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		

• NP – no preferido • OTC – sin receta • PA – autorización previa • QL – Límite de cantidad
• ST – Terapia por fases

Nombre del medicamento	Grupo del nivel del medica-mento	Requisitos de manejo de utilización	Nombre de la categoría terapéutica	Edad mínima	Edad máxima
UNIFINE PENTIPS PLUS 32 GAUGE X 5/32" NEEDLE[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
UNIFINE PENTIPS PLUS 33 GAUGE X 5/32" NEEDLE[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
UNIFINE PENTIPS PLUS MAXFLOW 30 GAUGE X 3/16" NEEDLE[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
UNIFINE PROTECT 30 GAUGE X 3/16" NEEDLE[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
UNIFINE PROTECT 30 GAUGE X 5/16" NEEDLE[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
UNIFINE PROTECT 32 GAUGE X 5/32" NEEDLE[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
UNIFINE SAFECONTROL PEN NEEDLE 30 GAUGE X 3/16"[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
UNIFINE SAFECONTROL PEN NEEDLE 30 GAUGE X 5/16"[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
UNIFINE SAFECONTROL PEN NEEDLE 31 GAUGE X 1/4"[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
UNIFINE SAFECONTROL PEN NEEDLE 31 GAUGE X 3/16"[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
UNIFINE SAFECONTROL PEN NEEDLE 31 GAUGE X 5/16"[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
UNIFINE SAFECONTROL PEN NEEDLE 32 GAUGE X 5/32"[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
UNIFINE ULTRA PEN NEEDLE 29 GAUGE X 1/2"[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
UNIFINE ULTRA PEN NEEDLE 31 GAUGE X 1/4"[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
UNIFINE ULTRA PEN NEEDLE 31 GAUGE X 3/16"[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
UNIFINE ULTRA PEN NEEDLE 31 GAUGE X 5/16"[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
UNIFINE ULTRA PEN NEEDLE 32 GAUGE X 1/4"[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
UNIFINE ULTRA PEN NEEDLE 32 GAUGE X 5/32"[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
UNIFINE ULTRA PEN NEEDLE 34 GAUGE X 9/64"[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
unisom sleepgels 50 mg capsule[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
UNISOM SLEEPMELTS 25 MG DISINTEGRATING TABLET[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
unisom sleepminis 25 mg capsule[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
UNISTRIP1 TEST STRIP[NP]	*	QL(300 cada 30 dÍas)	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
uracin 10 % topical cream[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
uracin 20 % topical cream[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		

• NP – no preferido • OTC – sin receta • PA – autorización previa • QL – Límite de cantidad
• ST – Terapia por fases

Nombre del medicamento	Grupo del nivel del medica-mento	Requisitos de manejo de utilización	Nombre de la categoría terapéutica	Edad mínima	Edad máxima
urea 20 % topical cream	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
urea 20 % topical cream[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
urea 39 % topical cream	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
urea 39.5 % topical cream[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
urea 40 % topical cream	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
urea 41 % topical cream	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
URISTIX 4 STRIPS[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
URISTIX REAGENT STRIPS[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
URO-MAG 84.5 MG MAGNESIUM (140 MG MAGNESIUM OXIDE) CAPSULE[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
v-c forte 1 mg capsule[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
V-GO 20 DEVICE[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
V-GO 30 DEVICE[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
V-GO 40 DEVICE[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
VANISHPOINT INSULIN SYRINGE 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
VANISHPOINT INSULIN SYRINGE 1 ML 30 GAUGE X 3/16"[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
VANISHPOINT SYRINGE 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2"[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
VANISHPOINT SYRINGE 1 ML 25 GAUGE X 1"[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
VANISHPOINT SYRINGE 1 ML 29 GAUGE X 1/2"[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
VANISHPOINT SYRINGE 10 ML 21 GAUGE X 1 1/2"[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
VANISHPOINT SYRINGE 3 ML 20 GAUGE X 1"[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
VANISHPOINT SYRINGE 3 ML 21 GAUGE X 1 1/2"[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
VANISHPOINT SYRINGE 3 ML 21 GAUGE X 1"[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
VANISHPOINT SYRINGE 3 ML 22 GAUGE X 1"[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
VANISHPOINT SYRINGE 3 ML 22 X 1 1/2"[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
VANISHPOINT SYRINGE 3 ML 23 GAUGE X 1 1/2"[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		

• NP – no preferido • OTC – sin receta • PA – autorización previa • QL – Límite de cantidad
• ST – Terapia por fases

Nombre del medicamento	Grupo del nivel del medica-mento	Requisitos de manejo de utilización	Nombre de la categoría terapéutica	Edad mínima	Edad máxima
VANISHPOINT SYRINGE 3 ML 23 X 1"[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
VANISHPOINT SYRINGE 3 ML 25 GAUGE X 1 1/2"[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
VANISHPOINT SYRINGE 3 ML 25 GAUGE X 1"[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
VANISHPOINT SYRINGE 3 ML 25 X 5/8"[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
VANISHPOINT SYRINGE 3 ML 27 GAUGE X 1 1/2"[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
VANISHPOINT SYRINGE 5 ML 21 GAUGE X 1 1/2"[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
VANISHPOINT SYRINGE 5 ML 21 GAUGE X 1"[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
VANISHPOINT SYRINGE 5 ML 22 GAUGE X 1 1/2"[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
VANISHPOINT TUBERCULIN SYRINGE 1 ML 25 GAUGE X 5/8"[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
VANISHPOINT TUBERCULIN SYRINGE 1 ML 27 X 1/2"[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
VANQUISH 227 MG-194 MG-33 MG TABLET[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
vanquish 250 mg-250 mg-65 mg tablet[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
VANRAFIA 0.75 MG TABLET[NP]	*	QL(30 cada 30 dÍas)	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
vegetable laxative 8.6 mg tablet[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
vegetable laxative-stool softener 8.6 mg-50 mg tablet[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
ventiva tears 0.5 % eye drops[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
VENTIVA TEARS PLUS 0.6 % EYE DROPS[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
VERIFINE INSULIN SYRINGE 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
VERIFINE INSULIN SYRINGE 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
VERIFINE INSULIN SYRINGE 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
VERIFINE INSULIN SYRINGE 1 ML 29 GAUGE X 1/2"[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
VERIFINE INSULIN SYRINGE 1 ML 31 GAUGE X 5/16"[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
VERIFINE PEN NEEDLE 29 GAUGE X 1/2"[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
VERIFINE PEN NEEDLE 31 GAUGE X 3/16"[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
VERIFINE PEN NEEDLE 31 GAUGE X 5/16"[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		

• NP – no preferido • OTC – sin receta • PA – autorización previa • QL – Límite de cantidad
• ST – Terapia por fases

Nombre del medicamento	Grupo del nivel del medica-mento	Requisitos de manejo de utilización	Nombre de la categoría terapéutica	Edad mínima	Edad máxima
VERIFINE PEN NEEDLE 32 GAUGE X 1/4"[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
VERIFINE PEN NEEDLE 32 GAUGE X 5/32"[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
VERIFINE PLUS PEN NEEDLE 31 GAUGE X 3/16"[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
VERIFINE PLUS PEN NEEDLE 31 GAUGE X 5/16"[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
VERIFINE PLUS PEN NEEDLE 32 GAUGE X 5/32"[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
VERIFINE PLUS PEN NEEDLE-SHARPS CONTAINER 32 GAUGE X 5/32"[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
VIABECLINE 3 % TOPICAL OINTMENT[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
vic-forte 1 mg capsule[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
vis guard (petrolatum-min oil) 83 %-15 % eye ointment[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
vis guard (polyvinyl alcohol) 1.4 % eye drops[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
VISINE DRY EYE RELIEF 1 % DROPS[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
VISINE TIRED EYE RELIEF 1 %-0.36 %-0.2 % DROPS[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
vision tablet[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
vista meibo tears 0.6 % eye drops[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
vista tears 0.4 %-0.3 % eye drops[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
vit a palmitate 750 unit-vit c 35 mg-vit d3 400 unit/ml oral drops[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
VITACEL (WITH LUTEIN) 800 MCG-250 MCG-750 MCG TABLET[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
vitacore 20 mg iron-1,670 mcg dfe tablet[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
vitafusion women's multi 120 mcg chewable tablet[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
vitajoy adult multi 200 mcg chewable tablet[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
vitalee 0.4 mg tablet[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
VITALETS 10 MG IRON CHEWABLE TABLET[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
vitamin a and d topical ointment[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
vitamin a palmitate 250 mcg-vit c 50 mg-vit d3 10 mcg/ml oral drops[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
vitamin b complex capsule[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		

• NP – no preferido • OTC – sin receta • PA – autorización previa • QL – Límite de cantidad
• ST – Terapia por fases

Nombre del medicamento	Grupo del nivel del medica-mento	Requisitos de manejo de utilización	Nombre de la categoría terapéutica	Edad mínima	Edad máxima
VITAMIN B COMPLEX DISINTEGRATING TABLET[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
vitamin b complex tablet[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
VITAMIN B COMPLEX-ELECTROLYTES 0.4 MG TABLET[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
vitamin b complex-folic acid 0.4 mg tablet[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
vitamin b complex-folic acid er 400 mcg tablet,extended release[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
vitamin d2 1,250 mcg (50,000 unit) capsule	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
vitamins a and d-white petrolatum-lanolin topical ointment[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
vitamins a,c,d and fluoride 0.25 mg fluoride (0.55 mg)/ml oral drops[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
vitamins a,c,d and fluoride 0.5 mg fluoride (1.1 mg)/ml oral drops[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
vitamins b complex tablet[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
vitatrum complete 18 mg iron-400 mcg-25 mcg tablet[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
viteyes areds 2 plus multivit 200 mcg-15 mcg-5 mg-1 mg capsule[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
VITREXYL 1,000 MCG TABLET[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
vitrum 50 plus 0.4 mg-300 mcg-250 mcg tablet[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
VITRUM SENIOR 500 MCG-300 MCG-250 MCG TABLET[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
VIVAGUARD INO CONTROL SOLUTION-L1,L3[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
VIVAGUARD INO GLUCOSE METER[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
VIVAGUARD INO SMART GLUCOSE METER[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
VIVAGUARD INO TEST STRIP[NP]	*	QL(300 cada 30 días)	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
VONVENDI 1,300 (+/-) UNIT RANGE INTRAVENOUS SOLUTION	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
VONVENDI 650 (+/-) UNIT RANGE INTRAVENOUS SOLUTION	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
VORTEX ADULT MASK[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
VYJUVEK 5 X 10EXP9 PFU/2.5 ML TOPICAL GEL[NP]	*	PA,QL(10 cada 28 días)	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
VYKAT XR 150 MG TABLET,EXTENDED RELEASE[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
VYKAT XR 25 MG TABLET,EXTENDED RELEASE[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		

• NP – no preferido • OTC – sin receta • PA – autorización previa • QL – Límite de cantidad
• ST – Terapia por fases

Nombre del medicamento	Grupo del nivel del medica-mento	Requisitos de manejo de utilización	Nombre de la categoría terapéutica	Edad mínima	Edad máxima
VYKAT XR 75 MG TABLET,EXTENDED RELEASE[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
wal-dram 50 mg tablet[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
wal-dryl (diphenhydramine) 2 % topical spray[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
wal-mucil fiber (aspartame) 3.4 gram/5.8 gram oral powder[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
wal-mucil fiber (sugar) 3.4 gram/7 gram oral powder[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
wal-mucil fiber 0.52 gram capsule[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
wal-mucil natural fiber laxative 3.4 gram/12 gram oral powder[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
wal-phed 30 mg tablet[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
wal-sleep z 25 mg capsule[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
wal-sleep z 25 mg disintegrating tablet[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
wal-sleep z 50 mg/30 ml oral liquid[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
wal-som (diphenhydramine) 50 mg capsule[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
wal-sporin 500 unit-10,000 unit/gram topical ointment[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
wal-tussin 100 mg/5 ml oral liquid[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
wal-tussin dm 10 mg-100 mg/5 ml oral syrup[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
wal-tussin dm clear 10 mg-100 mg/5 ml oral syrup[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
warrior a-relief rectal cream 4 %-0.25 % rectal cream with applicator[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
WAVESENSE AMP KIT[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
WAVESENSE PRESTO KIT[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
WEBCOL TOPICAL PADS[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
WEGOVY 0.25 MG/0.5 ML SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR[NP]	*	QL(2 cada 28 días)	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
WEGOVY 0.5 MG/0.5 ML SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR[NP]	*	QL(2 cada 28 días)	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
WEGOVY 1 MG/0.5 ML SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR[NP]	*	QL(2 cada 28 días)	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
WEGOVY 1.5 MG TABLET[NP]	*	QL(30 cada 30 días)	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
WEGOVY 1.7 MG/0.75 ML SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR[NP]	*	QL(3 cada 28 días)	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		

• NP – no preferido • OTC – sin receta • PA – autorización previa • QL – Límite de cantidad
• ST – Terapia por fases

Nombre del medicamento	Grupo del nivel del medica-mento	Requisitos de manejo de utilización	Nombre de la categoría terapéutica	Edad mínima	Edad máxima
WEGOVY 2.4 MG/0.75 ML SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR[NP]	*	QL(3 cada 28 días)	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
WEGOVY 25 MG TABLET[NP]	*	QL(30 cada 30 días)	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
WEGOVY 4 MG TABLET[NP]	*	QL(30 cada 30 días)	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
WEGOVY 9 MG TABLET[NP]	*	QL(30 cada 30 días)	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
WEGOVY HD 7.2 MG/0.75 ML SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR[NP]	*	QL(3 cada 28 días)	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
well lyte advanced hydration oral solution[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
wellfola 20 mg iron-1,670 mcg dfe tablet[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
WELLLIFE COVID-19 AG HOME TEST KIT[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
wescaps 1 mg capsule[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
white petrolatum topical ointment[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
woman's laxative (bisacodyl) 5 mg tablet[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
women's 50 plus daily formula 400 mcg-500 mg calcium-20 mcg tablet[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
women's daily formula 18 mg iron-400 mcg-500 mg ca tablet[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
women's daily formula 18 mg iron-400 mcg-500 mg tablet[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
women's daily formula 27 mg-0.4 mg tablet[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
women's daily multivitamin 18 mg-400 mcg tablet[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
women's gentle laxative (bisacodyl) 5 mg tablet,delayed release[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
women's laxative (bisacodyl) 5 mg tablet[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
women's multivitamin gummies 120 mcg chewable tablet[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
women's multivitamin gummies 200 mcg chewable tablet[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
women's one daily 18 mg iron-400 mcg-500 mg ca tablet[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
women's one daily 18 mg iron-400 mcg-500 mg tablet[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
womens daily gummies 200 mcg chewable tablet[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
XDEMVY 0.25 % EYE DROPS[NP]	*	QL(10 cada 42 días)	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
XERAC AC 6.25 % TOPICAL SOLUTION[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		

• NP – no preferido • OTC – sin receta • PA – autorización previa • QL – Límite de cantidad
• ST – Terapia por fases

Nombre del medicamento	Grupo del nivel del medica-mento	Requisitos de manejo de utilización	Nombre de la categoría terapéutica	Edad mínima	Edad máxima
XOLIDO XP 4 % TOPICAL CREAM[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
XROMI 100 MG/ML ORAL SOLUTION	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
YALE DISPOSABLE NEEDLES 21 GAUGE X 1 1/4"[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
YCANTH 0.7 % TOPICAL SOLUTION, APPLICATOR[NP]	*	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
yelets 18 mg-400 mcg tablet[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
ZENVITA 400 MCG CAPSULE[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
ZEPBOUND 10 MG/0.5 ML SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR[NP]	*	QL(2 cada 28 días)	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
ZEPBOUND 10 MG/0.5 ML SUBCUTANEOUS SOLUTION[NP]	*	QL(2 cada 28 días)	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
ZEPBOUND 12.5 MG/0.5 ML SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR[NP]	*	QL(2 cada 28 días)	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
ZEPBOUND 12.5 MG/0.5 ML SUBCUTANEOUS SOLUTION[NP]	*	QL(2 cada 28 días)	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
ZEPBOUND 15 MG/0.5 ML SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR[NP]	*	QL(2 cada 28 días)	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
ZEPBOUND 15 MG/0.5 ML SUBCUTANEOUS SOLUTION[NP]	*	QL(2 cada 28 días)	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
ZEPBOUND 2.5 MG/0.5 ML SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR[NP]	*	QL(2 cada 28 días)	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
ZEPBOUND 2.5 MG/0.5 ML SUBCUTANEOUS SOLUTION[NP]	*	QL(2 cada 28 días)	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
ZEPBOUND 5 MG/0.5 ML SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR[NP]	*	QL(2 cada 28 días)	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
ZEPBOUND 5 MG/0.5 ML SUBCUTANEOUS SOLUTION[NP]	*	QL(2 cada 28 días)	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
ZEPBOUND 7.5 MG/0.5 ML SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR[NP]	*	QL(2 cada 28 días)	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
ZEPBOUND 7.5 MG/0.5 ML SUBCUTANEOUS SOLUTION[NP]	*	QL(2 cada 28 días)	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
ZEPBOUND KWIKPEN 10 MG/0.6 ML (40 MG/2.4 ML) SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR[NP]	*	QL(2.4 cada 28 días)	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
ZEPBOUND KWIKPEN 12.5 MG/0.6 ML (50 MG/2.4 ML) SUBCUTANEOUS PEN INJECT[NP]	*	QL(2.4 cada 28 días)	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
ZEPBOUND KWIKPEN 15 MG/0.6 ML (60 MG/2.4 ML) SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR[NP]	*	QL(2.4 cada 28 días)	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
ZEPBOUND KWIKPEN 2.5 MG/0.6 ML(10 MG/2.4 ML) SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR[NP]	*	QL(2.4 cada 28 días)	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
ZEPBOUND KWIKPEN 5 MG/0.6 ML (20 MG/2.4 ML) SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR[NP]	*	QL(2.4 cada 28 días)	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		

• NP – no preferido • OTC – sin receta • PA – autorización previa • QL – Límite de cantidad
• ST – Terapia por fases

Nombre del medicamento	Grupo del nivel del medica-mento	Requisitos de manejo de utilización	Nombre de la categoría terapéutica	Edad mínima	Edad máxima
ZEPBOUND KWIKPEN 7.5 MG/0.6 ML(30 MG/2.4 ML) SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR[NP]	*	QL(2.4 cada 28 dÍas)	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
zephrex-d 30 mg tablet[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
ZEVASKYN 5.5 CM X 7.5 CM TOPICAL SHEETS[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
zinc oxide 20 % topical ointment	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
zinc oxide 20 % topical ointment[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
ZOO FRIENDS CHEWABLE TABLET[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
ZOSTRIX 0.033 % TOPICAL CREAM[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
zostrix-hp 0.1 % topical cream[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
zylorelief 4 % topical cream[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
ZZZQUIL 25 MG CAPSULE[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
ZZZQUIL 50 MG/30 ML ORAL LIQUID[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
acetaminophen 120 mg-codeine 12 mg/5 ml (5 ml) oral solution	1	QL(2700 cada 30 dÍas)	ANALGÉSICOS		
acetaminophen 120 mg-codeine 12 mg/5 ml oral solution	1	QL(2700 cada 30 dÍas)	ANALGÉSICOS		
acetaminophen 300 mg-codeine 15 mg tablet	1	QL(390 cada 30 dÍas)	ANALGÉSICOS		
acetaminophen 300 mg-codeine 30 mg tablet	1	QL(360 cada 30 dÍas)	ANALGÉSICOS		
acetaminophen 300 mg-codeine 30 mg/12.5 ml (12.5 ml) oral solution	1	QL(2700 cada 30 dÍas)	ANALGÉSICOS		
acetaminophen 300 mg-codeine 60 mg tablet	1	QL(180 cada 30 dÍas)	ANALGÉSICOS		
addaprin 200 mg tablet[OTC]	1		ANALGÉSICOS		
ADVIL 200 MG TABLET[OTC]	1		ANALGÉSICOS		
ALEVE 220 MG CAPSULE[OTC]	1		ANALGÉSICOS		
ALEVE 220 MG TABLET[OTC]	1		ANALGÉSICOS		
all day pain relief 220 mg tablet[OTC]	1		ANALGÉSICOS		
all day relief 220 mg tablet[OTC]	1		ANALGÉSICOS		
ARTHROTEC 50 MG-200 MCG TABLET,FILM-COATED[NP]	*		ANALGÉSICOS		
ARTHROTEC 75 75 MG-200 MCG TABLET,FILM-COATED[NP]	*		ANALGÉSICOS		
ascomp with codeine 30 mg-50 mg-325 mg-40 mg capsule	1	QL(180 cada 30 dÍas)	ANALGÉSICOS		
BELBUCA 150 MCG BUCCAL FILM[NP]	*		ANALGÉSICOS		
BELBUCA 300 MCG BUCCAL FILM[NP]	*		ANALGÉSICOS		
BELBUCA 450 MCG BUCCAL FILM[NP]	*		ANALGÉSICOS		

• NP – no preferido • OTC – sin receta • PA – autorización previa • QL – Límite de cantidad
• ST – Terapia por fases

Nombre del medicamento	Grupo del nivel del medica-mento	Requisitos de manejo de utilización	Nombre de la categoría terapéutica	Edad mínima	Edad máxima
BELBUCA 600 MCG BUCCAL FILM[NP]	*		ANALGÉSICOS		
BELBUCA 75 MCG BUCCAL FILM[NP]	*		ANALGÉSICOS		
BELBUCA 750 MCG BUCCAL FILM[NP]	*		ANALGÉSICOS		
BELBUCA 900 MCG BUCCAL FILM[NP]	*		ANALGÉSICOS		
buprenorphine 10 mcg/hour weekly transdermal patch[NP]	*		ANALGÉSICOS		
buprenorphine 15 mcg/hour weekly transdermal patch[NP]	*		ANALGÉSICOS		
buprenorphine 20 mcg/hour weekly transdermal patch[NP]	*		ANALGÉSICOS		
buprenorphine 5 mcg/hour weekly transdermal patch[NP]	*		ANALGÉSICOS		
buprenorphine 7.5 mcg/hour weekly transdermal patch[NP]	*	QL(4 cada 28 días)	ANALGÉSICOS		
butorphanol 10 mg/ml nasal spray[NP]	*	QL(5 cada 28 días)	ANALGÉSICOS		
BUTRANS 10 MCG/HOUR TRANSDERMAL PATCH[NP]	*		ANALGÉSICOS		
BUTRANS 15 MCG/HOUR TRANSDERMAL PATCH[NP]	*		ANALGÉSICOS		
BUTRANS 20 MCG/HOUR TRANSDERMAL PATCH[NP]	*		ANALGÉSICOS		
BUTRANS 5 MCG/HOUR TRANSDERMAL PATCH[NP]	*		ANALGÉSICOS		
BUTRANS 7.5 MCG/HOUR TRANSDERMAL PATCH[NP]	*	QL(4 cada 28 días)	ANALGÉSICOS		
CELEBREX 100 MG CAPSULE[NP]	*	QL(60 cada 30 días)	ANALGÉSICOS		
CELEBREX 200 MG CAPSULE[NP]	*	QL(60 cada 30 días)	ANALGÉSICOS		
CELEBREX 400 MG CAPSULE[NP]	*	QL(60 cada 30 días)	ANALGÉSICOS		
CELEBREX 50 MG CAPSULE[NP]	*	QL(60 cada 30 días)	ANALGÉSICOS		
celecoxib 100 mg capsule	1	QL(60 cada 30 días)	ANALGÉSICOS		
celecoxib 200 mg capsule	1	QL(60 cada 30 días)	ANALGÉSICOS		
celecoxib 400 mg capsule	1	QL(60 cada 30 días)	ANALGÉSICOS		
celecoxib 50 mg capsule	1	QL(60 cada 30 días)	ANALGÉSICOS		
codeine sulfate 15 mg tablet	1	QL(360 cada 30 días)	ANALGÉSICOS		
codeine sulfate 30 mg tablet	1	QL(360 cada 30 días)	ANALGÉSICOS		
codeine sulfate 60 mg tablet	1	QL(180 cada 30 días)	ANALGÉSICOS		
codeine-butalbital-asa-caffeine 30 mg-50 mg-325 mg-40 mg capsule	1	QL(180 cada 30 días)	ANALGÉSICOS		

• NP – no preferido • OTC – sin receta • PA – autorización previa • QL – Límite de cantidad
• ST – Terapia por fases

Nombre del medicamento	Grupo del nivel del medica-mento	Requisitos de manejo de utilización	Nombre de la categoría terapéutica	Edad mínima	Edad máxima
CONZIP 100 MG CAPSULE,EXTENDED RELEASE[NP]	*	QL(30 cada 30 días)	ANALGÉSICOS		
CONZIP 200 MG CAPSULE,EXTENDED RELEASE[NP]	*	QL(30 cada 30 días)	ANALGÉSICOS		
CONZIP 300 MG CAPSULE, EXTENDED RELEASE[NP]	*	QL(30 cada 30 días)	ANALGÉSICOS		
COXANTO 300 MG CAPSULE[NP]	*	QL(120 cada 30 días)	ANALGÉSICOS		
diclofenac 1 % topical gel[NP]	*	QL(500 cada 30 días)	ANALGÉSICOS		
diclofenac 1 % topical gel[NP]	*	QL(500 cada 30 días)	ANALGÉSICOS		
diclofenac 1.5 % topical drops[NP]	*		ANALGÉSICOS		
diclofenac 20 mg/gram/actuation (2 %) topical soln metered-dose pump[NP]	*		ANALGÉSICOS		
diclofenac 50 mg-misoprostol 200 mcg tablet,immed.and delayed release[NP]	*		ANALGÉSICOS		
diclofenac 75 mg-misoprostol 200 mcg tablet,immediate,delayed release[NP]	*		ANALGÉSICOS		
diclofenac epolamine 1.3 % transdermal 12 hour patch[NP]	*	QL(60 cada 30 días)	ANALGÉSICOS		
diclofenac er 100 mg tablet,extended release 24 hr	1		ANALGÉSICOS		
diclofenac potassium 25 mg capsule[NP]	*	QL(120 cada 30 días)	ANALGÉSICOS		
diclofenac potassium 25 mg tablet[NP]	*		ANALGÉSICOS		
diclofenac potassium 50 mg oral powder packet[NP]	*	QL(9 cada 30 días)	ANALGÉSICOS		
diclofenac potassium 50 mg tablet	1		ANALGÉSICOS		
diclofenac sodium 25 mg tablet,delayed release	1		ANALGÉSICOS		
diclofenac sodium 50 mg tablet,delayed release	1		ANALGÉSICOS		
diclofenac sodium 75 mg tablet,delayed release	1		ANALGÉSICOS		
DICLOGEN 1.5 %-10 %-4 % TOPICAL KIT[NP]	*		ANALGÉSICOS		
diflunisal 500 mg tablet	1		ANALGÉSICOS		
DILAUDID 1 MG/ML ORAL LIQUID[NP]	*	QL(2400 cada 30 días)	ANALGÉSICOS		
DILAUDID 2 MG TABLET[NP]	*	QL(360 cada 30 días)	ANALGÉSICOS		
DILAUDID 4 MG TABLET[NP]	*	QL(360 cada 30 días)	ANALGÉSICOS		
DILAUDID 8 MG TABLET[NP]	*	QL(240 cada 30 días)	ANALGÉSICOS		
DISKETS 40 MG SOLUBLE TABLET[NP]	*	QL(90 cada 30 días)	ANALGÉSICOS		
dolobid 250 mg tablet[NP]	*		ANALGÉSICOS		
DOLOBID 375 MG TABLET[NP]	*		ANALGÉSICOS		

• NP – no preferido • OTC – sin receta • PA – autorización previa • QL – Límite de cantidad
• ST – Terapia por fases

Nombre del medicamento	Grupo del nivel del medica-mento	Requisitos de manejo de utilización	Nombre de la categoría terapéutica	Edad mínima	Edad máxima
ENDOCET 10 MG-325 MG TABLET	1	QL(360 cada 30 días)	ANALGÉSICOS		
ENDOCET 2.5 MG-325 MG TABLET	1	QL(360 cada 30 días)	ANALGÉSICOS		
ENDOCET 5 MG-325 MG TABLET	1	QL(360 cada 30 días)	ANALGÉSICOS		
ENDOCET 7.5 MG-325 MG TABLET	1	QL(360 cada 30 días)	ANALGÉSICOS		
etodolac 200 mg capsule	1		ANALGÉSICOS		
etodolac 300 mg capsule	1		ANALGÉSICOS		
etodolac 400 mg tablet	1		ANALGÉSICOS		
etodolac 500 mg tablet	1		ANALGÉSICOS		
etodolac er 400 mg tablet,extended release 24 hr	1		ANALGÉSICOS		
etodolac er 500 mg tablet,extended release 24 hr	1		ANALGÉSICOS		
etodolac er 600 mg tablet,extended release 24 hr	1		ANALGÉSICOS		
fenoprofen 200 mg capsule[NP]	*	QL(180 cada 30 días)	ANALGÉSICOS		
fenoprofen 300 mg capsule[NP]	*		ANALGÉSICOS		
fenoprofen 400 mg capsule[NP]	*	QL(240 cada 30 días)	ANALGÉSICOS		
fenopron 300 mg capsule[NP]	*		ANALGÉSICOS		
fentanyl 100 mcg/hr transdermal patch[NP]	*	QL(20 cada 30 días)	ANALGÉSICOS		
fentanyl 12 mcg/hr transdermal patch[NP]	*	QL(20 cada 30 días)	ANALGÉSICOS		
fentanyl 25 mcg/hr transdermal patch[NP]	*	QL(20 cada 30 días)	ANALGÉSICOS		
fentanyl 37.5 mcg/hour transdermal patch[NP]	*	QL(20 cada 30 días)	ANALGÉSICOS		
fentanyl 50 mcg/hr transdermal patch[NP]	*	QL(20 cada 30 días)	ANALGÉSICOS		
fentanyl 62.5 mcg/hour transdermal patch[NP]	*	QL(20 cada 30 días)	ANALGÉSICOS		
fentanyl 75 mcg/hr transdermal patch[NP]	*	QL(20 cada 30 días)	ANALGÉSICOS		
fentanyl 87.5 mcg/hour transdermal patch[NP]	*	QL(20 cada 30 días)	ANALGÉSICOS		
flanax (naproxen) 220 mg tablet[OTC]	1		ANALGÉSICOS		
flurbiprofen 100 mg tablet	1		ANALGÉSICOS		
hydrocodone 10 mg-acetaminophen 300 mg tablet	1	QL(180 cada 30 días)	ANALGÉSICOS		
hydrocodone 10 mg-acetaminophen 300 mg/15 ml oral solution	1	QL(6000 cada 30 días)	ANALGÉSICOS		
hydrocodone 10 mg-acetaminophen 325 mg tablet	1	QL(360 cada 30 días)	ANALGÉSICOS		
hydrocodone 10 mg-acetaminophen 325 mg/15 ml oral solution	1	QL(2700 cada 30 días)	ANALGÉSICOS		

• NP – no preferido • OTC – sin receta • PA – autorización previa • QL – Límite de cantidad
• ST – Terapia por fases

Nombre del medicamento	Grupo del nivel del medica-mento	Requisitos de manejo de utilización	Nombre de la categoría terapéutica	Edad mínima	Edad máxima
hydrocodone 10 mg-ibuprofen 200 mg tablet	1	QL(150 cada 30 días)	ANALGÉSICOS		
hydrocodone 2.5 mg-acetaminophen 325 mg tablet	1	QL(360 cada 30 días)	ANALGÉSICOS		
hydrocodone 5 mg-acetaminophen 300 mg tablet	1	QL(240 cada 30 días)	ANALGÉSICOS		
hydrocodone 5 mg-acetaminophen 325 mg tablet	1	QL(360 cada 30 días)	ANALGÉSICOS		
hydrocodone 5 mg-ibuprofen 200 mg tablet	1	QL(150 cada 30 días)	ANALGÉSICOS		
hydrocodone 7.5 mg-acetaminophen 300 mg tablet	1	QL(180 cada 30 días)	ANALGÉSICOS		
hydrocodone 7.5 mg-acetaminophen 325 mg tablet	1	QL(360 cada 30 días)	ANALGÉSICOS		
hydrocodone 7.5 mg-acetaminophen 325 mg/15 ml oral solution	1	QL(5520 cada 30 días)	ANALGÉSICOS		
hydrocodone 7.5 mg-ibuprofen 200 mg tablet	1	QL(150 cada 30 días)	ANALGÉSICOS		
hydrocodone bitartrate er 10 mg capsule, oral only, extended rel 12 hr[NP]	*	QL(90 cada 30 días)	ANALGÉSICOS		
hydrocodone bitartrate er 100 mg tablet, crush resist,extend.rel. 24hr[NP]	*	QL(30 cada 30 días)	ANALGÉSICOS		
hydrocodone bitartrate er 120 mg tablet, crush resist,extend.rel. 24hr[NP]	*	QL(30 cada 30 días)	ANALGÉSICOS		
hydrocodone bitartrate er 15 mg capsule, oral only, extended rel 12 hr[NP]	*	QL(90 cada 30 días)	ANALGÉSICOS		
hydrocodone bitartrate er 20 mg capsule, oral only, extended rel 12 hr[NP]	*	QL(90 cada 30 días)	ANALGÉSICOS		
hydrocodone bitartrate er 20 mg tablet,crush resist,extended rel. 24hr[NP]	*	QL(30 cada 30 días)	ANALGÉSICOS		
hydrocodone bitartrate er 30 mg capsule, oral only, extended rel 12 hr[NP]	*	QL(90 cada 30 días)	ANALGÉSICOS		
hydrocodone bitartrate er 30 mg tablet,crush resist,extended rel. 24hr[NP]	*	QL(30 cada 30 días)	ANALGÉSICOS		
hydrocodone bitartrate er 40 mg capsule, oral only, extended rel 12 hr[NP]	*	QL(90 cada 30 días)	ANALGÉSICOS		
hydrocodone bitartrate er 40 mg tablet,crush resist,extended rel. 24hr[NP]	*	QL(30 cada 30 días)	ANALGÉSICOS		
hydrocodone bitartrate er 50 mg capsule, oral only, extended rel 12 hr[NP]	*	QL(120 cada 30 días)	ANALGÉSICOS		
hydrocodone bitartrate er 60 mg tablet,crush resist,extended rel. 24hr[NP]	*	QL(30 cada 30 días)	ANALGÉSICOS		
hydrocodone bitartrate er 80 mg tablet,crush resist,extended rel. 24hr[NP]	*	QL(30 cada 30 días)	ANALGÉSICOS		
hydromorphone 1 mg/ml oral liquid	1	QL(2400 cada 30 días)	ANALGÉSICOS		
hydromorphone 2 mg tablet	1	QL(360 cada 30 días)	ANALGÉSICOS		
hydromorphone 3 mg rectal suppository	1	QL(120 cada 30 días)	ANALGÉSICOS		

• NP – no preferido • OTC – sin receta • PA – autorización previa • QL – Límite de cantidad
• ST – Terapia por fases

Nombre del medicamento	Grupo del nivel del medica-mento	Requisitos de manejo de utilización	Nombre de la categoría terapéutica	Edad mínima	Edad máxima
hydromorphone 4 mg tablet	1	QL(360 cada 30 días)	ANALGÉSICOS		
hydromorphone 8 mg tablet	1	QL(240 cada 30 días)	ANALGÉSICOS		
hydromorphone er 12 mg tablet,extended release 24 hr[NP]	*	QL(180 cada 30 días)	ANALGÉSICOS		
hydromorphone er 16 mg tablet,extended release 24 hr[NP]	*	QL(120 cada 30 días)	ANALGÉSICOS		
hydromorphone er 32 mg tablet,extended release 24 hr[NP]	*	QL(60 cada 30 días)	ANALGÉSICOS		
hydromorphone er 8 mg tablet,extended release 24 hr[NP]	*	QL(240 cada 30 días)	ANALGÉSICOS		
HYSINGLA ER 100 MG TABLET, CRUSH RESISTANT, EXTENDED RELEASE[NP]	*	QL(30 cada 30 días)	ANALGÉSICOS		
HYSINGLA ER 20 MG TABLET, CRUSH RESISTANT, EXTENDED RELEASE[NP]	*	QL(30 cada 30 días)	ANALGÉSICOS		
HYSINGLA ER 30 MG TABLET, CRUSH RESISTANT, EXTENDED RELEASE[NP]	*	QL(30 cada 30 días)	ANALGÉSICOS		
HYSINGLA ER 40 MG TABLET, CRUSH RESISTANT, EXTENDED RELEASE[NP]	*	QL(30 cada 30 días)	ANALGÉSICOS		
HYSINGLA ER 60 MG TABLET, CRUSH RESISTANT, EXTENDED RELEASE[NP]	*	QL(30 cada 30 días)	ANALGÉSICOS		
HYSINGLA ER 80 MG TABLET, CRUSH RESISTANT, EXTENDED RELEASE[NP]	*	QL(30 cada 30 días)	ANALGÉSICOS		
i-prin 200 mg tablet[OTC]	1		ANALGÉSICOS		
ibu 400 mg tablet	1		ANALGÉSICOS		
ibu 600 mg tablet	1		ANALGÉSICOS		
ibu 800 mg tablet	1		ANALGÉSICOS		
ibu-200 200 mg tablet[OTC]	1		ANALGÉSICOS		
ibuprofen 100 mg/5 ml oral suspension[NP]	*		ANALGÉSICOS		
ibuprofen 100 mg/5 ml oral suspension[NP]	*		ANALGÉSICOS		
ibuprofen 200 mg tablet[OTC]	1		ANALGÉSICOS		
ibuprofen 300 mg tablet	1		ANALGÉSICOS		
ibuprofen 400 mg tablet	1		ANALGÉSICOS		
ibuprofen 600 mg tablet	1		ANALGÉSICOS		
ibuprofen 800 mg tablet	1		ANALGÉSICOS		
ibuprofen 800 mg-famotidine 26.6 mg tablet[NP]	*	QL(90 cada 30 días)	ANALGÉSICOS		
indomethacin 25 mg capsule	1		ANALGÉSICOS		
indomethacin 25 mg/5 ml oral suspension	1		ANALGÉSICOS		
indomethacin 50 mg capsule	1		ANALGÉSICOS		
indomethacin 50 mg rectal suppository	1		ANALGÉSICOS		
indomethacin er 75 mg capsule,extended release	1		ANALGÉSICOS		
ketoprofen 50 mg capsule	1		ANALGÉSICOS		
ketoprofen 75 mg capsule	1		ANALGÉSICOS		
ketoprofen er 200 mg 24 hr capsule,extended release[NP]	*		ANALGÉSICOS		

• NP – no preferido • OTC – sin receta • PA – autorización previa • QL – Límite de cantidad
• ST – Terapia por fases

Nombre del medicamento	Grupo del nivel del medica-mento	Requisitos de manejo de utilización	Nombre de la categoría terapéutica	Edad mínima	Edad máxima
ketorolac 10 mg tablet	1	QL(20 cada 5 días)	ANALGÉSICOS		
levorphanol tartrate 2 mg tablet[NP]	*	QL(240 cada 30 días)	ANALGÉSICOS		
levorphanol tartrate 3 mg tablet[NP]	*	QL(150 cada 30 días)	ANALGÉSICOS		
LEXTOL 1.5 %-0.025 % TOPICAL, SOLUTION AND CREAM[NP]	*		ANALGÉSICOS		
LIXOFEN 1.5 % TOPICAL KIT[NP]	*		ANALGÉSICOS		
lofena 25 mg tablet[NP]	*		ANALGÉSICOS		
lurbiro 100 mg tablet[NP]	*		ANALGÉSICOS		
meclofenamate 100 mg capsule[NP]	*		ANALGÉSICOS		
meclofenamate 50 mg capsule[NP]	*		ANALGÉSICOS		
mediproxen 220 mg tablet[OTC]	1		ANALGÉSICOS		
mefenamic acid 250 mg capsule[NP]	*		ANALGÉSICOS		
meloxicam 15 mg tablet	1	QL(30 cada 30 días)	ANALGÉSICOS		
meloxicam 7.5 mg tablet	1	QL(60 cada 30 días)	ANALGÉSICOS		
meloxicam submicronized 10 mg capsule[NP]	*	QL(30 cada 30 días)	ANALGÉSICOS		
meloxicam submicronized 5 mg capsule[NP]	*	QL(30 cada 30 días)	ANALGÉSICOS		
meperidine 50 mg tablet[NP]	*	QL(480 cada 30 días)	ANALGÉSICOS		
meperidine 50 mg/5 ml oral solution[NP]	*	QL(720 cada 30 días)	ANALGÉSICOS		
methadone 10 mg tablet[NP]	*	QL(240 cada 30 días)	ANALGÉSICOS		
methadone 10 mg/5 ml oral solution[NP]	*	QL(1800 cada 30 días)	ANALGÉSICOS		
methadone 10 mg/ml oral concentrate[NP]	*	QL(360 cada 30 días)	ANALGÉSICOS		
methadone 40 mg soluble tablet[NP]	*	QL(90 cada 30 días)	ANALGÉSICOS		
methadone 5 mg tablet[NP]	*	QL(480 cada 30 días)	ANALGÉSICOS		
methadone 5 mg/5 ml oral solution[NP]	*	QL(3600 cada 30 días)	ANALGÉSICOS		
methadone intensol 10 mg/ml oral concentrate[NP]	*	QL(360 cada 30 días)	ANALGÉSICOS		
METHADOSE 10 MG/ML ORAL CONCENTRATE[NP]	*	QL(360 cada 30 días)	ANALGÉSICOS		
methadose 40 mg soluble tablet[NP]	*	QL(90 cada 30 días)	ANALGÉSICOS		
morphine 10 mg rectal suppository	1	QL(180 cada 30 días)	ANALGÉSICOS		
morphine 10 mg/5 ml (2 mg/ml) oral solution	1	QL(2700 cada 30 días)	ANALGÉSICOS		
morphine 15 mg immediate release tablet	1	QL(180 cada 30 días)	ANALGÉSICOS		

• NP – no preferido • OTC – sin receta • PA – autorización previa • QL – Límite de cantidad
• ST – Terapia por fases

Nombre del medicamento	Grupo del nivel del medica-mento	Requisitos de manejo de utilización	Nombre de la categoría terapéutica	Edad mínima	Edad máxima
morphine 20 mg rectal suppository	1	QL(180 cada 30 días)	ANALGÉSICOS		
morphine 20 mg/5 ml (4 mg/ml) oral solution	1	QL(1350 cada 30 días)	ANALGÉSICOS		
morphine 30 mg immediate release tablet	1	QL(180 cada 30 días)	ANALGÉSICOS		
morphine 30 mg rectal suppository	1	QL(180 cada 30 días)	ANALGÉSICOS		
morphine 5 mg rectal suppository	1	QL(180 cada 30 días)	ANALGÉSICOS		
morphine concentrate 100 mg/5 ml (20 mg/ml) oral solution	1	QL(540 cada 30 días)	ANALGÉSICOS		
morphine er 10 mg capsule,extended release pellets[NP]	*	QL(60 cada 30 días)	ANALGÉSICOS		
morphine er 100 mg capsule,extended release pellets[NP]	*	QL(60 cada 30 días)	ANALGÉSICOS		
morphine er 100 mg tablet,extended release	1	PA,QL(180 cada 30 días)	ANALGÉSICOS		
morphine er 120 mg capsule,extended release 24 hr multiphase[NP]	*	QL(60 cada 30 días)	ANALGÉSICOS		
morphine er 15 mg tablet,extended release	1	PA,QL(120 cada 30 días)	ANALGÉSICOS		
morphine er 20 mg capsule,extended release pellets[NP]	*	QL(60 cada 30 días)	ANALGÉSICOS		
morphine er 200 mg tablet,extended release	1	PA,QL(90 cada 30 días)	ANALGÉSICOS		
morphine er 30 mg capsule,extended release 24 hr multiphase[NP]	*	QL(30 cada 30 días)	ANALGÉSICOS		
morphine er 30 mg capsule,extended release pellets[NP]	*	QL(60 cada 30 días)	ANALGÉSICOS		
morphine er 30 mg tablet,extended release	1	PA,QL(120 cada 30 días)	ANALGÉSICOS		
morphine er 45 mg capsule,extended release 24 hr multiphase[NP]	*	QL(30 cada 30 días)	ANALGÉSICOS		
morphine er 50 mg capsule,extended release pellets[NP]	*	QL(60 cada 30 días)	ANALGÉSICOS		
morphine er 60 mg capsule,extended release 24 hr multiphase[NP]	*	QL(60 cada 30 días)	ANALGÉSICOS		
morphine er 60 mg capsule,extended release pellets[NP]	*	QL(60 cada 30 días)	ANALGÉSICOS		
morphine er 60 mg tablet,extended release	1	PA,QL(120 cada 30 días)	ANALGÉSICOS		
morphine er 75 mg capsule,extended release 24 hr multiphase[NP]	*	QL(60 cada 30 días)	ANALGÉSICOS		
morphine er 80 mg capsule,extended release pellets[NP]	*	QL(60 cada 30 días)	ANALGÉSICOS		
morphine er 90 mg capsule,extended release 24 hr multiphase[NP]	*	QL(60 cada 30 días)	ANALGÉSICOS		
MOTRIN IB 200 MG TABLET[OTC]	1		ANALGÉSICOS		
MS CONTIN 15 MG TABLET,EXTENDED RELEASE[NP]	*	QL(120 cada 30 días)	ANALGÉSICOS		

• NP – no preferido • OTC – sin receta • PA – autorización previa • QL – Límite de cantidad
• ST – Terapia por fases

Nombre del medicamento	Grupo del nivel del medica-mento	Requisitos de manejo de utilización	Nombre de la categoría terapéutica	Edad mínima	Edad máxima
MS CONTIN 30 MG TABLET,EXTENDED RELEASE[NP]	*	QL(120 cada 30 días)	ANALGÉSICOS		
MS CONTIN 60 MG TABLET,EXTENDED RELEASE[NP]	*	QL(120 cada 30 días)	ANALGÉSICOS		
nabumetone 500 mg tablet	1		ANALGÉSICOS		
nabumetone 750 mg tablet	1		ANALGÉSICOS		
nalocet 2.5 mg-300 mg tablet[NP]	*	QL(360 cada 30 días)	ANALGÉSICOS		
NAPRELAN CR 375 MG TAB,EXTENDED RELEASE 24 HR MPHASE[NP]	*	QL(120 cada 30 días)	ANALGÉSICOS		
NAPRELAN CR 500 MG TAB,EXTENDED RELEASE 24 HR MPHASE[NP]	*	QL(90 cada 30 días)	ANALGÉSICOS		
naproxen 125 mg/5 ml oral suspension	1		ANALGÉSICOS		
naproxen 250 mg tablet	1		ANALGÉSICOS		
naproxen 375 mg tablet	1		ANALGÉSICOS		
naproxen 375 mg tablet,delayed release	1		ANALGÉSICOS		
naproxen 375 mg-esomeprazole 20 mg tablet,immediate and delay release[NP]	*	QL(60 cada 30 días)	ANALGÉSICOS		
naproxen 500 mg tablet	1		ANALGÉSICOS		
naproxen 500 mg tablet,delayed release	1		ANALGÉSICOS		
naproxen 500 mg-esomeprazole 20 mg tablet,immediate and delay release[NP]	*	QL(60 cada 30 días)	ANALGÉSICOS		
naproxen sodium 220 mg tablet[OTC]	1		ANALGÉSICOS		
naproxen sodium 275 mg tablet	1		ANALGÉSICOS		
naproxen sodium 550 mg tablet	1		ANALGÉSICOS		
naproxen sodium er (cr) 375 mg tablet,extended release 24 hr mphase[NP]	*	QL(120 cada 30 días)	ANALGÉSICOS		
naproxen sodium er (cr) 500 mg tablet,extended release 24 hr mphase[NP]	*	QL(90 cada 30 días)	ANALGÉSICOS		
naproxen sodium er (cr) 750 mg tablet,extended release 24 hr mphase[NP]	*	QL(60 cada 30 días)	ANALGÉSICOS		
orudis 75 mg capsule[NP]	*		ANALGÉSICOS		
OXAPROZIN 300 MG CAPSULE[NP]	*	QL(120 cada 30 días)	ANALGÉSICOS		
oxaprozin 600 mg tablet[NP]	*		ANALGÉSICOS		
oxycodone 10 mg tablet	1	QL(360 cada 30 días)	ANALGÉSICOS		
oxycodone 15 mg tablet	1	QL(360 cada 30 días)	ANALGÉSICOS		
oxycodone 20 mg tablet	1	QL(360 cada 30 días)	ANALGÉSICOS		
oxycodone 20 mg/ml oral concentrate	1	QL(270 cada 30 días)	ANALGÉSICOS		
oxycodone 30 mg tablet	1	QL(360 cada 30 días)	ANALGÉSICOS		
oxycodone 5 mg capsule	1	QL(360 cada 30 días)	ANALGÉSICOS		
oxycodone 5 mg tablet	1	QL(360 cada 30 días)	ANALGÉSICOS		

• NP – no preferido • OTC – sin receta • PA – autorización previa • QL – Límite de cantidad
• ST – Terapia por fases

Nombre del medicamento	Grupo del nivel del medica-mento	Requisitos de manejo de utilización	Nombre de la categoría terapéutica	Edad mínima	Edad máxima
oxycodone 5 mg/5 ml oral solution	1	QL(5400 cada 30 días)	ANALGÉSICOS		
oxycodone er 20 mg tablet,crush resistant,extended release 12 hr[NP]	*	QL(90 cada 30 días)	ANALGÉSICOS		
oxycodone er 40 mg tablet,crush resistant,extended release 12 hr[NP]	*	QL(90 cada 30 días)	ANALGÉSICOS		
oxycodone-acetaminophen 10 mg-325 mg tablet	1	QL(360 cada 30 días)	ANALGÉSICOS		
oxycodone-acetaminophen 2.5 mg-325 mg tablet	1	QL(360 cada 30 días)	ANALGÉSICOS		
oxycodone-acetaminophen 5 mg-325 mg tablet	1	QL(360 cada 30 días)	ANALGÉSICOS		
oxycodone-acetaminophen 7.5 mg-325 mg tablet	1	QL(360 cada 30 días)	ANALGÉSICOS		
OXYCONTIN 10 MG TABLET,CRUSH RESISTANT,EXTENDED RELEASE[NP]	*	QL(90 cada 30 días)	ANALGÉSICOS		
OXYCONTIN 15 MG TABLET,CRUSH RESISTANT,EXTENDED RELEASE[NP]	*	QL(90 cada 30 días)	ANALGÉSICOS		
OXYCONTIN 20 MG TABLET,CRUSH RESISTANT,EXTENDED RELEASE[NP]	*	QL(90 cada 30 días)	ANALGÉSICOS		
OXYCONTIN 30 MG TABLET,CRUSH RESISTANT,EXTENDED RELEASE[NP]	*	QL(90 cada 30 días)	ANALGÉSICOS		
OXYCONTIN 40 MG TABLET,CRUSH RESISTANT,EXTENDED RELEASE[NP]	*	QL(90 cada 30 días)	ANALGÉSICOS		
OXYCONTIN 60 MG TABLET,CRUSH RESISTANT,EXTENDED RELEASE[NP]	*	QL(90 cada 30 días)	ANALGÉSICOS		
OXYCONTIN 80 MG TABLET,CRUSH RESISTANT,EXTENDED RELEASE[NP]	*	QL(120 cada 30 días)	ANALGÉSICOS		
oxymorphone 10 mg tablet[NP]	*	QL(360 cada 30 días)	ANALGÉSICOS		
oxymorphone 5 mg tablet[NP]	*		ANALGÉSICOS		
oxymorphone er 10 mg tablet,extended release,12 hr[NP]	*	QL(60 cada 30 días)	ANALGÉSICOS		
oxymorphone er 15 mg tablet,extended release,12 hr[NP]	*	QL(60 cada 30 días)	ANALGÉSICOS		
oxymorphone er 20 mg tablet,extended release,12 hr[NP]	*	QL(60 cada 30 días)	ANALGÉSICOS		
oxymorphone er 30 mg tablet,extended release,12 hr[NP]	*	QL(60 cada 30 días)	ANALGÉSICOS		
oxymorphone er 40 mg tablet,extended release,12 hr[NP]	*	QL(60 cada 30 días)	ANALGÉSICOS		
oxymorphone er 5 mg tablet,extended release,12 hr[NP]	*	QL(60 cada 30 días)	ANALGÉSICOS		
oxymorphone er 7.5 mg tablet,extended release,12 hr[NP]	*	QL(60 cada 30 días)	ANALGÉSICOS		
pain relief (ibuprofen) 200 mg tablet[OTC]	1		ANALGÉSICOS		
pentazocine 50 mg-naloxone 0.5 mg tablet[NP]	*	QL(360 cada 30 días)	ANALGÉSICOS		
PERCOCET 10 MG-325 MG TABLET[NP]	*	QL(360 cada 30 días)	ANALGÉSICOS		

• NP – no preferido • OTC – sin receta • PA – autorización previa • QL – Límite de cantidad
• ST – Terapia por fases

Nombre del medicamento	Grupo del nivel del medica-mento	Requisitos de manejo de utilización	Nombre de la categoría terapéutica	Edad mínima	Edad máxima
PERCOCET 5 MG-325 MG TABLET[NP]	*	QL(360 cada 30 días)	ANALGÉSICOS		
PERCOCET 7.5 MG-325 MG TABLET[NP]	*	QL(360 cada 30 días)	ANALGÉSICOS		
piroxicam 10 mg capsule[NP]	*		ANALGÉSICOS		
piroxicam 20 mg capsule[NP]	*		ANALGÉSICOS		
prolate 10 mg-300 mg tablet[NP]	*	QL(390 cada 30 días)	ANALGÉSICOS		
PROLATE 10 MG-300 MG/5 ML ORAL SOLUTION[NP]	*	QL(900 cada 30 días)	ANALGÉSICOS		
prolate 5 mg-300 mg tablet[NP]	*	QL(390 cada 30 días)	ANALGÉSICOS		
prolate 7.5 mg-300 mg tablet[NP]	*	QL(390 cada 30 días)	ANALGÉSICOS		
RELAFEN DS 1,000 MG TABLET[NP]	*	QL(60 cada 30 días)	ANALGÉSICOS		
ROXICODONE 15 MG TABLET[NP]	*	QL(360 cada 30 días)	ANALGÉSICOS		
ROXICODONE 30 MG TABLET[NP]	*	QL(360 cada 30 días)	ANALGÉSICOS		
ROXYBOND 10 MG TABLET,ORAL ONLY (NOT FEEDING TUBES)[NP]	*	QL(360 cada 30 días)	ANALGÉSICOS		
ROXYBOND 15 MG TABLET,ORAL ONLY (NOT FEEDING TUBES)[NP]	*	QL(180 cada 30 días)	ANALGÉSICOS		
ROXYBOND 30 MG TABLET,ORAL ONLY (NOT FEEDING TUBES)[NP]	*	QL(180 cada 30 días)	ANALGÉSICOS		
ROXYBOND 5 MG TABLET,ORAL ONLY (NOT FEEDING TUBES)[NP]	*	QL(360 cada 30 días)	ANALGÉSICOS		
sulindac 150 mg tablet	1		ANALGÉSICOS		
sulindac 200 mg tablet	1		ANALGÉSICOS		
tapentadol 100 mg tablet[NP]	*	QL(180 cada 30 días)	ANALGÉSICOS		
tapentadol 20 mg/ml oral solution[NP]	*	QL(900 cada 30 días)	ANALGÉSICOS		
tapentadol 50 mg tablet[NP]	*	QL(180 cada 30 días)	ANALGÉSICOS		
tapentadol 75 mg tablet[NP]	*	QL(180 cada 30 días)	ANALGÉSICOS		
tapentadol er 100 mg tablet,extended release,12 hr[NP]	*	QL(60 cada 30 días)	ANALGÉSICOS		
tapentadol er 150 mg tablet,extended release,12 hr[NP]	*	QL(60 cada 30 días)	ANALGÉSICOS		
tapentadol er 200 mg tablet,extended release,12 hr[NP]	*	QL(60 cada 30 días)	ANALGÉSICOS		
tapentadol er 250 mg tablet,extended release,12 hr[NP]	*	QL(60 cada 30 días)	ANALGÉSICOS		
tapentadol er 50 mg tablet,extended release,12 hr[NP]	*	QL(60 cada 30 días)	ANALGÉSICOS		
tolectin 600 600 mg tablet[NP]	*		ANALGÉSICOS		
tolectin ds 400 mg capsule[NP]	*		ANALGÉSICOS		
tolmetin 200 mg tablet[NP]	*		ANALGÉSICOS		

• NP – no preferido • OTC – sin receta • PA – autorización previa • QL – Límite de cantidad
• ST – Terapia por fases

Nombre del medicamento	Grupo del nivel del medica-mento	Requisitos de manejo de utilización	Nombre de la categoría terapéutica	Edad mínima	Edad máxima
tolmetin 400 mg capsule[NP]	*		ANALGÉSICOS		
tolmetin 600 mg tablet[NP]	*		ANALGÉSICOS		
tramadol 100 mg tablet[NP]	*	QL(120 cada 30 días)	ANALGÉSICOS		
tramadol 25 mg tablet[NP]	*	QL(180 cada 30 días)	ANALGÉSICOS		
tramadol 37.5 mg-acetaminophen 325 mg tablet[NP]	*	QL(240 cada 30 días)	ANALGÉSICOS		
tramadol 5 mg/ml oral solution[NP]	*	QL(2400 cada 30 días)	ANALGÉSICOS		
tramadol 50 mg tablet	1	QL(240 cada 30 días)	ANALGÉSICOS		
tramadol 75 mg tablet[NP]	*	QL(150 cada 30 días)	ANALGÉSICOS		
tramadol er 100 mg capsule 24h,extended release(25-75)[NP]	*	QL(30 cada 30 días)	ANALGÉSICOS		
tramadol er 100 mg tablet,extended release 24 hr[NP]	*	QL(30 cada 30 días)	ANALGÉSICOS		
tramadol er 200 mg capsule 24h,extended release(25-75)[NP]	*	QL(30 cada 30 días)	ANALGÉSICOS		
tramadol er 200 mg tablet,extended release 24 hr[NP]	*	QL(30 cada 30 días)	ANALGÉSICOS		
tramadol er 300 mg capsule 24 hr,extended release[NP]	*	QL(30 cada 30 días)	ANALGÉSICOS		
tramadol er 300 mg tablet,extended release 24 hr[NP]	*	QL(30 cada 30 días)	ANALGÉSICOS		
VYSCOXA 10 MG/ML ORAL SUSPENSION[NP]	*	QL(1200 cada 30 días)	ANALGÉSICOS		
wal-profen 200 mg tablet[OTC]	1		ANALGÉSICOS		
wal-proxen 220 mg tablet[OTC]	1		ANALGÉSICOS		
xyvona 2 mg tablet[NP]	*	QL(240 cada 30 días)	ANALGÉSICOS		
xyvona 3 mg tablet[NP]	*	QL(150 cada 30 días)	ANALGÉSICOS		
ZYBIC 7.5 MG/5 ML ORAL SUSPENSION[NP]	*	QL(300 cada 30 días)	ANALGÉSICOS		
anecream 4 % topical[OTC]	1		ANESTÉSICOS		
asperflex (lidocaine) 4 % topical cream[OTC]	1		ANESTÉSICOS		
CINTHERA 4 % TOPICAL OINTMENT[OTC]	1		ANESTÉSICOS		
dermacinrx lidocan 5 % topical patch	1	QL(90 cada 30 días)	ANESTÉSICOS		
DERMACINRX LIDOGEL 2.8 % TOPICAL[NP]	*		ANESTÉSICOS		
DERMACINRX LIDOREX 2.8 % TOPICAL GEL[NP]	*		ANESTÉSICOS		
glydo 2 % mucosal jelly in applicator	1		ANESTÉSICOS		
lidocaine 2 % mucosal jelly in applicator	1		ANESTÉSICOS		
lidocaine 4 % topical cream[OTC]	1		ANESTÉSICOS		
lidocaine 5 % topical ointment	1		ANESTÉSICOS		
lidocaine 5 % topical patch	1	QL(90 cada 30 días)	ANESTÉSICOS		

• NP – no preferido • OTC – sin receta • PA – autorización previa • QL – Límite de cantidad
• ST – Terapia por fases

Nombre del medicamento	Grupo del nivel del medica-mento	Requisitos de manejo de utilización	Nombre de la categoría terapéutica	Edad mínima	Edad máxima
lidocaine hcl 2 % mucosal jelly	1		ANESTÉSICOS		
lidocaine hcl 2 % mucosal solution	1		ANESTÉSICOS		
lidocaine hcl 3 % topical cream	1		ANESTÉSICOS		
lidocaine hcl 4 % (40 mg/ml) mucosal solution	1		ANESTÉSICOS		
lidocaine hcl 4 % laryngotracheal solution	1		ANESTÉSICOS		
lidocaine-prilocaine 2.5 %-2.5 % topical cream[NP]	*		ANESTÉSICOS		
lidocaine-prilocaine 2.5 %-2.5 % topical kit[NP]	*		ANESTÉSICOS		
lidocan iii 5 % topical patch	1	QL(90 cada 30 días)	ANESTÉSICOS		
lidocan iv 5 % topical patch	1	QL(90 cada 30 días)	ANESTÉSICOS		
lidocan v 5 % topical patch	1	QL(90 cada 30 días)	ANESTÉSICOS		
LIDOTRAL 3.88 % TOPICAL CREAM[NP]	*		ANESTÉSICOS		
lidozall 4 % topical cream[OTC]	1		ANESTÉSICOS		
LMX 4 4 % TOPICAL CREAM[OTC]	1		ANESTÉSICOS		
PLIAGLIS 7 %-7 % TOPICAL CREAM[NP]	*		ANESTÉSICOS		
ultra lido 4 % topical cream[OTC]	1		ANESTÉSICOS		
xyliderm 5 % topical kit[NP]	*		ANESTÉSICOS		
ZTLIDO 1.8 % TOPICAL PATCH[NP]	*	QL(90 cada 30 días)	ANESTÉSICOS		
alprazolam 0.25 mg disintegrating tablet[NP]	*	QL(120 cada 30 días)	ANSIOLÍTICOS		
alprazolam 0.25 mg tablet	1	QL(120 cada 30 días)	ANSIOLÍTICOS		
alprazolam 0.5 mg disintegrating tablet[NP]	*	QL(120 cada 30 días)	ANSIOLÍTICOS		
alprazolam 0.5 mg tablet	1	QL(120 cada 30 días)	ANSIOLÍTICOS		
alprazolam 1 mg disintegrating tablet[NP]	*	QL(120 cada 30 días)	ANSIOLÍTICOS		
alprazolam 1 mg tablet	1	QL(120 cada 30 días)	ANSIOLÍTICOS		
alprazolam 2 mg disintegrating tablet[NP]	*	QL(90 cada 30 días)	ANSIOLÍTICOS		
alprazolam 2 mg tablet	1	QL(150 cada 30 días)	ANSIOLÍTICOS		
alprazolam er 0.5 mg tablet,extended release 24 hr[NP]	*	QL(60 cada 30 días)	ANSIOLÍTICOS		
alprazolam er 1 mg tablet,extended release 24 hr[NP]	*	QL(60 cada 30 días)	ANSIOLÍTICOS		
alprazolam er 2 mg tablet,extended release 24 hr[NP]	*	QL(60 cada 30 días)	ANSIOLÍTICOS		
alprazolam er 3 mg tablet,extended release 24 hr[NP]	*	QL(60 cada 30 días)	ANSIOLÍTICOS		

• NP – no preferido • OTC – sin receta • PA – autorización previa • QL – Límite de cantidad
• ST – Terapia por fases

Nombre del medicamento	Grupo del nivel del medica-mento	Requisitos de manejo de utilización	Nombre de la categoría terapéutica	Edad mínima	Edad máxima
alprazolam intensol 1 mg/ml oral concentrate	1		ANSIOLÍTICOS		
BUCAPSOL 10 MG CAPSULE[NP]	*		ANSIOLÍTICOS		
BUCAPSOL 15 MG CAPSULE[NP]	*		ANSIOLÍTICOS		
BUCAPSOL 5 MG CAPSULE[NP]	*		ANSIOLÍTICOS		
BUCAPSOL 7.5 MG CAPSULE[NP]	*		ANSIOLÍTICOS		
buspirone 10 mg tablet	1		ANSIOLÍTICOS		
buspirone 12.5 mg tablet	1		ANSIOLÍTICOS		
buspirone 15 mg tablet	1		ANSIOLÍTICOS		
buspirone 2.5 mg tablet	1		ANSIOLÍTICOS		
buspirone 30 mg tablet	1		ANSIOLÍTICOS		
buspirone 5 mg tablet	1		ANSIOLÍTICOS		
buspirone 7.5 mg tablet	1		ANSIOLÍTICOS		
chlordiazepoxide 10 mg capsule	1	QL(120 cada 30 dÍas)	ANSIOLÍTICOS		
chlordiazepoxide 25 mg capsule	1	QL(120 cada 30 dÍas)	ANSIOLÍTICOS		
chlordiazepoxide 5 mg capsule	1	QL(120 cada 30 dÍas)	ANSIOLÍTICOS		
clonazepam 0.125 mg disintegrating tablet[NP]	*		ANSIOLÍTICOS		
clonazepam 0.25 mg disintegrating tablet[NP]	*		ANSIOLÍTICOS		
clonazepam 0.25 mg tablet	1		ANSIOLÍTICOS		
clonazepam 0.5 mg disintegrating tablet[NP]	*		ANSIOLÍTICOS		
clonazepam 0.5 mg tablet	1		ANSIOLÍTICOS		
clonazepam 1 mg disintegrating tablet[NP]	*		ANSIOLÍTICOS		
clonazepam 1 mg tablet	1		ANSIOLÍTICOS		
clonazepam 2 mg disintegrating tablet[NP]	*		ANSIOLÍTICOS		
clonazepam 2 mg tablet	1		ANSIOLÍTICOS		
clorazepate dipotassium 15 mg tablet	1		ANSIOLÍTICOS		
clorazepate dipotassium 3.75 mg tablet	1		ANSIOLÍTICOS		
clorazepate dipotassium 7.5 mg tablet	1		ANSIOLÍTICOS		
diazepam 10 mg tablet	1	QL(120 cada 30 dÍas)	ANSIOLÍTICOS		
diazepam 2 mg tablet	1	QL(90 cada 30 dÍas)	ANSIOLÍTICOS		
diazepam 5 mg tablet	1	QL(90 cada 30 dÍas)	ANSIOLÍTICOS		
diazepam 5 mg/5 ml (1 mg/ml) oral solution	1	QL(1200 cada 30 dÍas)	ANSIOLÍTICOS		
diazepam 5 mg/5 ml (1 mg/ml, 5 ml) oral solution	1	QL(1200 cada 30 dÍas)	ANSIOLÍTICOS		
diazepam 5 mg/ml oral concentrate	1	QL(240 cada 30 dÍas)	ANSIOLÍTICOS		
diazepam intensol 5 mg/ml oral concentrate	1	QL(240 cada 30 dÍas)	ANSIOLÍTICOS		
doxepin 10 mg capsule	1		ANSIOLÍTICOS		

• NP – no preferido • OTC – sin receta • PA – autorización previa • QL – Límite de cantidad
• ST – Terapia por fases

Nombre del medicamento	Grupo del nivel del medica-mento	Requisitos de manejo de utilización	Nombre de la categoría terapéutica	Edad mínima	Edad máxima
doxepin 10 mg/ml oral concentrate	1		ANSIOLÍTICOS		
doxepin 100 mg capsule	1		ANSIOLÍTICOS		
doxepin 150 mg capsule	1		ANSIOLÍTICOS		
doxepin 25 mg capsule	1		ANSIOLÍTICOS		
doxepin 50 mg capsule	1		ANSIOLÍTICOS		
doxepin 75 mg capsule	1		ANSIOLÍTICOS		
hydroxyzine hcl 10 mg tablet	1		ANSIOLÍTICOS		
hydroxyzine hcl 10 mg/5 ml oral solution	1		ANSIOLÍTICOS		
hydroxyzine hcl 25 mg tablet	1		ANSIOLÍTICOS		
hydroxyzine hcl 50 mg tablet	1		ANSIOLÍTICOS		
KLONOPIN 0.5 MG TABLET[NP]	*		ANSIOLÍTICOS		
KLONOPIN 1 MG TABLET[NP]	*		ANSIOLÍTICOS		
KLONOPIN 2 MG TABLET[NP]	*		ANSIOLÍTICOS		
lorazepam 0.5 mg tablet	1	QL(90 cada 30 días)	ANSIOLÍTICOS		
lorazepam 1 mg tablet	1	QL(90 cada 30 días)	ANSIOLÍTICOS		
lorazepam 2 mg tablet	1	QL(150 cada 30 días)	ANSIOLÍTICOS		
lorazepam 2 mg/ml oral concentrate	1	QL(150 cada 30 días)	ANSIOLÍTICOS		
lorazepam intensol 2 mg/ml oral concentrate	1	QL(150 cada 30 días)	ANSIOLÍTICOS		
LOREEV XR 1 MG CAPSULE,EXTENDED RELEASE[NP]	*	QL(210 cada 30 días)	ANSIOLÍTICOS		
LOREEV XR 1.5 MG CAPSULE,EXTENDED RELEASE[NP]	*	QL(150 cada 30 días)	ANSIOLÍTICOS		
LOREEV XR 2 MG CAPSULE,EXTENDED RELEASE[NP]	*	QL(150 cada 30 días)	ANSIOLÍTICOS		
LOREEV XR 3 MG CAPSULE,EXTENDED RELEASE[NP]	*	QL(90 cada 30 días)	ANSIOLÍTICOS		
meprobamate 200 mg tablet[NP]	*		ANSIOLÍTICOS		
meprobamate 400 mg tablet[NP]	*		ANSIOLÍTICOS		
oxazepam 10 mg capsule	1		ANSIOLÍTICOS		
oxazepam 15 mg capsule	1		ANSIOLÍTICOS		
oxazepam 30 mg capsule	1		ANSIOLÍTICOS		
XANAX 0.25 MG TABLET[NP]	*	QL(120 cada 30 días)	ANSIOLÍTICOS		
XANAX 0.5 MG TABLET[NP]	*	QL(120 cada 30 días)	ANSIOLÍTICOS		
XANAX 1 MG TABLET[NP]	*	QL(120 cada 30 días)	ANSIOLÍTICOS		
XANAX 2 MG TABLET[NP]	*	QL(150 cada 30 días)	ANSIOLÍTICOS		
XANAX XR 0.5 MG TABLET,EXTENDED RELEASE[NP]	*	QL(60 cada 30 días)	ANSIOLÍTICOS		
XANAX XR 1 MG TABLET,EXTENDED RELEASE[NP]	*	QL(60 cada 30 días)	ANSIOLÍTICOS		
XANAX XR 2 MG TABLET,EXTENDED RELEASE[NP]	*	QL(60 cada 30 días)	ANSIOLÍTICOS		

• NP – no preferido • OTC – sin receta • PA – autorización previa • QL – Límite de cantidad
• ST – Terapia por fases

Nombre del medicamento	Grupo del nivel del medica-mento	Requisitos de manejo de utilización	Nombre de la categoría terapéutica	Edad mínima	Edad máxima
XANAX XR 3 MG TABLET,EXTENDED RELEASE[NP]	*	QL(60 cada 30 días)	ANSIOLÍTICOS		
acetic acid 2 % ear solution	1		ANTIBACTERIANOS		
amoxicillin 125 mg chewable tablet	1		ANTIBACTERIANOS		
amoxicillin 125 mg/5 ml oral suspension	1		ANTIBACTERIANOS		
amoxicillin 200 mg-potassium clavulanate 28.5 mg chewable tablet	1		ANTIBACTERIANOS		
amoxicillin 200 mg-potassium clavulanate 28.5 mg/5 ml oral suspension	1		ANTIBACTERIANOS		
amoxicillin 200 mg/5 ml oral suspension	1		ANTIBACTERIANOS		
amoxicillin 250 mg capsule	1		ANTIBACTERIANOS		
amoxicillin 250 mg chewable tablet	1		ANTIBACTERIANOS		
amoxicillin 250 mg-potassium clavulanate 125 mg tablet	1		ANTIBACTERIANOS		
amoxicillin 250 mg-potassium clavulanate 62.5 mg/5 ml oral suspension	1		ANTIBACTERIANOS		
amoxicillin 250 mg/5 ml oral suspension	1		ANTIBACTERIANOS		
amoxicillin 400 mg-potassium clavulanate 57 mg chewable tablet	1		ANTIBACTERIANOS		
amoxicillin 400 mg-potassium clavulanate 57 mg/5 ml oral suspension	1		ANTIBACTERIANOS		
amoxicillin 400 mg/5 ml oral suspension	1		ANTIBACTERIANOS		
amoxicillin 500 mg capsule	1		ANTIBACTERIANOS		
amoxicillin 500 mg tablet	1		ANTIBACTERIANOS		
amoxicillin 500 mg-potassium clavulanate 125 mg tablet	1		ANTIBACTERIANOS		
amoxicillin 600 mg-potassium clavulanate 42.9 mg/5 ml oral suspension	1		ANTIBACTERIANOS		
amoxicillin 875 mg tablet	1		ANTIBACTERIANOS		
amoxicillin 875 mg-potassium clavulanate 125 mg tablet	1		ANTIBACTERIANOS		
amoxicillin-potassium clavulanate 1,000 mg-62.5 mg tablet,ext.rel 12hr[NP]	*		ANTIBACTERIANOS		
ampicillin 500 mg capsule	1		ANTIBACTERIANOS		
ARIKAYCE 590 MG/8.4 ML SUSPENSION FOR INHALATION VIA NEBULIZATION[NP]	*	QL(235.2 cada 28 días)	ANTIBACTERIANOS		
AUGMENTIN 125 MG-31.25 MG/5 ML ORAL SUSPENSION	1		ANTIBACTERIANOS		
azithromycin 100 mg/5 ml oral suspension	1		ANTIBACTERIANOS		
azithromycin 200 mg/5 ml oral suspension	1		ANTIBACTERIANOS		
azithromycin 250 mg tablet	1		ANTIBACTERIANOS		
azithromycin 500 mg tablet	1		ANTIBACTERIANOS		
azithromycin 600 mg tablet	1	QL(16 cada 60 días)	ANTIBACTERIANOS		
BACTRIM 400 MG-80 MG TABLET[NP]	*		ANTIBACTERIANOS		

• NP – no preferido • OTC – sin receta • PA – autorización previa • QL – Límite de cantidad
• ST – Terapia por fases

Nombre del medicamento	Grupo del nivel del medica-mento	Requisitos de manejo de utilización	Nombre de la categoría terapéutica	Edad mínima	Edad máxima
BACTRIM DS 800 MG-160 MG TABLET[NP]	*		ANTIBACTERIANOS		
BAXDELA 450 MG TABLET[NP]	*	QL(28 cada 14 dÍas)	ANTIBACTERIANOS		
BETHKIS 300 MG/4 ML SOLUTION FOR NEBULIZATION[NP]	*	QL(224 cada 28 dÍas)	ANTIBACTERIANOS		
BLUJEPA 750 MG TABLET[NP]	*		ANTIBACTERIANOS		
cefaclor 125 mg/5 ml oral suspension	1		ANTIBACTERIANOS		
cefaclor 250 mg capsule	1		ANTIBACTERIANOS		
cefaclor 375 mg/5 ml oral suspension	1		ANTIBACTERIANOS		
cefaclor 500 mg capsule	1		ANTIBACTERIANOS		
cefaclor er 500 mg tablet,extended release,12 hr[NP]	*		ANTIBACTERIANOS		
cefadroxil 1 gram tablet	1		ANTIBACTERIANOS		
cefadroxil 250 mg/5 ml oral suspension	1		ANTIBACTERIANOS		
cefadroxil 500 mg capsule	1		ANTIBACTERIANOS		
cefadroxil 500 mg/5 ml oral suspension	1		ANTIBACTERIANOS		
cefdinir 125 mg/5 ml oral suspension	1		ANTIBACTERIANOS		
cefdinir 250 mg/5 ml oral suspension	1		ANTIBACTERIANOS		
cefdinir 300 mg capsule	1		ANTIBACTERIANOS		
cefixime 100 mg/5 ml oral suspension[NP]	*		ANTIBACTERIANOS		
cefixime 200 mg/5 ml oral suspension[NP]	*		ANTIBACTERIANOS		
cefixime 400 mg capsule	1		ANTIBACTERIANOS		
cefixime 400 mg tablet	1		ANTIBACTERIANOS		
cefpodoxime 100 mg tablet	1		ANTIBACTERIANOS		
cefpodoxime 100 mg/5 ml oral suspension	1		ANTIBACTERIANOS		
cefpodoxime 200 mg tablet	1		ANTIBACTERIANOS		
cefpodoxime 50 mg/5 ml oral suspension	1		ANTIBACTERIANOS		
cefprozil 125 mg/5 ml oral suspension	1		ANTIBACTERIANOS		
cefprozil 250 mg tablet[NP]	*		ANTIBACTERIANOS		
cefprozil 250 mg/5 ml oral suspension	1		ANTIBACTERIANOS		
cefprozil 500 mg tablet[NP]	*		ANTIBACTERIANOS		
cefuroxime axetil 250 mg tablet	1		ANTIBACTERIANOS		
cefuroxime axetil 500 mg tablet	1		ANTIBACTERIANOS		
cephalexin 125 mg/5 ml oral suspension	1		ANTIBACTERIANOS		
cephalexin 250 mg capsule	1		ANTIBACTERIANOS		
cephalexin 250 mg tablet	1		ANTIBACTERIANOS		
cephalexin 250 mg/5 ml oral suspension	1		ANTIBACTERIANOS		
cephalexin 500 mg capsule	1		ANTIBACTERIANOS		
cephalexin 500 mg tablet[NP]	*		ANTIBACTERIANOS		
cephalexin 750 mg capsule	1		ANTIBACTERIANOS		
CIPRO 250 MG TABLET[NP]	*		ANTIBACTERIANOS		
CIPRO 250 MG/5 ML ORAL SUSPENSION[NP]	*		ANTIBACTERIANOS		
CIPRO 500 MG TABLET[NP]	*		ANTIBACTERIANOS		
CIPRO 500 MG/5 ML ORAL SUSPENSION[NP]	*		ANTIBACTERIANOS		
ciprofloxacin 250 mg tablet	1		ANTIBACTERIANOS		
ciprofloxacin 500 mg tablet	1		ANTIBACTERIANOS		

• NP – no preferido • OTC – sin receta • PA – autorización previa • QL – Límite de cantidad
• ST – Terapia por fases

Nombre del medicamento	Grupo del nivel del medica-mento	Requisitos de manejo de utilización	Nombre de la categoría terapéutica	Edad mínima	Edad máxima
ciprofloxacin 500 mg/5 ml oral suspension	1		ANTIBACTERIANOS		
ciprofloxacin 750 mg tablet	1		ANTIBACTERIANOS		
clarithromycin 125 mg/5 ml oral suspension	1		ANTIBACTERIANOS		
clarithromycin 250 mg tablet	1		ANTIBACTERIANOS		
clarithromycin 250 mg/5 ml oral suspension	1		ANTIBACTERIANOS		
clarithromycin 500 mg tablet	1		ANTIBACTERIANOS		
clarithromycin er 500 mg tablet,extended release 24 hr	1		ANTIBACTERIANOS		
CLEOCIN 100 MG VAGINAL SUPPOSITORY	1		ANTIBACTERIANOS		
CLEOCIN 2 % VAGINAL CREAM[NP]	*		ANTIBACTERIANOS		
CLEOCIN HCL 150 MG CAPSULE[NP]	*		ANTIBACTERIANOS		
CLEOCIN HCL 300 MG CAPSULE[NP]	*		ANTIBACTERIANOS		
CLEOCIN HCL 75 MG CAPSULE[NP]	*		ANTIBACTERIANOS		
CLEOCIN PEDIATRIC 75 MG/5 ML ORAL SOLUTION[NP]	*		ANTIBACTERIANOS		
clindamycin 2 % vaginal cream	1		ANTIBACTERIANOS		
clindamycin 75 mg/5 ml oral solution	1		ANTIBACTERIANOS		
clindamycin hcl 150 mg capsule	1		ANTIBACTERIANOS		
clindamycin hcl 300 mg capsule	1		ANTIBACTERIANOS		
clindamycin hcl 75 mg capsule	1		ANTIBACTERIANOS		
clindamycin pediatric 75 mg/5 ml oral solution	1		ANTIBACTERIANOS		
CLINDESSE 2 % VAGINAL CREAM,EXTENDED RELEASE[NP]	*		ANTIBACTERIANOS		
demeclocycline 150 mg tablet	1		ANTIBACTERIANOS		
demeclocycline 300 mg tablet	1		ANTIBACTERIANOS		
dicloxacillin 250 mg capsule	1		ANTIBACTERIANOS		
dicloxacillin 500 mg capsule	1		ANTIBACTERIANOS		
DIFICID 200 MG TABLET	1	QL(20 cada 10 dÍas)	ANTIBACTERIANOS		
DIFICID 40 MG/ML ORAL SUSPENSION	1	QL(100 cada 10 dÍas)	ANTIBACTERIANOS		
DORYX MPC 60 MG TABLET,DELAYED RELEASE[NP]	*	QL(60 cada 30 dÍas)	ANTIBACTERIANOS		
doxycycline hyclate 100 mg capsule	1	QL(90 cada 30 dÍas)	ANTIBACTERIANOS		
doxycycline hyclate 100 mg tablet	1		ANTIBACTERIANOS		
doxycycline hyclate 100 mg tablet,delayed release[NP]	*	QL(90 cada 30 dÍas)	ANTIBACTERIANOS		
doxycycline hyclate 150 mg tablet	1	QL(30 cada 30 dÍas)	ANTIBACTERIANOS		
doxycycline hyclate 150 mg tablet,delayed release[NP]	*	QL(60 cada 30 dÍas)	ANTIBACTERIANOS		
doxycycline hyclate 20 mg tablet	1		ANTIBACTERIANOS		
doxycycline hyclate 200 mg tablet,delayed release[NP]	*	QL(30 cada 30 dÍas)	ANTIBACTERIANOS		
doxycycline hyclate 50 mg capsule	1		ANTIBACTERIANOS		

• NP – no preferido • OTC – sin receta • PA – autorización previa • QL – Límite de cantidad
• ST – Terapia por fases

Nombre del medicamento	Grupo del nivel del medica-mento	Requisitos de manejo de utilización	Nombre de la categoría terapéutica	Edad mínima	Edad máxima
doxycycline hyclate 50 mg tablet	1	QL(180 cada 30 días)	ANTIBACTERIANOS		
doxycycline hyclate 50 mg tablet,delayed release[NP]	*	QL(60 cada 30 días)	ANTIBACTERIANOS		
doxycycline hyclate 75 mg capsule[NP]	*	QL(60 cada 30 días)	ANTIBACTERIANOS		
doxycycline hyclate 75 mg tablet	1	QL(60 cada 30 días)	ANTIBACTERIANOS		
doxycycline hyclate 75 mg tablet,delayed release[NP]	*	QL(60 cada 30 días)	ANTIBACTERIANOS		
doxycycline monohydrate 100 mg capsule	1	QL(90 cada 30 días)	ANTIBACTERIANOS		
doxycycline monohydrate 100 mg tablet	1		ANTIBACTERIANOS		
doxycycline monohydrate 150 mg capsule	1	QL(30 cada 30 días)	ANTIBACTERIANOS		
doxycycline monohydrate 150 mg tablet	1		ANTIBACTERIANOS		
doxycycline monohydrate 25 mg/5 ml oral suspension	1		ANTIBACTERIANOS		
doxycycline monohydrate 40 mg capsule,immediate - delay release[NP]	*	QL(30 cada 30 días)	ANTIBACTERIANOS		
doxycycline monohydrate 50 mg capsule	1	QL(60 cada 30 días)	ANTIBACTERIANOS		
doxycycline monohydrate 50 mg tablet	1		ANTIBACTERIANOS		
doxycycline monohydrate 75 mg capsule	1	QL(60 cada 30 días)	ANTIBACTERIANOS		
doxycycline monohydrate 75 mg tablet	1		ANTIBACTERIANOS		
E.E.S. 400 MG TABLET	1		ANTIBACTERIANOS		
E.E.S. GRANULES 200 MG/5 ML ORAL SUSPENSION	1		ANTIBACTERIANOS		
ERY-TAB 250 MG TABLET,DELAYED RELEASE	1		ANTIBACTERIANOS		
ERY-TAB 333 MG TABLET,DELAYED RELEASE	1		ANTIBACTERIANOS		
ERY-TAB 500 MG TABLET,DELAYED RELEASE	1		ANTIBACTERIANOS		
ERYPED 200 200 MG/5 ML ORAL SUSPENSION	1		ANTIBACTERIANOS		
ERYPED 400 MG/5 ML ORAL SUSPENSION	1		ANTIBACTERIANOS		
erythromycin 250 mg capsule,delayed release	1		ANTIBACTERIANOS		
erythromycin 250 mg tablet	1		ANTIBACTERIANOS		
erythromycin 250 mg tablet,delayed release	1		ANTIBACTERIANOS		
erythromycin 333 mg tablet,delayed release	1		ANTIBACTERIANOS		
erythromycin 500 mg tablet	1		ANTIBACTERIANOS		
erythromycin 500 mg tablet,delayed release	1		ANTIBACTERIANOS		
erythromycin ethylsuccinate 200 mg/5 ml oral powder for suspension	1		ANTIBACTERIANOS		

• NP – no preferido • OTC – sin receta • PA – autorización previa • QL – Límite de cantidad
• ST – Terapia por fases

Nombre del medicamento	Grupo del nivel del medica-mento	Requisitos de manejo de utilización	Nombre de la categoría terapéutica	Edad mínima	Edad máxima
erythromycin ethylsuccinate 400 mg tablet	1		ANTIBACTERIANOS		
erythromycin ethylsuccinate 400 mg/5 ml oral powder for suspension	1		ANTIBACTERIANOS		
fidaxomicin 200 mg tablet	1	QL(20 cada 10 dÍas)	ANTIBACTERIANOS		
FIRVANQ 25 MG/ML ORAL SOLUTION[NP]	*		ANTIBACTERIANOS		
FIRVANQ 50 MG/ML ORAL SOLUTION[NP]	*		ANTIBACTERIANOS		
fosfomycin tromethamine 3 gram oral packet	1		ANTIBACTERIANOS		
gentamicin 0.1 % topical cream	1		ANTIBACTERIANOS		
gentamicin 0.1 % topical ointment	1		ANTIBACTERIANOS		
KITABIS PAK 300 MG/5 ML SOLUTION FOR NEBULIZATION	1	QL(280 cada 28 dÍas)	ANTIBACTERIANOS		
levofloxacin 250 mg tablet	1		ANTIBACTERIANOS		
levofloxacin 250 mg/10 ml oral solution	1		ANTIBACTERIANOS		
levofloxacin 500 mg tablet	1		ANTIBACTERIANOS		
levofloxacin 750 mg tablet	1		ANTIBACTERIANOS		
LIKMEZ 500 MG/5 ML ORAL SUSPENSION[NP]	*	QL(1200 cada 30 dÍas)	ANTIBACTERIANOS		
linezolid 100 mg/5 ml oral suspension[NP]	*	QL(1800 cada 30 dÍas)	ANTIBACTERIANOS		
linezolid 600 mg tablet[NP]	*	QL(30 cada 30 dÍas)	ANTIBACTERIANOS		
MACROBID 100 MG CAPSULE[NP]	*		ANTIBACTERIANOS		
mb caps 120 mg-10.8 mg-40.8 mg capsule[NP]	*		ANTIBACTERIANOS		
methenamine 81.6 mg-sod phos 40.8 mg-methylene blue 0.12mg-hyos tablet[NP]	*		ANTIBACTERIANOS		
methenamine hippurate 1 gram tablet	1		ANTIBACTERIANOS		
methenamine mandelate 0.5 gram tablet	1		ANTIBACTERIANOS		
methenamine mandelate 1 gram tablet	1		ANTIBACTERIANOS		
methenamine mandelate 500 mg/5 ml oral solution	1		ANTIBACTERIANOS		
metronidazole 0.75 % (37.5 mg/5 gram) vaginal gel	1		ANTIBACTERIANOS		
metronidazole 0.75 % lotion	1		ANTIBACTERIANOS		
metronidazole 0.75 % topical cream	1		ANTIBACTERIANOS		
metronidazole 0.75 % topical gel	1		ANTIBACTERIANOS		
metronidazole 1 % topical gel	1		ANTIBACTERIANOS		
metronidazole 1 % topical gel with pump	1		ANTIBACTERIANOS		
metronidazole 125 mg tablet[NP]	*		ANTIBACTERIANOS		
metronidazole 250 mg tablet	1		ANTIBACTERIANOS		
metronidazole 375 mg capsule[NP]	*		ANTIBACTERIANOS		
metronidazole 500 mg tablet	1		ANTIBACTERIANOS		
minocycline 100 mg capsule	1		ANTIBACTERIANOS		
minocycline 100 mg tablet	1		ANTIBACTERIANOS		

• NP – no preferido • OTC – sin receta • PA – autorización previa • QL – Límite de cantidad
• ST – Terapia por fases

Nombre del medicamento	Grupo del nivel del medica-mento	Requisitos de manejo de utilización	Nombre de la categoría terapéutica	Edad mínima	Edad máxima
minocycline 50 mg capsule	1		ANTIBACTERIANOS		
minocycline 50 mg tablet	1		ANTIBACTERIANOS		
minocycline 75 mg capsule	1		ANTIBACTERIANOS		
minocycline 75 mg tablet	1		ANTIBACTERIANOS		
minocycline er 105 mg tablet,extended release 24 hr[NP]	*	QL(30 cada 30 días)	ANTIBACTERIANOS		
minocycline er 115 mg tablet,extended release 24 hr[NP]	*	QL(30 cada 30 días)	ANTIBACTERIANOS		
minocycline er 135 mg tablet,extended release 24 hr[NP]	*	QL(30 cada 30 días)	ANTIBACTERIANOS		
minocycline er 45 mg tablet,extended release 24 hr[NP]	*	QL(30 cada 30 días)	ANTIBACTERIANOS		
minocycline er 55 mg tablet,extended release 24 hr[NP]	*	QL(30 cada 30 días)	ANTIBACTERIANOS		
minocycline er 65 mg tablet,extended release 24 hr[NP]	*	QL(30 cada 30 días)	ANTIBACTERIANOS		
minocycline er 80 mg tablet,extended release 24 hr[NP]	*	QL(30 cada 30 días)	ANTIBACTERIANOS		
minocycline er 90 mg tablet,extended release 24 hr[NP]	*	QL(30 cada 30 días)	ANTIBACTERIANOS		
moxifloxacin 400 mg tablet	1		ANTIBACTERIANOS		
neomycin 500 mg tablet	1		ANTIBACTERIANOS		
nitrofurantoin 25 mg/5 ml oral suspension	1	QL(2400 cada 30 días)	ANTIBACTERIANOS		
nitrofurantoin 50 mg/5 ml oral suspension	1	QL(1200 cada 30 días)	ANTIBACTERIANOS		
nitrofurantoin macrocrystal 100 mg capsule	1		ANTIBACTERIANOS		
nitrofurantoin macrocrystal 25 mg capsule	1		ANTIBACTERIANOS		
nitrofurantoin macrocrystal 50 mg capsule	1		ANTIBACTERIANOS		
nitrofurantoin monohydrate/macrocrystals 100 mg capsule	1		ANTIBACTERIANOS		
NUVESSA 1.3 % (65 MG/5 GRAM) VAGINAL GEL[NP]	*		ANTIBACTERIANOS		
NUZOLVENCE 3 GRAM ORAL GRANULES IN PACKET[NP]	*		ANTIBACTERIANOS		
NUZYRA 150 MG TABLET[NP]	*	QL(30 cada 14 días)	ANTIBACTERIANOS		
ofloxacin 300 mg tablet[NP]	*		ANTIBACTERIANOS		
ofloxacin 400 mg tablet[NP]	*		ANTIBACTERIANOS		
ORACEA 40 MG CAPSULE,IMMEDIATE - DELAY RELEASE[NP]	*	QL(30 cada 30 días)	ANTIBACTERIANOS		
ORLYNVAH 500 MG-500 MG TABLET[NP]	*		ANTIBACTERIANOS		
penicillin v potassium 125 mg/5 ml oral solution	1		ANTIBACTERIANOS		
penicillin v potassium 250 mg tablet	1		ANTIBACTERIANOS		

• NP – no preferido • OTC – sin receta • PA – autorización previa • QL – Límite de cantidad
• ST – Terapia por fases

Nombre del medicamento	Grupo del nivel del medica-mento	Requisitos de manejo de utilización	Nombre de la categoría terapéutica	Edad mínima	Edad máxima
penicillin v potassium 250 mg/5 ml oral solution	1		ANTIBACTERIANOS		
penicillin v potassium 500 mg tablet	1		ANTIBACTERIANOS		
PIVYA 185 MG TABLET[NP]	*		ANTIBACTERIANOS		
ROSADAN 0.75 % TOP,CLEANSER AND CREAM KIT[NP]	*		ANTIBACTERIANOS		
ROSADAN 0.75 % TOPICAL CLEANSER AND GEL KIT[NP]	*		ANTIBACTERIANOS		
rosadan 0.75 % topical cream	1		ANTIBACTERIANOS		
rosadan 0.75 % topical gel	1		ANTIBACTERIANOS		
silver nitrate 0.5 % topical solution[NP]	*		ANTIBACTERIANOS		
SIVEXTRO 200 MG TABLET[NP]	*	QL(6 cada 28 dÍas)	ANTIBACTERIANOS		
SOLOSEC 2 GRAM ORAL DR GRANULES IN PACKET[NP]	*		ANTIBACTERIANOS		
sulfacetamide sodium (acne) 10 % lotion (suspension)[NP]	*		ANTIBACTERIANOS		
sulfadiazine 500 mg tablet	1		ANTIBACTERIANOS		
sulfamethoxazole 200 mg-trimethoprim 40 mg/5 ml oral suspension	1		ANTIBACTERIANOS		
sulfamethoxazole 400 mg-trimethoprim 80 mg tablet	1		ANTIBACTERIANOS		
sulfamethoxazole 800 mg-trimethoprim 160 mg tablet	1		ANTIBACTERIANOS		
SULFATRIM 200 MG-40 MG/5 ML ORAL SUSPENSION	1		ANTIBACTERIANOS		
tetracycline 250 mg capsule	1		ANTIBACTERIANOS		
tetracycline 250 mg tablet	1		ANTIBACTERIANOS		
tetracycline 500 mg capsule	1		ANTIBACTERIANOS		
tetracycline 500 mg tablet	1		ANTIBACTERIANOS		
tinidazole 250 mg tablet[NP]	*		ANTIBACTERIANOS		
tinidazole 500 mg tablet[NP]	*		ANTIBACTERIANOS		
TOBI 300 MG/5 ML SOLUTION FOR NEBULIZATION[NP]	*	QL(280 cada 28 dÍas)	ANTIBACTERIANOS		
tobramycin 300 mg/4 ml solution for nebulization[NP]	*	QL(224 cada 28 dÍas)	ANTIBACTERIANOS		
tobramycin 300 mg/5 ml in 0.225 % sodium chloride for nebulization[NP]	*	QL(280 cada 28 dÍas)	ANTIBACTERIANOS		
tobramycin with nebulizer 300 mg/5 ml solution for nebulization[NP]	*	QL(280 cada 28 dÍas)	ANTIBACTERIANOS		
trimethoprim 100 mg tablet	1		ANTIBACTERIANOS		
TRIMO-SAN JELLY 0.025 %-0.01 % VAGINAL[NP]	*		ANTIBACTERIANOS		
urimar-t 120 mg-10.8 mg-40.8 mg capsule[NP]	*		ANTIBACTERIANOS		
uro-mp 118 mg-10 mg-40.8 mg-36 mg capsule[NP]	*		ANTIBACTERIANOS		
UROGESIC-BLUE 81.6 MG-40.8 MG-0.12 MG TABLET[NP]	*		ANTIBACTERIANOS		

• NP – no preferido • OTC – sin receta • PA – autorización previa • QL – Límite de cantidad
• ST – Terapia por fases

Nombre del medicamento	Grupo del nivel del medica-mento	Requisitos de manejo de utilización	Nombre de la categoría terapéutica	Edad mínima	Edad máxima
VANCOCIN 125 MG CAPSULE[NP]	*	QL(120 cada 30 días)	ANTIBACTERIANOS		
VANCOCIN 250 MG CAPSULE[NP]	*	QL(240 cada 30 días)	ANTIBACTERIANOS		
vancomycin 125 mg capsule	1	QL(120 cada 30 días)	ANTIBACTERIANOS		
vancomycin 25 mg/ml oral solution	1		ANTIBACTERIANOS		
vancomycin 250 mg capsule	1	QL(240 cada 30 días)	ANTIBACTERIANOS		
vancomycin 50 mg/ml oral solution	1		ANTIBACTERIANOS		
VANDAZOLE 0.75 % (37.5 MG/5 GRAM) VAGINAL GEL[NP]	*		ANTIBACTERIANOS		
XACIATO 2 % VAGINAL GEL[NP]	*		ANTIBACTERIANOS		
ZITHROMAX 200 MG/5 ML ORAL SUSPENSION[NP]	*		ANTIBACTERIANOS		
ZITHROMAX 250 MG TABLET[NP]	*		ANTIBACTERIANOS		
ZITHROMAX 500 MG TABLET[NP]	*		ANTIBACTERIANOS		
ZITHROMAX TRI-PAK 500 MG TABLET[NP]	*		ANTIBACTERIANOS		
ZITHROMAX Z-PAK 250 MG TABLET[NP]	*		ANTIBACTERIANOS		
ZYVOX 100 MG/5 ML ORAL SUSPENSION[NP]	*	QL(1800 cada 30 días)	ANTIBACTERIANOS	8	
ZYVOX 600 MG TABLET[NP]	*	QL(30 cada 30 días)	ANTIBACTERIANOS		
APTIOM 200 MG TABLET[NP]	*	QL(30 cada 30 días)	ANTICONVULSIVOS	8	
APTIOM 400 MG TABLET[NP]	*	QL(30 cada 30 días)	ANTICONVULSIVOS		
APTIOM 600 MG TABLET[NP]	*	QL(60 cada 30 días)	ANTICONVULSIVOS	8	
APTIOM 800 MG TABLET[NP]	*	QL(60 cada 30 días)	ANTICONVULSIVOS		
BANZEL 200 MG TABLET[NP]	*	QL(480 cada 30 días)	ANTICONVULSIVOS		
BANZEL 40 MG/ML ORAL SUSPENSION[NP]	*	QL(2760 cada 30 días)	ANTICONVULSIVOS	8	
BANZEL 400 MG TABLET[NP]	*	QL(240 cada 30 días)	ANTICONVULSIVOS		
brivaracetam 10 mg tablet[NP]	*	QL(60 cada 30 días)	ANTICONVULSIVOS		
brivaracetam 10 mg/ml oral solution[NP]	*	QL(600 cada 30 días)	ANTICONVULSIVOS		
brivaracetam 100 mg tablet[NP]	*	QL(60 cada 30 días)	ANTICONVULSIVOS		
brivaracetam 25 mg tablet[NP]	*	QL(60 cada 30 días)	ANTICONVULSIVOS		
brivaracetam 50 mg tablet[NP]	*	QL(60 cada 30 días)	ANTICONVULSIVOS		
brivaracetam 75 mg tablet[NP]	*	QL(60 cada 30 días)	ANTICONVULSIVOS		
BRIVIACT 10 MG TABLET[NP]	*	QL(60 cada 30 días)	ANTICONVULSIVOS		

• NP – no preferido • OTC – sin receta • PA – autorización previa • QL – Límite de cantidad
• ST – Terapia por fases

Nombre del medicamento	Grupo del nivel del medica-mento	Requisitos de manejo de utilización	Nombre de la categoría terapéutica	Edad mínima	Edad máxima
BRIVIACT 10 MG/ML ORAL SOLUTION[NP]	*	QL(600 cada 30 días)	ANTICONVULSIVOS		
BRIVIACT 100 MG TABLET[NP]	*	QL(60 cada 30 días)	ANTICONVULSIVOS		
BRIVIACT 25 MG TABLET[NP]	*	QL(60 cada 30 días)	ANTICONVULSIVOS		
BRIVIACT 50 MG TABLET[NP]	*	QL(60 cada 30 días)	ANTICONVULSIVOS		
BRIVIACT 75 MG TABLET[NP]	*	QL(60 cada 30 días)	ANTICONVULSIVOS		
carbamazepine 100 mg chewable tablet	1		ANTICONVULSIVOS		
carbamazepine 100 mg/5 ml (5 ml) oral suspension	1		ANTICONVULSIVOS		
carbamazepine 100 mg/5 ml oral suspension	1		ANTICONVULSIVOS		
carbamazepine 200 mg chewable tablet	1		ANTICONVULSIVOS		
carbamazepine 200 mg tablet	1		ANTICONVULSIVOS		
carbamazepine 200 mg/10 ml oral suspension	1		ANTICONVULSIVOS		
carbamazepine er 100 mg capsule,extended release mphase12hr[NP]	*		ANTICONVULSIVOS		
carbamazepine er 100 mg tablet,extended release,12 hr	1	QL(120 cada 30 días)	ANTICONVULSIVOS		
carbamazepine er 200 mg capsule,extended release mphase12hr[NP]	*		ANTICONVULSIVOS		
carbamazepine er 200 mg tablet,extended release,12 hr	1	QL(120 cada 30 días)	ANTICONVULSIVOS		
carbamazepine er 300 mg capsule,extended release mphase12hr[NP]	*		ANTICONVULSIVOS		
carbamazepine er 400 mg tablet,extended release,12 hr	1	QL(120 cada 30 días)	ANTICONVULSIVOS	18	
CARBATROL 100 MG CAPSULE, EXTENDED RELEASE[NP]	*		ANTICONVULSIVOS		
CARBATROL 200 MG CAPSULE, EXTENDED RELEASE[NP]	*		ANTICONVULSIVOS		
CARBATROL 300 MG CAPSULE, EXTENDED RELEASE[NP]	*		ANTICONVULSIVOS		
CELONTIN 300 MG CAPSULE[NP]	*		ANTICONVULSIVOS		
clobazam 10 mg tablet[NP]	*	QL(60 cada 30 días)	ANTICONVULSIVOS		
clobazam 2.5 mg/ml oral suspension[NP]	*	QL(480 cada 30 días)	ANTICONVULSIVOS		
clobazam 20 mg tablet[NP]	*	QL(60 cada 30 días)	ANTICONVULSIVOS		
DEPAKOTE 125 MG TABLET,DELAYED RELEASE[NP]	*		ANTICONVULSIVOS		
DEPAKOTE 250 MG TABLET,DELAYED RELEASE[NP]	*		ANTICONVULSIVOS		
DEPAKOTE 500 MG TABLET,DELAYED RELEASE[NP]	*		ANTICONVULSIVOS		

• NP – no preferido • OTC – sin receta • PA – autorización previa • QL – Límite de cantidad
• ST – Terapia por fases

Nombre del medicamento	Grupo del nivel del medica-mento	Requisitos de manejo de utilización	Nombre de la categoría terapéutica	Edad mínima	Edad máxima
DEPAKOTE ER 500 MG TABLET,EXTENDED RELEASE[NP]	*		ANTICONVULSIVOS		
DEPAKOTE SPRINKLES 125 MG CAPSULE,DELAYED RELEASE[NP]	*		ANTICONVULSIVOS		
DIACOMIT 250 MG CAPSULE[NP]	*	QL(180 cada 30 días)	ANTICONVULSIVOS		
DIACOMIT 250 MG ORAL POWDER PACKET[NP]	*	QL(180 cada 30 días)	ANTICONVULSIVOS		
DIACOMIT 500 MG CAPSULE[NP]	*	QL(180 cada 30 días)	ANTICONVULSIVOS		
DIACOMIT 500 MG ORAL POWDER PACKET[NP]	*	QL(180 cada 30 días)	ANTICONVULSIVOS		
diazepam 12.5 mg-15 mg-17.5 mg-20 mg rectal kit	1		ANTICONVULSIVOS		
diazepam 2.5 mg rectal kit	1		ANTICONVULSIVOS		
diazepam 5 mg-7.5 mg-10 mg rectal kit	1		ANTICONVULSIVOS		
DILANTIN 30 MG CAPSULE[NP]	*		ANTICONVULSIVOS		
DILANTIN EXTENDED 100 MG CAPSULE[NP]	*		ANTICONVULSIVOS		
DILANTIN INFATABS 50 MG CHEWABLE TABLET[NP]	*		ANTICONVULSIVOS		
DILANTIN-125 125 MG/5 ML ORAL SUSPENSION[NP]	*		ANTICONVULSIVOS		
divalproex 125 mg capsule,delayed release sprinkle	1		ANTICONVULSIVOS		
divalproex 125 mg tablet,delayed release	1		ANTICONVULSIVOS		
divalproex 250 mg tablet,delayed release	1		ANTICONVULSIVOS		
divalproex 500 mg tablet,delayed release	1		ANTICONVULSIVOS		
divalproex er 250 mg tablet,extended release 24 hr	1		ANTICONVULSIVOS		
divalproex er 500 mg tablet,extended release 24 hr	1		ANTICONVULSIVOS		
ELEPSIA XR 1,000 MG TABLET,EXTENDED RELEASE[NP]	*	QL(60 cada 30 días)	ANTICONVULSIVOS		
ELEPSIA XR 1,500 MG TABLET,EXTENDED RELEASE[NP]	*	QL(60 cada 30 días)	ANTICONVULSIVOS		
EPIDIOLEX 100 MG/ML ORAL SOLUTION[NP]	*		ANTICONVULSIVOS		
EPRONTIA 25 MG/ML ORAL SOLUTION[NP]	*	QL(480 cada 30 días)	ANTICONVULSIVOS		
EQUETRO 100 MG CAPSULE, EXTENDED RELEASE[NP]	*		ANTICONVULSIVOS		
EQUETRO 200 MG CAPSULE, EXTENDED RELEASE[NP]	*		ANTICONVULSIVOS		
EQUETRO 300 MG CAPSULE, EXTENDED RELEASE[NP]	*		ANTICONVULSIVOS		
eslicarbazepine 200 mg tablet[NP]	*	QL(30 cada 30 días)	ANTICONVULSIVOS		
eslicarbazepine 400 mg tablet[NP]	*	QL(30 cada 30 días)	ANTICONVULSIVOS		

• NP – no preferido • OTC – sin receta • PA – autorización previa • QL – Límite de cantidad
• ST – Terapia por fases

Nombre del medicamento	Grupo del nivel del medica-mento	Requisitos de manejo de utilización	Nombre de la categoría terapéutica	Edad mínima	Edad máxima
eslicarbazepine 600 mg tablet[NP]	*	QL(60 cada 30 días)	ANTICONVULSIVOS		
eslicarbazepine 800 mg tablet[NP]	*	QL(60 cada 30 días)	ANTICONVULSIVOS		
ethosuximide 250 mg capsule	1		ANTICONVULSIVOS		
ethosuximide 250 mg/5 ml oral solution	1		ANTICONVULSIVOS		
felbamate 400 mg tablet[NP]	*		ANTICONVULSIVOS		
felbamate 600 mg tablet[NP]	*		ANTICONVULSIVOS		
felbamate 600 mg/5 ml oral suspension[NP]	*		ANTICONVULSIVOS		
FELBATOL 400 MG TABLET[NP]	*		ANTICONVULSIVOS		
FELBATOL 600 MG TABLET[NP]	*		ANTICONVULSIVOS		
FINTEPLA 2.2 MG/ML ORAL SOLUTION[NP]	*	QL(360 cada 30 días)	ANTICONVULSIVOS		
FYCOMPA 0.5 MG/ML ORAL SUSPENSION[NP]	*	QL(680 cada 28 días)	ANTICONVULSIVOS		
FYCOMPA 10 MG TABLET[NP]	*	QL(30 cada 30 días)	ANTICONVULSIVOS		
FYCOMPA 12 MG TABLET[NP]	*	QL(30 cada 30 días)	ANTICONVULSIVOS		
FYCOMPA 2 MG TABLET[NP]	*	QL(30 cada 30 días)	ANTICONVULSIVOS		
FYCOMPA 4 MG TABLET[NP]	*	QL(30 cada 30 días)	ANTICONVULSIVOS		
FYCOMPA 6 MG TABLET[NP]	*	QL(30 cada 30 días)	ANTICONVULSIVOS		
FYCOMPA 8 MG TABLET[NP]	*	QL(30 cada 30 días)	ANTICONVULSIVOS		
gabapentin 100 mg capsule	1	QL(270 cada 30 días)	ANTICONVULSIVOS		
gabapentin 200 mg capsule[NP]	*	QL(270 cada 30 días)	ANTICONVULSIVOS		
gabapentin 250 mg/5 ml (5 ml) oral solution	1	QL(2250 cada 30 días)	ANTICONVULSIVOS		
gabapentin 250 mg/5 ml oral solution	1	QL(2250 cada 30 días)	ANTICONVULSIVOS		
gabapentin 300 mg capsule	1	QL(270 cada 30 días)	ANTICONVULSIVOS		
gabapentin 300 mg/6 ml (6 ml) oral solution	1	QL(2250 cada 30 días)	ANTICONVULSIVOS		
gabapentin 400 mg capsule	1	QL(270 cada 30 días)	ANTICONVULSIVOS		
gabapentin 600 mg tablet	1	QL(180 cada 30 días)	ANTICONVULSIVOS		
gabapentin 800 mg tablet	1	QL(180 cada 30 días)	ANTICONVULSIVOS		
GABARONE 100 MG TABLET[NP]	*	QL(270 cada 30 días)	ANTICONVULSIVOS		
GABARONE 400 MG TABLET[NP]	*	QL(270 cada 30 días)	ANTICONVULSIVOS		
KEPPRA 1,000 MG TABLET[NP]	*		ANTICONVULSIVOS		

• NP – no preferido • OTC – sin receta • PA – autorización previa • QL – Límite de cantidad
• ST – Terapia por fases

Nombre del medicamento	Grupo del nivel del medica-mento	Requisitos de manejo de utilización	Nombre de la categoría terapéutica	Edad mínima	Edad máxima
KEPPRA 100 MG/ML ORAL SOLUTION[NP]	*	QL(900 cada 30 dÍas)	ANTICONVULSIVOS		
KEPPRA 250 MG TABLET[NP]	*		ANTICONVULSIVOS		
KEPPRA 500 MG TABLET[NP]	*		ANTICONVULSIVOS		
KEPPRA 750 MG TABLET[NP]	*		ANTICONVULSIVOS		
KEPPRA XR 500 MG TABLET,EXTENDED RELEASE[NP]	*		ANTICONVULSIVOS		
KEPPRA XR 750 MG TABLET,EXTENDED RELEASE[NP]	*		ANTICONVULSIVOS		
lacosamide 10 mg/ml oral solution[NP]	*	QL(1395 cada 30 dÍas)	ANTICONVULSIVOS		
lacosamide 100 mg tablet[NP]	*		ANTICONVULSIVOS		
lacosamide 150 mg tablet[NP]	*		ANTICONVULSIVOS		
lacosamide 200 mg tablet[NP]	*		ANTICONVULSIVOS		
lacosamide 50 mg tablet[NP]	*		ANTICONVULSIVOS		
LAMICTAL 100 MG TABLET[NP]	*		ANTICONVULSIVOS		
LAMICTAL 150 MG TABLET[NP]	*		ANTICONVULSIVOS		
LAMICTAL 200 MG TABLET[NP]	*		ANTICONVULSIVOS		
LAMICTAL 25 MG CHEWABLE DISPERSIBLE TABLET[NP]	*	QL(120 cada 30 dÍas)	ANTICONVULSIVOS		
LAMICTAL 25 MG TABLET[NP]	*		ANTICONVULSIVOS		
LAMICTAL 5 MG CHEWABLE DISPERSIBLE TABLET[NP]	*	QL(150 cada 30 dÍas)	ANTICONVULSIVOS		
LAMICTAL ODT 100 MG DISINTEGRATING TABLET[NP]	*		ANTICONVULSIVOS		
LAMICTAL ODT 200 MG DISINTEGRATING TABLET[NP]	*		ANTICONVULSIVOS		
LAMICTAL ODT 25 MG DISINTEGRATING TABLET[NP]	*		ANTICONVULSIVOS		
LAMICTAL ODT 50 MG DISINTEGRATING TABLET[NP]	*		ANTICONVULSIVOS		
LAMICTAL ODT STARTER (BLUE) 25 MG (21)-50 MG (7) TABLET,DISINTEGRATING[NP]	*		ANTICONVULSIVOS		
LAMICTAL ODT STARTER (GREEN) 50 MG (42)-100 MG (14) TABLET,DISINTEGRAT[NP]	*		ANTICONVULSIVOS		
LAMICTAL ODT STARTER(ORANGE) 25 MG(14)-50 MG(14)-100 MG(7) TAB,DISINT[NP]	*		ANTICONVULSIVOS		
LAMICTAL STARTER (BLUE) KIT 25 MG (35) TABLETS IN A DOSE PACK[NP]	*		ANTICONVULSIVOS		
LAMICTAL STARTER (GREEN) KIT 25 MG (84)-100 MG (14) TABLETS, DOSE PACK[NP]	*		ANTICONVULSIVOS		
LAMICTAL STARTER (ORANGE) KIT 25 MG (42)-100 MG (7) TABLETS, DOSE PACK[NP]	*		ANTICONVULSIVOS		
LAMICTAL XR 100 MG TABLET,EXTENDED RELEASE[NP]	*		ANTICONVULSIVOS		
LAMICTAL XR 200 MG TABLET,EXTENDED RELEASE[NP]	*		ANTICONVULSIVOS		

• NP – no preferido • OTC – sin receta • PA – autorización previa • QL – Límite de cantidad
• ST – Terapia por fases

Nombre del medicamento	Grupo del nivel del medica-mento	Requisitos de manejo de utilización	Nombre de la categoría terapéutica	Edad mínima	Edad máxima
LAMICTAL XR 25 MG TABLET,EXTENDED RELEASE[NP]	*		ANTICONVULSIVOS		
LAMICTAL XR 250 MG TABLET,EXTENDED RELEASE[NP]	*		ANTICONVULSIVOS		
LAMICTAL XR 300 MG TABLET,EXTENDED RELEASE[NP]	*		ANTICONVULSIVOS		
LAMICTAL XR 50 MG TABLET,EXTENDED RELEASE[NP]	*		ANTICONVULSIVOS		
LAMICTAL XR STARTER (BLUE) 25 MG (21)-50 MG (7) TABLET,EXTEND RELEASE[NP]	*		ANTICONVULSIVOS		
LAMICTAL XR STARTER (GREEN) 50 MG(14)-100 MG(14)-200 MG(7) TAB,EXT.REL[NP]	*		ANTICONVULSIVOS		
LAMICTAL XR STARTER (ORANGE) 25 MG(14)-50 MG(14)-100 MG(7) TAB,EXT.REL[NP]	*		ANTICONVULSIVOS		
lamotrigine 100 mg disintegrating tablet[NP]	*		ANTICONVULSIVOS		
lamotrigine 100 mg tablet	1		ANTICONVULSIVOS		
lamotrigine 150 mg tablet	1		ANTICONVULSIVOS		
lamotrigine 200 mg disintegrating tablet[NP]	*		ANTICONVULSIVOS		
lamotrigine 200 mg tablet	1		ANTICONVULSIVOS		
lamotrigine 25 mg (21)-50 mg (7) tablet,disintegrating, pack[NP]	*		ANTICONVULSIVOS		
lamotrigine 25 mg (35) tablets in a dose pack[NP]	*		ANTICONVULSIVOS		
lamotrigine 25 mg (42)-100 mg (7) tablets in a dose pack[NP]	*		ANTICONVULSIVOS		
lamotrigine 25 mg (84)-100 mg (14) tablets in a dose pack[NP]	*		ANTICONVULSIVOS		
lamotrigine 25 mg chewable dispersible tablet	1	QL(120 cada 30 dÍas)	ANTICONVULSIVOS		
lamotrigine 25 mg disintegrating tablet[NP]	*		ANTICONVULSIVOS		
lamotrigine 25 mg tablet	1		ANTICONVULSIVOS		
lamotrigine 25 mg(14)-50 mg(14)-100 mg(7) tablet,disintegrating, pack[NP]	*		ANTICONVULSIVOS		
lamotrigine 5 mg chewable dispersible tablet	1	QL(150 cada 30 dÍas)	ANTICONVULSIVOS		
lamotrigine 50 mg (42)-100 mg (14) tablet,disintegrating, pack[NP]	*		ANTICONVULSIVOS		
lamotrigine 50 mg disintegrating tablet[NP]	*		ANTICONVULSIVOS		
lamotrigine er 100 mg tablet,extended release 24 hr[NP]	*		ANTICONVULSIVOS		
lamotrigine er 200 mg tablet,extended release 24 hr[NP]	*		ANTICONVULSIVOS		
lamotrigine er 25 mg tablet,extended release 24 hr[NP]	*		ANTICONVULSIVOS		
lamotrigine er 250 mg tablet,extended release 24 hr[NP]	*		ANTICONVULSIVOS		

• NP – no preferido • OTC – sin receta • PA – autorización previa • QL – Límite de cantidad
• ST – Terapia por fases

Nombre del medicamento	Grupo del nivel del medica-mento	Requisitos de manejo de utilización	Nombre de la categoría terapéutica	Edad mínima	Edad máxima
lamotrigine er 300 mg tablet,extended release 24 hr[NP]	*		ANTICONVULSIVOS		
lamotrigine er 50 mg tablet,extended release 24 hr[NP]	*		ANTICONVULSIVOS		
levetiracetam 1,000 mg tablet	1		ANTICONVULSIVOS		
levetiracetam 100 mg/ml oral solution	1	QL(900 cada 30 días)	ANTICONVULSIVOS		
levetiracetam 250 mg tablet	1		ANTICONVULSIVOS		
levetiracetam 250 mg tablet for oral suspension[NP]	*	QL(360 cada 30 días)	ANTICONVULSIVOS		
levetiracetam 500 mg tablet	1		ANTICONVULSIVOS		
levetiracetam 500 mg tablet for oral suspension[NP]	*	QL(180 cada 30 días)	ANTICONVULSIVOS		
levetiracetam 500 mg/5 ml (5 ml) oral solution	1	QL(900 cada 30 días)	ANTICONVULSIVOS		
levetiracetam 750 mg tablet	1		ANTICONVULSIVOS		
levetiracetam er 500 mg tablet,extended release 24 hr	1		ANTICONVULSIVOS		
levetiracetam er 750 mg tablet,extended release 24 hr	1		ANTICONVULSIVOS		
methsuximide 300 mg capsule[NP]	*		ANTICONVULSIVOS		
MOTPOLY XR 100 MG CAPSULE,EXTENDED RELEASE[NP]	*	QL(60 cada 30 días)	ANTICONVULSIVOS		
MOTPOLY XR 150 MG CAPSULE,EXTENDED RELEASE[NP]	*	QL(60 cada 30 días)	ANTICONVULSIVOS		
MOTPOLY XR 200 MG CAPSULE,EXTENDED RELEASE[NP]	*	QL(60 cada 30 días)	ANTICONVULSIVOS		
NAYZILAM 5 MG/SPRAY (0.1 ML) NASAL SPRAY[NP]	*	QL(10 cada 30 días)	ANTICONVULSIVOS		
NEURONTIN 100 MG CAPSULE[NP]	*	QL(270 cada 30 días)	ANTICONVULSIVOS		
NEURONTIN 250 MG/5 ML ORAL SOLUTION[NP]	*	QL(2250 cada 30 días)	ANTICONVULSIVOS		
NEURONTIN 300 MG CAPSULE[NP]	*	QL(270 cada 30 días)	ANTICONVULSIVOS		
NEURONTIN 400 MG CAPSULE[NP]	*	QL(270 cada 30 días)	ANTICONVULSIVOS		
NEURONTIN 600 MG TABLET[NP]	*	QL(180 cada 30 días)	ANTICONVULSIVOS		
NEURONTIN 800 MG TABLET[NP]	*	QL(180 cada 30 días)	ANTICONVULSIVOS		
ONFI 10 MG TABLET[NP]	*	QL(60 cada 30 días)	ANTICONVULSIVOS		
ONFI 2.5 MG/ML ORAL SUSPENSION[NP]	*	QL(480 cada 30 días)	ANTICONVULSIVOS		
ONFI 20 MG TABLET[NP]	*	QL(60 cada 30 días)	ANTICONVULSIVOS		
oxcarbazepine 150 mg tablet	1		ANTICONVULSIVOS		
oxcarbazepine 300 mg tablet	1		ANTICONVULSIVOS		
oxcarbazepine 300 mg/5 ml (60 mg/ml) oral suspension	1		ANTICONVULSIVOS		

• NP – no preferido • OTC – sin receta • PA – autorización previa • QL – Límite de cantidad
• ST – Terapia por fases

Nombre del medicamento	Grupo del nivel del medica-mento	Requisitos de manejo de utilización	Nombre de la categoría terapéutica	Edad mínima	Edad máxima
oxcarbazepine 600 mg tablet	1		ANTICONVULSIVOS		
oxcarbazepine er 150 mg tablet,extended release 24 hr	1	QL(60 cada 30 días)	ANTICONVULSIVOS		
oxcarbazepine er 300 mg tablet,extended release 24 hr	1	QL(90 cada 30 días)	ANTICONVULSIVOS		
oxcarbazepine er 600 mg tablet,extended release 24 hr	1	QL(120 cada 30 días)	ANTICONVULSIVOS		
OXTELLAR XR 150 MG TABLET,EXTENDED RELEASE[NP]	*	QL(60 cada 30 días)	ANTICONVULSIVOS		
OXTELLAR XR 300 MG TABLET,EXTENDED RELEASE[NP]	*	QL(90 cada 30 días)	ANTICONVULSIVOS		
OXTELLAR XR 600 MG TABLET,EXTENDED RELEASE[NP]	*	QL(120 cada 30 días)	ANTICONVULSIVOS		
perampanel 0.5 mg/ml oral suspension[NP]	*	QL(680 cada 28 días)	ANTICONVULSIVOS		
perampanel 10 mg tablet[NP]	*	QL(30 cada 30 días)	ANTICONVULSIVOS		
perampanel 12 mg tablet[NP]	*	QL(30 cada 30 días)	ANTICONVULSIVOS		
perampanel 2 mg tablet[NP]	*	QL(30 cada 30 días)	ANTICONVULSIVOS		
perampanel 4 mg tablet[NP]	*	QL(30 cada 30 días)	ANTICONVULSIVOS		
perampanel 6 mg tablet[NP]	*	QL(30 cada 30 días)	ANTICONVULSIVOS		
perampanel 8 mg tablet[NP]	*	QL(30 cada 30 días)	ANTICONVULSIVOS		
phenobarbital 100 mg tablet	1	QL(90 cada 30 días)	ANTICONVULSIVOS		
phenobarbital 15 mg tablet	1	QL(120 cada 30 días)	ANTICONVULSIVOS		
phenobarbital 16.2 mg tablet	1	QL(90 cada 30 días)	ANTICONVULSIVOS		
phenobarbital 20 mg/5 ml (4 mg/ml) oral elixir	1	QL(1500 cada 30 días)	ANTICONVULSIVOS		
phenobarbital 30 mg tablet	1	QL(300 cada 30 días)	ANTICONVULSIVOS		
phenobarbital 32.4 mg tablet	1	QL(90 cada 30 días)	ANTICONVULSIVOS		
phenobarbital 60 mg tablet	1	QL(120 cada 30 días)	ANTICONVULSIVOS		
phenobarbital 64.8 mg tablet	1	QL(90 cada 30 días)	ANTICONVULSIVOS		
phenobarbital 97.2 mg tablet	1	QL(90 cada 30 días)	ANTICONVULSIVOS		
PHENYTEK 200 MG CAPSULE	1		ANTICONVULSIVOS		
PHENYTEK 300 MG CAPSULE	1		ANTICONVULSIVOS		
phenytoin 125 mg/5 ml oral suspension	1		ANTICONVULSIVOS		
phenytoin 50 mg chewable tablet	1		ANTICONVULSIVOS		
phenytoin sodium extended 100 mg capsule	1		ANTICONVULSIVOS		

• NP – no preferido • OTC – sin receta • PA – autorización previa • QL – Límite de cantidad
• ST – Terapia por fases

Nombre del medicamento	Grupo del nivel del medica-mento	Requisitos de manejo de utilización	Nombre de la categoría terapéutica	Edad mínima	Edad máxima
primidone 125 mg tablet	1		ANTICONVULSIVOS		
primidone 250 mg tablet	1		ANTICONVULSIVOS		
primidone 50 mg tablet	1		ANTICONVULSIVOS		
RELGAABI 200 MG CAPSULE[NP]	*	QL(270 cada 30 días)	ANTICONVULSIVOS		
relgaabi 300 mg capsule	1	QL(270 cada 30 días)	ANTICONVULSIVOS		
relgaabi 400 mg capsule	1	QL(270 cada 30 días)	ANTICONVULSIVOS		
roweepra 500 mg tablet	1		ANTICONVULSIVOS		
rufinamide 200 mg tablet[NP]	*	QL(480 cada 30 días)	ANTICONVULSIVOS		
rufinamide 40 mg/ml oral suspension[NP]	*	QL(2760 cada 30 días)	ANTICONVULSIVOS		
rufinamide 400 mg tablet[NP]	*	QL(240 cada 30 días)	ANTICONVULSIVOS		
SABRIL 500 MG ORAL POWDER PACKET[NP]	*	QL(180 cada 30 días)	ANTICONVULSIVOS		
SABRIL 500 MG TABLET[NP]	*	QL(180 cada 30 días)	ANTICONVULSIVOS		
SPRITAM 1,000 MG TABLET FOR ORAL SUSPENSION[NP]	*	QL(90 cada 30 días)	ANTICONVULSIVOS		
SPRITAM 250 MG TABLET FOR ORAL SUSPENSION[NP]	*	QL(360 cada 30 días)	ANTICONVULSIVOS		
SPRITAM 500 MG TABLET FOR ORAL SUSPENSION[NP]	*	QL(180 cada 30 días)	ANTICONVULSIVOS		
SPRITAM 750 MG TABLET FOR ORAL SUSPENSION[NP]	*	QL(120 cada 30 días)	ANTICONVULSIVOS		
SUBVENITE 10 MG/ML ORAL SUSPENSION[NP]	*		ANTICONVULSIVOS		
subvenite 100 mg tablet	1		ANTICONVULSIVOS		
subvenite 150 mg tablet	1		ANTICONVULSIVOS		
subvenite 200 mg tablet	1		ANTICONVULSIVOS		
subvenite 25 mg tablet	1		ANTICONVULSIVOS		
subvenite starter (blue) kit 25 mg (35) tablets in a dose pack[NP]	*		ANTICONVULSIVOS		
subvenite starter (green) kit 25 mg (84)-100 mg (14) tablet, dose pack[NP]	*		ANTICONVULSIVOS		
subvenite starter (orange) kit 25 mg (42)-100 mg (7) tablet, dose pack[NP]	*		ANTICONVULSIVOS		
SYMPAZAN 10 MG ORAL FILM[NP]	*	QL(60 cada 30 días)	ANTICONVULSIVOS		
SYMPAZAN 20 MG ORAL FILM[NP]	*	QL(60 cada 30 días)	ANTICONVULSIVOS		
SYMPAZAN 5 MG ORAL FILM[NP]	*	QL(60 cada 30 días)	ANTICONVULSIVOS		
TEGRETOL 100 MG/5 ML ORAL SUSPENSION[NP]	*		ANTICONVULSIVOS		
TEGRETOL 200 MG TABLET[NP]	*		ANTICONVULSIVOS		

• NP – no preferido • OTC – sin receta • PA – autorización previa • QL – Límite de cantidad
• ST – Terapia por fases

Nombre del medicamento	Grupo del nivel del medica-mento	Requisitos de manejo de utilización	Nombre de la categoría terapéutica	Edad mínima	Edad máxima
TEGRETOL XR 100 MG TABLET,EXTENDED RELEASE[NP]	*	QL(120 cada 30 días)	ANTICONVULSIVOS		
TEGRETOL XR 200 MG TABLET,EXTENDED RELEASE[NP]	*	QL(120 cada 30 días)	ANTICONVULSIVOS		
TEGRETOL XR 400 MG TABLET,EXTENDED RELEASE[NP]	*	QL(120 cada 30 días)	ANTICONVULSIVOS		
tiagabine 12 mg tablet[NP]	*	QL(140 cada 30 días)	ANTICONVULSIVOS		
tiagabine 16 mg tablet[NP]	*	QL(105 cada 30 días)	ANTICONVULSIVOS		
tiagabine 2 mg tablet[NP]	*	QL(840 cada 30 días)	ANTICONVULSIVOS		
tiagabine 4 mg tablet[NP]	*	QL(120 cada 30 días)	ANTICONVULSIVOS		
TOPAMAX 100 MG TABLET[NP]	*	QL(120 cada 30 días)	ANTICONVULSIVOS		
TOPAMAX 15 MG SPRINKLE CAPSULE[NP]	*	QL(120 cada 30 días)	ANTICONVULSIVOS		
TOPAMAX 200 MG TABLET[NP]	*	QL(120 cada 30 días)	ANTICONVULSIVOS		
TOPAMAX 25 MG SPRINKLE CAPSULE[NP]	*	QL(180 cada 30 días)	ANTICONVULSIVOS		
TOPAMAX 25 MG TABLET[NP]	*	QL(90 cada 30 días)	ANTICONVULSIVOS		
TOPAMAX 50 MG TABLET[NP]	*	QL(120 cada 30 días)	ANTICONVULSIVOS		
topiramate 100 mg tablet	1	QL(120 cada 30 días)	ANTICONVULSIVOS		
topiramate 15 mg sprinkle capsule	1	QL(120 cada 30 días)	ANTICONVULSIVOS		
topiramate 200 mg tablet	1	QL(120 cada 30 días)	ANTICONVULSIVOS		
topiramate 25 mg sprinkle capsule	1	QL(180 cada 30 días)	ANTICONVULSIVOS		
topiramate 25 mg tablet	1	QL(90 cada 30 días)	ANTICONVULSIVOS		
topiramate 25 mg/ml oral solution[NP]	*	QL(480 cada 30 días)	ANTICONVULSIVOS		
topiramate 50 mg sprinkle capsule	1	QL(240 cada 30 días)	ANTICONVULSIVOS		
topiramate 50 mg tablet	1	QL(120 cada 30 días)	ANTICONVULSIVOS		
topiramate xr 100 mg capsule sprinkle,extended release 24 hr[NP]	*	QL(30 cada 30 días)	ANTICONVULSIVOS		
topiramate xr 100 mg capsule,extended release 24 hr[NP]	*	QL(30 cada 30 días)	ANTICONVULSIVOS		
topiramate xr 150 mg capsule sprinkle,extended release 24 hr[NP]	*	QL(60 cada 30 días)	ANTICONVULSIVOS		
topiramate xr 200 mg capsule sprinkle,extended release 24 hr[NP]	*	QL(60 cada 30 días)	ANTICONVULSIVOS		

• NP – no preferido • OTC – sin receta • PA – autorización previa • QL – Límite de cantidad
• ST – Terapia por fases

Nombre del medicamento	Grupo del nivel del medica-mento	Requisitos de manejo de utilización	Nombre de la categoría terapéutica	Edad mínima	Edad máxima
topiramate xr 200 mg capsule,extended release 24 hr[NP]	*	QL(60 cada 30 días)	ANTICONVULSIVOS		
topiramate xr 25 mg capsule sprinkle,extended release 24 hr[NP]	*	QL(90 cada 30 días)	ANTICONVULSIVOS		
topiramate xr 25 mg capsule,extended release 24 hr[NP]	*	QL(90 cada 30 días)	ANTICONVULSIVOS		
topiramate xr 50 mg capsule sprinkle,extended release 24 hr[NP]	*	QL(30 cada 30 días)	ANTICONVULSIVOS		
topiramate xr 50 mg capsule,extended release 24 hr[NP]	*	QL(30 cada 30 días)	ANTICONVULSIVOS		
TRILEPTAL 150 MG TABLET[NP]	*		ANTICONVULSIVOS		
TRILEPTAL 300 MG TABLET[NP]	*		ANTICONVULSIVOS		
TRILEPTAL 300 MG/5 ML (60 MG/ML) ORAL SUSPENSION[NP]	*		ANTICONVULSIVOS		
TRILEPTAL 600 MG TABLET[NP]	*		ANTICONVULSIVOS		
TROKENDI XR 100 MG CAPSULE, EXTENDED RELEASE[NP]	*	QL(30 cada 30 días)	ANTICONVULSIVOS		
TROKENDI XR 200 MG CAPSULE, EXTENDED RELEASE[NP]	*	QL(60 cada 30 días)	ANTICONVULSIVOS		
TROKENDI XR 25 MG CAPSULE,EXTENDED RELEASE[NP]	*	QL(90 cada 30 días)	ANTICONVULSIVOS		
TROKENDI XR 50 MG CAPSULE, EXTENDED RELEASE[NP]	*	QL(30 cada 30 días)	ANTICONVULSIVOS		
valproic acid (as sodium salt) 250 mg/5 ml (5 ml) oral solution	1		ANTICONVULSIVOS		
valproic acid (as sodium salt) 250 mg/5 ml oral solution	1		ANTICONVULSIVOS		
valproic acid (as sodium salt) 500 mg/10 ml (10 ml) oral solution	1		ANTICONVULSIVOS		
valproic acid 250 mg capsule	1		ANTICONVULSIVOS		
VALTOCO 10 MG/SPRAY (0.1 ML) NASAL SPRAY[NP]	*	QL(10 cada 30 días)	ANTICONVULSIVOS		
VALTOCO 15 MG/2 SPRAY(7.5MG/0.1ML X2) NASAL SPRAY[NP]	*	QL(10 cada 30 días)	ANTICONVULSIVOS		
VALTOCO 20 MG/2 SPRAY (10MG/0.1ML X2) NASAL SPRAY[NP]	*	QL(10 cada 30 días)	ANTICONVULSIVOS		
VALTOCO 5 MG/SPRAY (0.1 ML) NASAL SPRAY[NP]	*	QL(10 cada 30 días)	ANTICONVULSIVOS		
vigabatrin 500 mg oral powder packet[NP]	*	QL(180 cada 30 días)	ANTICONVULSIVOS		
vigabatrin 500 mg tablet[NP]	*	QL(180 cada 30 días)	ANTICONVULSIVOS		
vigadrone 500 mg oral powder packet[NP]	*	QL(180 cada 30 días)	ANTICONVULSIVOS	2	17
vigadrone 500 mg tablet[NP]	*	QL(180 cada 30 días)	ANTICONVULSIVOS		
VIGAFYDE 100 MG/ML ORAL SOLUTION[NP]	*	QL(600 cada 25 días)	ANTICONVULSIVOS		
VIMPAT 10 MG/ML ORAL SOLUTION[NP]	*	QL(1395 cada 30 días)	ANTICONVULSIVOS		
VIMPAT 100 MG TABLET[NP]	*		ANTICONVULSIVOS		

• NP – no preferido • OTC – sin receta • PA – autorización previa • QL – Límite de cantidad
• ST – Terapia por fases

Nombre del medicamento	Grupo del nivel del medica-mento	Requisitos de manejo de utilización	Nombre de la categoría terapéutica	Edad mínima	Edad máxima
VIMPAT 150 MG TABLET[NP]	*		ANTICONVULSIVOS		
VIMPAT 200 MG TABLET[NP]	*		ANTICONVULSIVOS		
VIMPAT 50 MG TABLET[NP]	*		ANTICONVULSIVOS		
XCOPRI 100 MG TABLET	1	QL(30 cada 30 dÍas)	ANTICONVULSIVOS		
XCOPRI 150 MG TABLET	1	QL(60 cada 30 dÍas)	ANTICONVULSIVOS		
XCOPRI 200 MG TABLET	1	QL(60 cada 30 dÍas)	ANTICONVULSIVOS		
XCOPRI 25 MG TABLET	1	QL(30 cada 30 dÍas)	ANTICONVULSIVOS		
XCOPRI 50 MG TABLET	1	QL(30 cada 30 dÍas)	ANTICONVULSIVOS		
XCOPRI MAINTENANCE PACK 250MG/DAY (150 MG X 1 AND 100 MG X 1) TABLETS	1	QL(56 cada 28 dÍas)	ANTICONVULSIVOS		
XCOPRI MAINTENANCE PACK 350 MG/DAY (200 MG X 1 AND 150 MG X 1) TABLETS	1	QL(56 cada 28 dÍas)	ANTICONVULSIVOS		
XCOPRI TITRATION PACK 12.5 MG (14)-25 MG (14) TABLETS IN A DOSE PACK	1	QL(28 cada 28 dÍas)	ANTICONVULSIVOS		
XCOPRI TITRATION PACK 150 MG (14)-200 MG (14) TABLETS IN A DOSE PACK	1	QL(28 cada 28 dÍas)	ANTICONVULSIVOS		
XCOPRI TITRATION PACK 50 MG (14)-100 MG (14) TABLETS IN A DOSE PACK	1	QL(28 cada 28 dÍas)	ANTICONVULSIVOS		
ZARONTIN 250 MG CAPSULE[NP]	*		ANTICONVULSIVOS		
ZARONTIN 250 MG/5 ML ORAL SOLUTION[NP]	*		ANTICONVULSIVOS		
ZONISADE 100 MG/5 ML ORAL SUSPENSION[NP]	*	QL(900 cada 30 dÍas)	ANTICONVULSIVOS		
zonisamide 100 mg capsule	1		ANTICONVULSIVOS		
zonisamide 25 mg capsule	1		ANTICONVULSIVOS		
zonisamide 50 mg capsule	1		ANTICONVULSIVOS		
ZTALMY 50 MG/ML ORAL SUSPENSION[NP]	*	QL(1080 cada 30 dÍas)	ANTICONVULSIVOS		
amitriptyline 10 mg tablet	1		ANTIDEPRESIVOS		
amitriptyline 100 mg tablet	1		ANTIDEPRESIVOS		
amitriptyline 150 mg tablet	1		ANTIDEPRESIVOS		
amitriptyline 25 mg tablet	1		ANTIDEPRESIVOS		
amitriptyline 50 mg tablet	1		ANTIDEPRESIVOS		
amitriptyline 75 mg tablet	1		ANTIDEPRESIVOS		
amitriptyline-chlordiazepoxide 12.5 mg-5 mg tablet	1		ANTIDEPRESIVOS		
amitriptyline-chlordiazepoxide 25 mg-10 mg tablet	1		ANTIDEPRESIVOS		
amoxapine 100 mg tablet[NP]	*		ANTIDEPRESIVOS		
amoxapine 150 mg tablet[NP]	*		ANTIDEPRESIVOS		
amoxapine 25 mg tablet[NP]	*		ANTIDEPRESIVOS		
amoxapine 50 mg tablet[NP]	*		ANTIDEPRESIVOS		
ANAFRANIL 25 MG CAPSULE[NP]	*		ANTIDEPRESIVOS		

• NP – no preferido • OTC – sin receta • PA – autorización previa • QL – Límite de cantidad
• ST – Terapia por fases

Nombre del medicamento	Grupo del nivel del medica-mento	Requisitos de manejo de utilización	Nombre de la categoría terapéutica	Edad mínima	Edad máxima
ANAFRANIL 50 MG CAPSULE[NP]	*		ANTIDEPRESIVOS		
ANAFRANIL 75 MG CAPSULE[NP]	*		ANTIDEPRESIVOS		
AUVELITY 30 MG-105 MG/45 MG-105 MG ORAL TABLET, IR ER, DOSE PACK[NP]	*		ANTIDEPRESIVOS		
AUVELITY 45 MG-105 MG TABLET, EXTENDED RELEASE[NP]	*	QL(60 cada 30 días)	ANTIDEPRESIVOS		
bupropion hcl 100 mg tablet	1	QL(180 cada 30 días)	ANTIDEPRESIVOS		
bupropion hcl 75 mg tablet	1	QL(180 cada 30 días)	ANTIDEPRESIVOS		
bupropion hcl sr 100 mg tablet,12 hr sustained-release	1	QL(120 cada 30 días)	ANTIDEPRESIVOS		
bupropion hcl sr 150 mg tablet,12 hr sustained-release	1	QL(90 cada 30 días)	ANTIDEPRESIVOS		
bupropion hcl sr 200 mg tablet,12 hr sustained-release	1	QL(60 cada 30 días)	ANTIDEPRESIVOS		
bupropion hcl xl 150 mg 24 hr tablet, extended release	1	QL(90 cada 30 días)	ANTIDEPRESIVOS		
bupropion hcl xl 300 mg 24 hr tablet, extended release	1	QL(30 cada 30 días)	ANTIDEPRESIVOS		
bupropion hcl xl 450 mg 24 hr tablet, extended release	1	QL(30 cada 30 días)	ANTIDEPRESIVOS		
CELEXA 10 MG TABLET[NP]	*	QL(30 cada 30 días)	ANTIDEPRESIVOS		
CELEXA 20 MG TABLET[NP]	*	QL(60 cada 30 días)	ANTIDEPRESIVOS		
CELEXA 40 MG TABLET[NP]	*	QL(30 cada 30 días)	ANTIDEPRESIVOS		
citalopram 10 mg tablet	1	QL(30 cada 30 días)	ANTIDEPRESIVOS		
citalopram 10 mg/5 ml oral solution	1		ANTIDEPRESIVOS		
citalopram 20 mg tablet	1	QL(60 cada 30 días)	ANTIDEPRESIVOS		
CITALOPRAM 30 MG CAPSULE[NP]	*	QL(30 cada 30 días)	ANTIDEPRESIVOS		
citalopram 40 mg tablet	1	QL(30 cada 30 días)	ANTIDEPRESIVOS		
clomipramine 25 mg capsule	1		ANTIDEPRESIVOS		
clomipramine 50 mg capsule	1		ANTIDEPRESIVOS		
clomipramine 75 mg capsule	1		ANTIDEPRESIVOS		
desipramine 10 mg tablet	1		ANTIDEPRESIVOS		
desipramine 100 mg tablet	1		ANTIDEPRESIVOS		
desipramine 150 mg tablet	1		ANTIDEPRESIVOS		
desipramine 25 mg tablet	1		ANTIDEPRESIVOS		
desipramine 50 mg tablet	1		ANTIDEPRESIVOS		
desipramine 75 mg tablet	1		ANTIDEPRESIVOS		
desvenlafaxine er 100 mg tablet,extended release 24 hr[NP]	*		ANTIDEPRESIVOS		
desvenlafaxine er 50 mg tablet,extended release 24 hr[NP]	*		ANTIDEPRESIVOS		

• NP – no preferido • OTC – sin receta • PA – autorización previa • QL – Límite de cantidad
• ST – Terapia por fases

Nombre del medicamento	Grupo del nivel del medica-mento	Requisitos de manejo de utilización	Nombre de la categoría terapéutica	Edad mínima	Edad máxima
desvenlafaxine succinate er 100 mg tablet,extended release 24 hr[NP]	*		ANTIDEPRESIVOS		
desvenlafaxine succinate er 25 mg tablet,extended release 24 hr[NP]	*		ANTIDEPRESIVOS		
desvenlafaxine succinate er 50 mg tablet,extended release 24 hr[NP]	*		ANTIDEPRESIVOS		
EFFEXOR XR 150 MG CAPSULE,EXTENDED RELEASE[NP]	*	QL(60 cada 30 días)	ANTIDEPRESIVOS		
EFFEXOR XR 37.5 MG CAPSULE,EXTENDED RELEASE[NP]	*	QL(90 cada 30 días)	ANTIDEPRESIVOS		
EFFEXOR XR 75 MG CAPSULE,EXTENDED RELEASE[NP]	*	QL(90 cada 30 días)	ANTIDEPRESIVOS		
EMSAM 12 MG/24 HR TRANSDERMAL 24 HOUR PATCH[NP]	*	QL(30 cada 30 días)	ANTIDEPRESIVOS		
EMSAM 6 MG/24 HR TRANSDERMAL 24 HOUR PATCH[NP]	*	QL(30 cada 30 días)	ANTIDEPRESIVOS		
EMSAM 9 MG/24 HR TRANSDERMAL 24 HOUR PATCH[NP]	*	QL(30 cada 30 días)	ANTIDEPRESIVOS		
escitalopram 10 mg tablet	1	QL(45 cada 30 días)	ANTIDEPRESIVOS		
escitalopram 15 mg capsule[NP]	*	QL(30 cada 30 días)	ANTIDEPRESIVOS		
escitalopram 20 mg tablet	1	QL(30 cada 30 días)	ANTIDEPRESIVOS		
escitalopram 5 mg tablet	1	QL(30 cada 30 días)	ANTIDEPRESIVOS		
escitalopram 5 mg/5 ml oral solution	1	QL(600 cada 30 días)	ANTIDEPRESIVOS		
EXXUA 18.2 MG (32 TABS) TABLET, ER 24 HR DOSE PACK[NP]	*		ANTIDEPRESIVOS		
EXXUA 18.2 MG TABLET,EXTENDED RELEASE[NP]	*	QL(30 cada 30 días)	ANTIDEPRESIVOS		
EXXUA 36.3 MG TABLET,EXTENDED RELEASE[NP]	*	QL(30 cada 30 días)	ANTIDEPRESIVOS		
EXXUA 54.5 MG TABLET,EXTENDED RELEASE[NP]	*	QL(30 cada 30 días)	ANTIDEPRESIVOS		
EXXUA 72.6 MG TABLET,EXTENDED RELEASE[NP]	*	QL(30 cada 30 días)	ANTIDEPRESIVOS		
FETZIMA 120 MG CAPSULE,EXTENDED RELEASE[NP]	*	QL(30 cada 30 días)	ANTIDEPRESIVOS		
FETZIMA 20 MG (2)-40 MG (26) CAPSULE,EXTENDED RELEASE,24 HR,DOSE PACK[NP]	*	QL(28 cada 28 días)	ANTIDEPRESIVOS		
FETZIMA 20 MG CAPSULE,EXTENDED RELEASE[NP]	*	QL(30 cada 30 días)	ANTIDEPRESIVOS		
FETZIMA 40 MG CAPSULE,EXTENDED RELEASE[NP]	*	QL(30 cada 30 días)	ANTIDEPRESIVOS		
FETZIMA 80 MG CAPSULE,EXTENDED RELEASE[NP]	*	QL(30 cada 30 días)	ANTIDEPRESIVOS		
fluoxetine 10 mg capsule	1	QL(60 cada 30 días)	ANTIDEPRESIVOS		

• NP – no preferido • OTC – sin receta • PA – autorización previa • QL – Límite de cantidad
• ST – Terapia por fases

Nombre del medicamento	Grupo del nivel del medica-mento	Requisitos de manejo de utilización	Nombre de la categoría terapéutica	Edad mínima	Edad máxima
fluoxetine 10 mg tablet	1	QL(60 cada 30 días)	ANTIDEPRESIVOS		
fluoxetine 20 mg capsule	1	QL(120 cada 30 días)	ANTIDEPRESIVOS		
fluoxetine 20 mg tablet	1	QL(120 cada 30 días)	ANTIDEPRESIVOS		
fluoxetine 20 mg/5 ml (4 mg/ml) oral solution	1		ANTIDEPRESIVOS		
fluoxetine 40 mg capsule	1	QL(90 cada 30 días)	ANTIDEPRESIVOS		
fluoxetine 60 mg tablet	1	QL(30 cada 30 días)	ANTIDEPRESIVOS		
fluoxetine 90 mg capsule,delayed release[NP]	*	QL(4 cada 28 días)	ANTIDEPRESIVOS		
fluvoxamine 100 mg tablet	1	QL(90 cada 30 días)	ANTIDEPRESIVOS		
fluvoxamine 25 mg tablet	1	QL(90 cada 30 días)	ANTIDEPRESIVOS		
fluvoxamine 50 mg tablet	1	QL(90 cada 30 días)	ANTIDEPRESIVOS		
fluvoxamine er 100 mg capsule,extended release 24 hr[NP]	*	QL(60 cada 30 días)	ANTIDEPRESIVOS		
fluvoxamine er 150 mg capsule,extended release 24 hr[NP]	*	QL(60 cada 30 días)	ANTIDEPRESIVOS		
imipramine 10 mg tablet	1		ANTIDEPRESIVOS		
imipramine 25 mg tablet	1		ANTIDEPRESIVOS		
imipramine 50 mg tablet	1		ANTIDEPRESIVOS		
imipramine pamoate 100 mg capsule[NP]	*		ANTIDEPRESIVOS		
imipramine pamoate 125 mg capsule[NP]	*		ANTIDEPRESIVOS		
imipramine pamoate 150 mg capsule[NP]	*		ANTIDEPRESIVOS		
imipramine pamoate 75 mg capsule[NP]	*		ANTIDEPRESIVOS		
LEXAPRO 10 MG TABLET[NP]	*	QL(45 cada 30 días)	ANTIDEPRESIVOS		
LEXAPRO 20 MG TABLET[NP]	*	QL(30 cada 30 días)	ANTIDEPRESIVOS		
LEXAPRO 5 MG TABLET[NP]	*	QL(30 cada 30 días)	ANTIDEPRESIVOS		
MARPLAN 10 MG TABLET[NP]	*		ANTIDEPRESIVOS		
mirtazapine 15 mg disintegrating tablet	1	QL(30 cada 30 días)	ANTIDEPRESIVOS		
mirtazapine 15 mg tablet	1	QL(30 cada 30 días)	ANTIDEPRESIVOS		
mirtazapine 30 mg disintegrating tablet	1	QL(30 cada 30 días)	ANTIDEPRESIVOS		
mirtazapine 30 mg tablet	1	QL(30 cada 30 días)	ANTIDEPRESIVOS		
mirtazapine 45 mg disintegrating tablet	1	QL(30 cada 30 días)	ANTIDEPRESIVOS		
mirtazapine 45 mg tablet	1	QL(30 cada 30 días)	ANTIDEPRESIVOS		

• NP – no preferido • OTC – sin receta • PA – autorización previa • QL – Límite de cantidad
• ST – Terapia por fases

Nombre del medicamento	Grupo del nivel del medica-mento	Requisitos de manejo de utilización	Nombre de la categoría terapéutica	Edad mínima	Edad máxima
mirtazapine 7.5 mg tablet	1	QL(30 cada 30 días)	ANTIDEPRESIVOS		
NARDIL 15 MG TABLET[NP]	*		ANTIDEPRESIVOS		
nefazodone 100 mg tablet[NP]	*		ANTIDEPRESIVOS		
nefazodone 150 mg tablet[NP]	*		ANTIDEPRESIVOS		
nefazodone 200 mg tablet[NP]	*		ANTIDEPRESIVOS		
nefazodone 250 mg tablet[NP]	*		ANTIDEPRESIVOS		
nefazodone 50 mg tablet[NP]	*		ANTIDEPRESIVOS		
nortriptyline 10 mg capsule	1		ANTIDEPRESIVOS		
nortriptyline 10 mg/5 ml oral solution	1		ANTIDEPRESIVOS		
nortriptyline 25 mg capsule	1		ANTIDEPRESIVOS		
nortriptyline 50 mg capsule	1		ANTIDEPRESIVOS		
nortriptyline 75 mg capsule	1		ANTIDEPRESIVOS		
olanzapine-fluoxetine 12 mg-25 mg capsule[NP]	*	QL(30 cada 30 días)	ANTIDEPRESIVOS		
olanzapine-fluoxetine 12 mg-50 mg capsule[NP]	*	QL(30 cada 30 días)	ANTIDEPRESIVOS		
olanzapine-fluoxetine 3 mg-25 mg capsule[NP]	*	QL(30 cada 30 días)	ANTIDEPRESIVOS		
olanzapine-fluoxetine 6 mg-25 mg capsule[NP]	*	QL(30 cada 30 días)	ANTIDEPRESIVOS		
olanzapine-fluoxetine 6 mg-50 mg capsule[NP]	*	QL(30 cada 30 días)	ANTIDEPRESIVOS		
PAMELOR 10 MG CAPSULE[NP]	*		ANTIDEPRESIVOS		
PAMELOR 25 MG CAPSULE[NP]	*		ANTIDEPRESIVOS		
PAMELOR 50 MG CAPSULE[NP]	*		ANTIDEPRESIVOS		
PAMELOR 75 MG CAPSULE[NP]	*		ANTIDEPRESIVOS		
paroxetine 10 mg tablet	1	QL(30 cada 30 días)	ANTIDEPRESIVOS		
paroxetine 10 mg/5 ml oral suspension	1		ANTIDEPRESIVOS		
paroxetine 20 mg tablet	1	QL(30 cada 30 días)	ANTIDEPRESIVOS		
paroxetine 30 mg tablet	1	QL(60 cada 30 días)	ANTIDEPRESIVOS		
paroxetine 40 mg tablet	1	QL(60 cada 30 días)	ANTIDEPRESIVOS		
paroxetine er 12.5 mg tablet,extended release 24 hr[NP]	*	QL(60 cada 30 días)	ANTIDEPRESIVOS		
paroxetine er 25 mg tablet,extended release 24 hr[NP]	*	QL(90 cada 30 días)	ANTIDEPRESIVOS		
paroxetine er 37.5 mg tablet,extended release 24 hr[NP]	*	QL(60 cada 30 días)	ANTIDEPRESIVOS		
paroxetine mesylate (menopausal symptoms suppressant) 7.5 mg capsule[NP]	*	QL(30 cada 30 días)	ANTIDEPRESIVOS		
PAXIL 10 MG TABLET[NP]	*	QL(30 cada 30 días)	ANTIDEPRESIVOS		
PAXIL 20 MG TABLET[NP]	*	QL(30 cada 30 días)	ANTIDEPRESIVOS		

• NP – no preferido • OTC – sin receta • PA – autorización previa • QL – Límite de cantidad
• ST – Terapia por fases

Nombre del medicamento	Grupo del nivel del medica-mento	Requisitos de manejo de utilización	Nombre de la categoría terapéutica	Edad mínima	Edad máxima
PAXIL 30 MG TABLET[NP]	*	QL(60 cada 30 días)	ANTIDEPRESIVOS		
PAXIL 40 MG TABLET[NP]	*	QL(60 cada 30 días)	ANTIDEPRESIVOS		
PAXIL CR 12.5 MG TABLET,EXTENDED RELEASE[NP]	*	QL(60 cada 30 días)	ANTIDEPRESIVOS		
PAXIL CR 25 MG TABLET,EXTENDED RELEASE[NP]	*	QL(90 cada 30 días)	ANTIDEPRESIVOS		
PAXIL CR 37.5 MG TABLET,EXTENDED RELEASE[NP]	*	QL(60 cada 30 días)	ANTIDEPRESIVOS		
perphenazine-amitriptyline 2 mg-10 mg tablet	1		ANTIDEPRESIVOS		
perphenazine-amitriptyline 2 mg-25 mg tablet	1		ANTIDEPRESIVOS		
perphenazine-amitriptyline 4 mg-10 mg tablet	1		ANTIDEPRESIVOS		
perphenazine-amitriptyline 4 mg-25 mg tablet	1		ANTIDEPRESIVOS		
perphenazine-amitriptyline 4 mg-50 mg tablet	1		ANTIDEPRESIVOS		
phenelzine 15 mg tablet	1		ANTIDEPRESIVOS		
PRISTIQ 100 MG TABLET,EXTENDED RELEASE[NP]	*		ANTIDEPRESIVOS		
PRISTIQ 25 MG TABLET,EXTENDED RELEASE[NP]	*		ANTIDEPRESIVOS		
PRISTIQ 50 MG TABLET,EXTENDED RELEASE[NP]	*		ANTIDEPRESIVOS		
protriptyline 10 mg tablet	1		ANTIDEPRESIVOS		
protriptyline 5 mg tablet	1		ANTIDEPRESIVOS		
PROZAC 10 MG CAPSULE[NP]	*	QL(60 cada 30 días)	ANTIDEPRESIVOS		
PROZAC 20 MG CAPSULE[NP]	*	QL(120 cada 30 días)	ANTIDEPRESIVOS		
PROZAC 40 MG CAPSULE[NP]	*	QL(90 cada 30 días)	ANTIDEPRESIVOS		
RALDESY 10 MG/ML ORAL SOLUTION[NP]	*		ANTIDEPRESIVOS		
REMERON 15 MG TABLET[NP]	*	QL(30 cada 30 días)	ANTIDEPRESIVOS		
REMERON 30 MG TABLET[NP]	*	QL(30 cada 30 días)	ANTIDEPRESIVOS		
REMERON SOLTAB 15 MG DISINTEGRATING TABLET[NP]	*	QL(30 cada 30 días)	ANTIDEPRESIVOS		
REMERON SOLTAB 30 MG DISINTEGRATING TABLET[NP]	*	QL(30 cada 30 días)	ANTIDEPRESIVOS		
REMERON SOLTAB 45 MG DISINTEGRATING TABLET[NP]	*	QL(30 cada 30 días)	ANTIDEPRESIVOS		
sertraline 100 mg tablet	1	QL(60 cada 30 días)	ANTIDEPRESIVOS		
sertraline 150 mg capsule[NP]	*	QL(30 cada 30 días)	ANTIDEPRESIVOS		

• NP – no preferido • OTC – sin receta • PA – autorización previa • QL – Límite de cantidad
• ST – Terapia por fases

Nombre del medicamento	Grupo del nivel del medica-mento	Requisitos de manejo de utilización	Nombre de la categoría terapéutica	Edad mínima	Edad máxima
sertraline 20 mg/ml oral concentrate	1	QL(300 cada 30 días)	ANTIDEPRESIVOS		
sertraline 200 mg capsule[NP]	*	QL(30 cada 30 días)	ANTIDEPRESIVOS		
sertraline 25 mg tablet	1	QL(90 cada 30 días)	ANTIDEPRESIVOS		
sertraline 50 mg tablet	1	QL(90 cada 30 días)	ANTIDEPRESIVOS		
SPRAVATO 56 MG (28 MG X 2) NASAL SPRAY[NP]	*	QL(16 cada 28 días)	ANTIDEPRESIVOS		
SPRAVATO 84 MG (28 MG X 3) NASAL SPRAY[NP]	*	QL(24 cada 28 días)	ANTIDEPRESIVOS		
tranylcypromine 10 mg tablet	1	QL(180 cada 30 días)	ANTIDEPRESIVOS		
trazodone 100 mg tablet	1		ANTIDEPRESIVOS		
trazodone 150 mg tablet	1		ANTIDEPRESIVOS		
trazodone 25 mg tablet	1		ANTIDEPRESIVOS		
trazodone 300 mg tablet	1		ANTIDEPRESIVOS		
trazodone 50 mg tablet	1		ANTIDEPRESIVOS		
trazodone 75 mg tablet	1		ANTIDEPRESIVOS		
trimipramine 100 mg capsule	1		ANTIDEPRESIVOS		
trimipramine 25 mg capsule	1		ANTIDEPRESIVOS		
trimipramine 50 mg capsule	1		ANTIDEPRESIVOS		
TRINTELLIX 10 MG TABLET[NP]	*	QL(30 cada 30 días)	ANTIDEPRESIVOS		
TRINTELLIX 20 MG TABLET[NP]	*	QL(30 cada 30 días)	ANTIDEPRESIVOS		
TRINTELLIX 5 MG TABLET[NP]	*	QL(30 cada 30 días)	ANTIDEPRESIVOS		
venlafaxine 100 mg tablet	1		ANTIDEPRESIVOS		
venlafaxine 25 mg tablet	1		ANTIDEPRESIVOS		
venlafaxine 37.5 mg tablet	1		ANTIDEPRESIVOS		
venlafaxine 50 mg tablet	1		ANTIDEPRESIVOS		
venlafaxine 75 mg tablet	1		ANTIDEPRESIVOS		
VENLAFAXINE BESYLATE ER 112.5 MG TABLET,EXTENDED RELEASE 24 HR	1	QL(60 cada 30 días)	ANTIDEPRESIVOS		
venlafaxine er 150 mg capsule,extended release 24 hr	1	QL(60 cada 30 días)	ANTIDEPRESIVOS		
venlafaxine er 150 mg tablet,extended release 24 hr[NP]	*	QL(30 cada 30 días)	ANTIDEPRESIVOS		
venlafaxine er 225 mg tablet,extended release 24 hr[NP]	*	QL(30 cada 30 días)	ANTIDEPRESIVOS		
venlafaxine er 37.5 mg capsule,extended release 24 hr	1	QL(90 cada 30 días)	ANTIDEPRESIVOS		
venlafaxine er 37.5 mg tablet,extended release 24 hr[NP]	*	QL(30 cada 30 días)	ANTIDEPRESIVOS		
venlafaxine er 75 mg capsule,extended release 24 hr	1	QL(90 cada 30 días)	ANTIDEPRESIVOS		
venlafaxine er 75 mg tablet,extended release 24 hr[NP]	*	QL(60 cada 30 días)	ANTIDEPRESIVOS		

• NP – no preferido • OTC – sin receta • PA – autorización previa • QL – Límite de cantidad
• ST – Terapia por fases

Nombre del medicamento	Grupo del nivel del medica-mento	Requisitos de manejo de utilización	Nombre de la categoría terapéutica	Edad mínima	Edad máxima
VIIBRYD 10 MG TABLET[NP]	*	QL(30 cada 30 días)	ANTIDEPRESIVOS		
VIIBRYD 20 MG TABLET[NP]	*	QL(30 cada 30 días)	ANTIDEPRESIVOS		
VIIBRYD 40 MG TABLET[NP]	*	QL(30 cada 30 días)	ANTIDEPRESIVOS		
vilazodone 10 mg tablet[NP]	*	QL(30 cada 30 días)	ANTIDEPRESIVOS		
vilazodone 20 mg tablet[NP]	*	QL(30 cada 30 días)	ANTIDEPRESIVOS		
vilazodone 40 mg tablet[NP]	*	QL(30 cada 30 días)	ANTIDEPRESIVOS		
WELLBUTRIN SR 100 MG TABLET, 12 HR SUSTAINED-RELEASE[NP]	*	QL(120 cada 30 días)	ANTIDEPRESIVOS		
WELLBUTRIN SR 150 MG TABLET, 12 HR SUSTAINED-RELEASE[NP]	*	QL(90 cada 30 días)	ANTIDEPRESIVOS		
WELLBUTRIN SR 200 MG TABLET, 12 HR SUSTAINED-RELEASE[NP]	*	QL(60 cada 30 días)	ANTIDEPRESIVOS		
ZOLOFT 100 MG TABLET[NP]	*	QL(60 cada 30 días)	ANTIDEPRESIVOS		
ZOLOFT 20 MG/ML ORAL CONCENTRATE[NP]	*	QL(300 cada 30 días)	ANTIDEPRESIVOS		
ZOLOFT 25 MG TABLET[NP]	*	QL(90 cada 30 días)	ANTIDEPRESIVOS		
ZOLOFT 50 MG TABLET[NP]	*	QL(90 cada 30 días)	ANTIDEPRESIVOS		
ZURZUVAE 20 MG CAPSULE	1	QL(28 cada 365 días)	ANTIDEPRESIVOS		
ZURZUVAE 25 MG CAPSULE	1	QL(28 cada 365 días)	ANTIDEPRESIVOS		
ZURZUVAE 30 MG CAPSULE	1	QL(14 cada 365 días)	ANTIDEPRESIVOS		
AKYNZEO (NETUPITANT) 300 MG-0.5 MG CAPSULE[NP]	*		ANTIEMÉTICOS		
ANTIVERT 25 MG CHEWABLE TABLET[NP]	*		ANTIEMÉTICOS		
ANTIVERT 50 MG TABLET[NP]	*		ANTIEMÉTICOS		
aprepitant 125 mg (1)-80 mg (2) capsules in a dose pack	1		ANTIEMÉTICOS		
aprepitant 125 mg capsule	1	QL(2 cada 28 días)	ANTIEMÉTICOS		
aprepitant 40 mg capsule	1	QL(2 cada 28 días)	ANTIEMÉTICOS		
aprepitant 80 mg capsule	1	QL(4 cada 28 días)	ANTIEMÉTICOS		
BONJESTA 20 MG-20 MG TABLET,IMMEDIATE AND DELAY RELEASE[NP]	*	QL(60 cada 30 días)	ANTIEMÉTICOS		
compro 25 mg rectal suppository	1		ANTIEMÉTICOS		
DICLEGIS 10 MG-10 MG TABLET,DELAYED RELEASE[NP]	*	QL(120 cada 30 días)	ANTIEMÉTICOS		

• NP – no preferido • OTC – sin receta • PA – autorización previa • QL – Límite de cantidad
• ST – Terapia por fases

Nombre del medicamento	Grupo del nivel del medica-mento	Requisitos de manejo de utilización	Nombre de la categoría terapéutica	Edad mínima	Edad máxima
doxylamine 10 mg-pyridoxine (vit b6) 10 mg tablet,delayed release[NP]	*	QL(120 cada 30 días)	ANTIEMÉTICOS		
dronabinol 10 mg capsule[NP]	*	QL(120 cada 30 días)	ANTIEMÉTICOS		
dronabinol 2.5 mg capsule[NP]	*	QL(120 cada 30 días)	ANTIEMÉTICOS		
dronabinol 5 mg capsule[NP]	*	QL(120 cada 30 días)	ANTIEMÉTICOS		
dronabinol 5 mg/ml oral solution[NP]	*	QL(120 cada 30 días)	ANTIEMÉTICOS		
EMEND 125 MG (1)-80 MG (2) CAPSULES IN A DOSE PACK[NP]	*		ANTIEMÉTICOS		
EMEND 125 MG (25 MG/ML FINAL CONC.) ORAL SUSPENSION[NP]	*	QL(3 cada 28 días)	ANTIEMÉTICOS		
EMEND 80 MG CAPSULE[NP]	*	QL(4 cada 28 días)	ANTIEMÉTICOS		
GIMOTI 15 MG/SPRAY NASAL SPRAY WITH PUMP[NP]	*	QL(9.8 cada 28 días)	ANTIEMÉTICOS		
granisetron hcl 1 mg tablet[NP]	*	QL(28 cada 28 días)	ANTIEMÉTICOS		
granisol 1 mg/5 ml oral solution[NP]	*	QL(300 cada 30 días)	ANTIEMÉTICOS		
MARINOL 2.5 MG CAPSULE[NP]	*	QL(120 cada 30 días)	ANTIEMÉTICOS		
meclizine 12.5 mg tablet[OTC]	1		ANTIEMÉTICOS		
meclizine 12.5 mg tablet	1		ANTIEMÉTICOS		
meclizine 25 mg chewable tablet[OTC]	1		ANTIEMÉTICOS		
meclizine 25 mg chewable tablet	1		ANTIEMÉTICOS		
meclizine 25 mg tablet	1		ANTIEMÉTICOS		
meclizine 25 mg tablet[OTC]	1		ANTIEMÉTICOS		
meclizine 50 mg tablet	1		ANTIEMÉTICOS		
metoclopramide 10 mg tablet	1		ANTIEMÉTICOS		
metoclopramide 5 mg tablet	1		ANTIEMÉTICOS		
metoclopramide 5 mg/5 ml oral solution	1		ANTIEMÉTICOS		
NEREUS 85 MG CAPSULE[NP]	*		ANTIEMÉTICOS		
ondansetron 16 mg disintegrating tablet[NP]	*	QL(30 cada 30 días)	ANTIEMÉTICOS		
ondansetron 4 mg disintegrating tablet	1	QL(90 cada 30 días)	ANTIEMÉTICOS		
ondansetron 8 mg disintegrating tablet	1	QL(90 cada 30 días)	ANTIEMÉTICOS		
ondansetron hcl 4 mg tablet	1	QL(90 cada 30 días)	ANTIEMÉTICOS		
ondansetron hcl 4 mg/5 ml oral solution	1	QL(450 cada 30 días)	ANTIEMÉTICOS		
ondansetron hcl 8 mg tablet	1	QL(90 cada 30 días)	ANTIEMÉTICOS		
prochlorperazine 25 mg rectal suppository	1		ANTIEMÉTICOS		
prochlorperazine maleate 10 mg tablet	1		ANTIEMÉTICOS		

• NP – no preferido • OTC – sin receta • PA – autorización previa • QL – Límite de cantidad
• ST – Terapia por fases

Nombre del medicamento	Grupo del nivel del medica-mento	Requisitos de manejo de utilización	Nombre de la categoría terapéutica	Edad mínima	Edad máxima
prochlorperazine maleate 5 mg tablet	1		ANTIEMÉTICOS		
promethazine 12.5 mg rectal suppository	1		ANTIEMÉTICOS		
promethazine 12.5 mg tablet	1		ANTIEMÉTICOS		
promethazine 25 mg rectal suppository	1		ANTIEMÉTICOS		
promethazine 25 mg tablet	1		ANTIEMÉTICOS		
promethazine 6.25 mg/5 ml oral syrup	1		ANTIEMÉTICOS		
REGLAN 10 MG TABLET[NP]	*		ANTIEMÉTICOS		
REGLAN 5 MG TABLET[NP]	*		ANTIEMÉTICOS		
SANCUSO 3.1 MG/24 HOUR TRANSDERMAL PATCH[NP]	*	QL(4 cada 30 días)	ANTIEMÉTICOS		
scopolamine 1 mg over 3 days transdermal patch	1	QL(10 cada 30 días)	ANTIEMÉTICOS		
TRANSDERM-SCOP 1 MG OVER 3 DAYS TRANSDERMAL PATCH	1	QL(10 cada 30 días)	ANTIEMÉTICOS		
trimethobenzamide 300 mg capsule[NP]	*		ANTIEMÉTICOS		
1-day 6.5 % vaginal ointment[OTC]	1		ANTIFÚNGICOS		
3-day vaginal 2 % cream[OTC]	1		ANTIFÚNGICOS		
ALEVAZOL 1 % TOPICAL OINTMENT[OTC]	1		ANTIFÚNGICOS		
antifungal (clotrimazole) 1 % topical cream[OTC]	1		ANTIFÚNGICOS		
antifungal (miconazole) 2 % topical cream[OTC]	1		ANTIFÚNGICOS		
antifungal (miconazole) 2 % topical powder[OTC]	1		ANTIFÚNGICOS		
antifungal (terbinafine) 1 % topical cream[OTC]	1		ANTIFÚNGICOS		
antifungal extra thick 2 % topical cream[OTC]	1		ANTIFÚNGICOS		
antifungal ringworm 1 % topical cream[OTC]	1		ANTIFÚNGICOS		
athlete's foot (clotrimazole) 1 % topical cream[OTC]	1		ANTIFÚNGICOS		
athlete's foot (terbinafine) 1 % topical cream[OTC]	1		ANTIFÚNGICOS		
athlete's foot 2 % powder[OTC]	1		ANTIFÚNGICOS		
athlete's foot 2 % topical spray[OTC]	1		ANTIFÚNGICOS		
athlete's foot 2 % topical spray powder[OTC]	1		ANTIFÚNGICOS		
athletic foot cream 1 % topical[OTC]	1		ANTIFÚNGICOS		
AZOLEN 2 % TOPICAL CLEANSER[OTC]	1		ANTIFÚNGICOS		
azolen 2 % topical tincture[OTC]	1		ANTIFÚNGICOS		
baza antifungal 2 % topical cream[OTC]	1		ANTIFÚNGICOS		
ciclodan 8 % topical solution[NP]	*		ANTIFÚNGICOS		
ciclopirox 0.77 % topical cream[NP]	*		ANTIFÚNGICOS		
ciclopirox 0.77 % topical gel[NP]	*		ANTIFÚNGICOS		
ciclopirox 0.77 % topical suspension[NP]	*		ANTIFÚNGICOS		
ciclopirox 1 % shampoo[NP]	*		ANTIFÚNGICOS		
ciclopirox 8 % topical solution[NP]	*		ANTIFÚNGICOS		

• NP – no preferido • OTC – sin receta • PA – autorización previa • QL – Límite de cantidad
• ST – Terapia por fases

Nombre del medicamento	Grupo del nivel del medica-mento	Requisitos de manejo de utilización	Nombre de la categoría terapéutica	Edad mínima	Edad máxima
ciclopirox 8 %-urea-camphor-menthol-eucalyptol topical solution[NP]	*		ANTIFÚNGICOS		
clotrimazole 1 % topical cream[OTC]	1		ANTIFÚNGICOS		
clotrimazole 1 % topical cream	1		ANTIFÚNGICOS		
clotrimazole 1 % topical solution[NP]	*		ANTIFÚNGICOS		
clotrimazole 1 % topical solution[NP]	*		ANTIFÚNGICOS		
clotrimazole 1 % vaginal cream[OTC]	1		ANTIFÚNGICOS		
clotrimazole 10 mg troche	1		ANTIFÚNGICOS		
clotrimazole 3 day 2 % vaginal cream[OTC]	1		ANTIFÚNGICOS		
clotrimazole af 1 % topical cream[OTC]	1		ANTIFÚNGICOS		
clotrimazole-3 2 % vaginal cream[OTC]	1		ANTIFÚNGICOS		
clotrimazole-7 1 % vaginal cream[OTC]	1		ANTIFÚNGICOS		
clotrimazole-betamethasone 1 %-0.05 % lotion[NP]	*		ANTIFÚNGICOS		
clotrimazole-betamethasone 1 %-0.05 % topical cream[NP]	*		ANTIFÚNGICOS		
CRESEMBA 186 MG CAPSULE[NP]	*		ANTIFÚNGICOS		
CRESEMBA 74.5 MG CAPSULE[NP]	*		ANTIFÚNGICOS		
critic-aid clear af (miconazole) 2 % topical ointment[OTC]	1		ANTIFÚNGICOS		
dermafungal 2 % topical cream[OTC]	1		ANTIFÚNGICOS		
desenex 2 % topical cream[OTC]	1		ANTIFÚNGICOS		
desenex 2 % topical powder[OTC]	1		ANTIFÚNGICOS		
DIFLUCAN 40 MG/ML ORAL SUSPENSION[NP]	*		ANTIFÚNGICOS		
econazole nitrate 1 % topical cream	1		ANTIFÚNGICOS		
econazole nitrate 1 % topical foam[NP]	*		ANTIFÚNGICOS		
ERTACZO 2 % TOPICAL CREAM[NP]	*		ANTIFÚNGICOS		
fluconazole 10 mg/ml oral suspension	1		ANTIFÚNGICOS		
fluconazole 100 mg tablet	1		ANTIFÚNGICOS		
fluconazole 150 mg tablet	1		ANTIFÚNGICOS		
fluconazole 200 mg tablet	1		ANTIFÚNGICOS		
fluconazole 40 mg/ml oral suspension	1		ANTIFÚNGICOS		
fluconazole 50 mg tablet	1		ANTIFÚNGICOS		
flucytosine 250 mg capsule[NP]	*		ANTIFÚNGICOS		
flucytosine 500 mg capsule[NP]	*		ANTIFÚNGICOS		
FULVICIN P/G 165 MG TABLET[NP]	*		ANTIFÚNGICOS		
FUNGI CURE 1 % TOPICAL SPRAY[OTC]	1		ANTIFÚNGICOS		
FUNGOID TINCTURE 2 % TOPICAL[OTC]	1		ANTIFÚNGICOS		
griseofulvin microsize 125 mg/5 ml oral suspension	1		ANTIFÚNGICOS		
griseofulvin microsize 500 mg tablet	1		ANTIFÚNGICOS		
griseofulvin ultramicrosize 125 mg tablet	1		ANTIFÚNGICOS		
griseofulvin ultramicrosize 165 mg tablet	1		ANTIFÚNGICOS		
griseofulvin ultramicrosize 250 mg tablet	1		ANTIFÚNGICOS		
gynazole-1 2 % vaginal cream[NP]	*		ANTIFÚNGICOS		
GYNE-LOTRIMIN 2 % VAGINAL CREAM[OTC]	1		ANTIFÚNGICOS		

• NP – no preferido • OTC – sin receta • PA – autorización previa • QL – Límite de cantidad
• ST – Terapia por fases

Nombre del medicamento	Grupo del nivel del medica-mento	Requisitos de manejo de utilización	Nombre de la categoría terapéutica	Edad mínima	Edad máxima
gyne-lotrimin 7 1 % vaginal cream[OTC]	1		ANTIFÚNGICOS		
inzo antifungal 2 % topical cream[OTC]	1		ANTIFÚNGICOS		
itch relief (clotrimazole) 1 % topical cream[OTC]	1		ANTIFÚNGICOS		
itraconazole 10 mg/ml oral solution[NP]	*	QL(150 cada 30 dÍas)	ANTIFÚNGICOS		
itraconazole 100 mg capsule	1	QL(120 cada 30 dÍas)	ANTIFÚNGICOS		
jock itch (clotrimazole) 1 % topical cream[OTC]	1		ANTIFÚNGICOS		
jock itch (terbinafine) 1 % topical cream[OTC]	1		ANTIFÚNGICOS		
ketoconazole 2 % shampoo	1		ANTIFÚNGICOS		
ketoconazole 2 % topical cream	1		ANTIFÚNGICOS		
ketoconazole 2 % topical foam[NP]	*		ANTIFÚNGICOS		
ketoconazole 200 mg tablet	1		ANTIFÚNGICOS		
ketodan 2 % topical foam[NP]	*		ANTIFÚNGICOS		
KETODAN KIT 2 % TOPICAL COMBO PACK[NP]	*		ANTIFÚNGICOS		
klayesta 100,000 unit/gram topical powder	1		ANTIFÚNGICOS		
LAMISIL AT 1 % TOPICAL CREAM[OTC]	1		ANTIFÚNGICOS		
lasolex ac 2 % topical cream[OTC]	1		ANTIFÚNGICOS		
LASOLEX AG 2 % TOPICAL GEL[OTC]	1		ANTIFÚNGICOS		
lasolex al 2 % topical liquid[OTC]	1		ANTIFÚNGICOS		
LOPROX (AS OLAMINE) 0.77 % TOPICAL CREAM[NP]	*		ANTIFÚNGICOS		
LOPROX (AS OLAMINE) 0.77 % TOPICAL SUSPENSION[NP]	*		ANTIFÚNGICOS		
LOPROX KIT 0.77 % TOPICAL COMBO PACK[NP]	*		ANTIFÚNGICOS		
LOPROX KIT 0.77 %, SUSPENSION AND CLEANSER[NP]	*		ANTIFÚNGICOS		
LOTRIMIN AF (CLOTRIMAZOLE) 1 % TOPICAL CREAM[OTC]	1		ANTIFÚNGICOS		
lotrimin af 2 % topical powder[OTC]	1		ANTIFÚNGICOS		
lotrimin af 2 % topical spray[OTC]	1		ANTIFÚNGICOS		
lotrimin af powder 2 % topical spray[OTC]	1		ANTIFÚNGICOS		
micoclear 1 % topical cream[OTC]	1		ANTIFÚNGICOS		
miconazole nit 0.25 %-zinc ox 15 %-petrolatum 81.35 % topical ointment[NP]	*		ANTIFÚNGICOS		
miconazole nitrate 1,200 mg-2 % vaginal kit[OTC]	1		ANTIFÚNGICOS		
miconazole nitrate 2 % topical cream[OTC]	1		ANTIFÚNGICOS		
miconazole nitrate 2 % topical powder[OTC]	1		ANTIFÚNGICOS		
miconazole nitrate 2 % topical solution, applicator[OTC]	1		ANTIFÚNGICOS		
miconazole nitrate 2 % topical spray powder[OTC]	1		ANTIFÚNGICOS		

• NP – no preferido • OTC – sin receta • PA – autorización previa • QL – Límite de cantidad
• ST – Terapia por fases

Nombre del medicamento	Grupo del nivel del medica-mento	Requisitos de manejo de utilización	Nombre de la categoría terapéutica	Edad mínima	Edad máxima
miconazole nitrate 2 % vaginal cream[OTC]	1		ANTIFÚNGICOS		
miconazole nitrate 200 mg-2 % (9 gram) vaginal kit[OTC]	1		ANTIFÚNGICOS		
miconazole nitrate 4 % (200 mg)-2 % (9 gram)vaginal,prefill appl,cream[OTC]	1		ANTIFÚNGICOS		
miconazole-3 200 mg-2 % (9 gram) vaginal kit[OTC]	1		ANTIFÚNGICOS		
miconazole-3 200 mg vaginal suppository	1		ANTIFÚNGICOS		
miconazole-3 200 mg/5 gram (4 %) vaginal cream[OTC]	1		ANTIFÚNGICOS		
miconazole-3 4 % (200 mg)-2 % (9 gram) vaginal pack,prefil appl, cream[OTC]	1		ANTIFÚNGICOS		
miconazole-7 2 % vaginal cream[OTC]	1		ANTIFÚNGICOS		
miconazorb af 2 % topical powder[OTC]	1		ANTIFÚNGICOS		
MICONI-AL 2 % TOPICAL LIQUID[OTC]	1		ANTIFÚNGICOS		
micotrin ac 1 % topical cream[OTC]	1		ANTIFÚNGICOS		
micotrin ap 2 % topical powder[OTC]	1		ANTIFÚNGICOS		
micro-guard 2 % topical powder[OTC]	1		ANTIFÚNGICOS		
monistat 1 (tioconazole) 6.5 % vaginal ointment[OTC]	1		ANTIFÚNGICOS		
MONISTAT 1 COMBO PACK 1,200 MG-2 % VAGINAL OVULE AND CREAM[OTC]	1		ANTIFÚNGICOS		
MONISTAT 3 4 % (200 MG)-2 %(9 GRAM)VAGINAL PACK,PREFIL APPL AND CREAM[OTC]	1		ANTIFÚNGICOS		
MONISTAT 3 200 MG-2 % (9 GRAM) VAGINAL KIT[OTC]	1		ANTIFÚNGICOS		
MONISTAT 3 200 MG/5 GRAM (4 %) VAGINAL CREAM[OTC]	1		ANTIFÚNGICOS		
MONISTAT 7 2 % VAGINAL CREAM[OTC]	1		ANTIFÚNGICOS		
mycozyl ac 1 % topical cream[OTC]	1		ANTIFÚNGICOS		
mycozyl ap 2 % topical powder[OTC]	1		ANTIFÚNGICOS		
naftifine 1 % topical cream[NP]	*		ANTIFÚNGICOS		
naftifine 2 % topical cream[NP]	*		ANTIFÚNGICOS		
naftifine 2 % topical gel[NP]	*		ANTIFÚNGICOS		
NAFTIN 2 % TOPICAL GEL[NP]	*		ANTIFÚNGICOS		
NIZORAL A-D 1 % SHAMPOO[OTC]	1		ANTIFÚNGICOS		
NOXAFIL 300 MG ORAL SUSPENSION,DELAYED RELEASE IN A PACKET[NP]	*	QL(32 cada 30 dÍas)	ANTIFÚNGICOS		
nyamyc 100,000 unit/gram topical powder	1		ANTIFÚNGICOS		
nystatin 100,000 unit/gram topical cream	1		ANTIFÚNGICOS		
nystatin 100,000 unit/gram topical ointment	1		ANTIFÚNGICOS		
nystatin 100,000 unit/gram topical powder	1		ANTIFÚNGICOS		
nystatin 100,000 unit/ml oral suspension	1		ANTIFÚNGICOS		

• NP – no preferido • OTC – sin receta • PA – autorización previa • QL – Límite de cantidad
• ST – Terapia por fases

Nombre del medicamento	Grupo del nivel del medica-mento	Requisitos de manejo de utilización	Nombre de la categoría terapéutica	Edad mínima	Edad máxima
nystatin 500,000 unit tablet	1		ANTIFÚNGICOS		
nystatin-triamcinolone 100,000 unit/g-0.1 % topical cream[NP]	*		ANTIFÚNGICOS		
nystatin-triamcinolone 100,000 unit/gram-0.1 % topical ointment[NP]	*		ANTIFÚNGICOS		
nystop 100,000 unit/gram topical powder	1		ANTIFÚNGICOS		
ORAVIG 50 MG BUCCAL TABLET[NP]	*		ANTIFÚNGICOS		
oxiconazole 1 % topical cream[NP]	*	QL(60 cada 30 dÍas)	ANTIFÚNGICOS		
OXISTAT 1 % LOTION[NP]	*		ANTIFÚNGICOS		
posaconazole 100 mg tablet,delayed release[NP]	*	QL(93 cada 30 dÍas)	ANTIFÚNGICOS		
posaconazole 200 mg/5 ml (40 mg/ml) oral suspension[NP]	*	QL(840 cada 28 dÍas)	ANTIFÚNGICOS		
REMEDY ANTIFUNGAL 2 % TOPICAL CREAM[OTC]	1		ANTIFÚNGICOS		
remedy antifungal 2 % topical powder[OTC]	1		ANTIFÚNGICOS		
remedy critic-aid treat 2 % topical ointment[OTC]	1		ANTIFÚNGICOS		
remedy phytoplex antifungal 2 % topical ointment[OTC]	1		ANTIFÚNGICOS		
remedy phytoplex antifungal 2 % topical powder[OTC]	1		ANTIFÚNGICOS		
ringworm 1 % topical cream[OTC]	1		ANTIFÚNGICOS		
secura antifungal extra thick 2 % topical cream[OTC]	1		ANTIFÚNGICOS		
SPORANOX 100 MG CAPSULE[NP]	*	QL(120 cada 30 dÍas)	ANTIFÚNGICOS		
tavaborole 5 % topical solution, applicator[NP]	*		ANTIFÚNGICOS		
terbinafine hcl 1 % topical cream[OTC]	1		ANTIFÚNGICOS		
terbinafine hcl 250 mg tablet	1	QL(90 cada 365 dÍas)	ANTIFÚNGICOS		
terconazole 0.4 % vaginal cream	1		ANTIFÚNGICOS		
terconazole 0.8 % vaginal cream	1		ANTIFÚNGICOS		
terconazole 80 mg vaginal suppository	1		ANTIFÚNGICOS		
thera antifungal 2 % topical cream[OTC]	1		ANTIFÚNGICOS		
thera antifungal 2 % topical powder[OTC]	1		ANTIFÚNGICOS		
tioconazole 6.5 % vaginal ointment[OTC]	1		ANTIFÚNGICOS		
tioconazole-1 6.5 % vaginal ointment[OTC]	1		ANTIFÚNGICOS		
TOLSURA 65 MG ORAL SOLID DISPERSION CAPSULE[NP]	*	QL(120 cada 30 dÍas)	ANTIFÚNGICOS		
trimazole 1 % topical cream[OTC]	1		ANTIFÚNGICOS		
triple paste af 2 % topical ointment[OTC]	1		ANTIFÚNGICOS		
VFEND 200 MG/5 ML (40 MG/ML) ORAL SUSPENSION[NP]	*	QL(400 cada 30 dÍas)	ANTIFÚNGICOS		
VIVJOA 150 MG CAPSULE[NP]	*		ANTIFÚNGICOS		
voriconazole 200 mg tablet[NP]	*	QL(120 cada 30 dÍas)	ANTIFÚNGICOS		

• NP – no preferido • OTC – sin receta • PA – autorización previa • QL – Límite de cantidad
• ST – Terapia por fases

Nombre del medicamento	Grupo del nivel del medica-mento	Requisitos de manejo de utilización	Nombre de la categoría terapéutica	Edad mínima	Edad máxima
voriconazole 200 mg/5 ml (40 mg/ml) oral suspension[NP]	*	QL(400 cada 30 días)	ANTIFÚNGICOS		
voriconazole 50 mg tablet[NP]	*	QL(120 cada 30 días)	ANTIFÚNGICOS		
votriza-al 1 % lotion[OTC]	1		ANTIFÚNGICOS		
VUSION 0.25 %-15 %-81.35 % TOPICAL OINTMENT[NP]	*		ANTIFÚNGICOS		
zeasorb af 2 % topical powder[OTC]	1		ANTIFÚNGICOS		
cycloserine 250 mg capsule	1		ANTIMICOBACTERIANOS		
dapsone 100 mg tablet	1		ANTIMICOBACTERIANOS		
dapsone 25 mg tablet	1		ANTIMICOBACTERIANOS		
ethambutol 100 mg tablet	1		ANTIMICOBACTERIANOS		
ethambutol 400 mg tablet	1		ANTIMICOBACTERIANOS		
isoniazid 100 mg tablet	1		ANTIMICOBACTERIANOS		
isoniazid 300 mg tablet	1		ANTIMICOBACTERIANOS		
isoniazid 50 mg/5 ml oral solution	1		ANTIMICOBACTERIANOS		
PRETOMANID 200 MG TABLET[NP]	*	QL(30 cada 30 días)	ANTIMICOBACTERIANOS		
PRIFTIN 150 MG TABLET	1		ANTIMICOBACTERIANOS		
pyrazinamide 500 mg tablet	1		ANTIMICOBACTERIANOS		
rifabutin 150 mg capsule	1		ANTIMICOBACTERIANOS		
rifampin 150 mg capsule	1		ANTIMICOBACTERIANOS		
rifampin 300 mg capsule	1		ANTIMICOBACTERIANOS		
rifapentine 150 mg tablet	1		ANTIMICOBACTERIANOS		
SIRTURO 100 MG TABLET[NP]	*		ANTIMICOBACTERIANOS		
SIRTURO 20 MG TABLET[NP]	*		ANTIMICOBACTERIANOS		
abiraterone 250 mg tablet	1	QL(120 cada 30 días)	ANTINEOPLÁSICOS		
abiraterone 500 mg tablet	1	QL(60 cada 30 días)	ANTINEOPLÁSICOS		
abirtega 250 mg tablet	1	QL(120 cada 30 días)	ANTINEOPLÁSICOS		
AFINITOR 10 MG TABLET[NP]	*	QL(30 cada 30 días)	ANTINEOPLÁSICOS		
AFINITOR 2.5 MG TABLET[NP]	*	QL(30 cada 30 días)	ANTINEOPLÁSICOS		
AFINITOR 5 MG TABLET[NP]	*	QL(30 cada 30 días)	ANTINEOPLÁSICOS		
AFINITOR 7.5 MG TABLET[NP]	*	QL(30 cada 30 días)	ANTINEOPLÁSICOS		
AFINITOR DISPERZ 2 MG TABLET FOR ORAL SUSPENSION[NP]	*	QL(30 cada 30 días)	ANTINEOPLÁSICOS		
AFINITOR DISPERZ 3 MG TABLET FOR ORAL SUSPENSION[NP]	*	QL(30 cada 30 días)	ANTINEOPLÁSICOS		
AFINITOR DISPERZ 5 MG TABLET FOR ORAL SUSPENSION[NP]	*	QL(30 cada 30 días)	ANTINEOPLÁSICOS		
AKEEGA 100 MG-500 MG TABLET[NP]	*	QL(60 cada 30 días)	ANTINEOPLÁSICOS		
AKEEGA 50 MG-500 MG TABLET[NP]	*	QL(60 cada 30 días)	ANTINEOPLÁSICOS		

• NP – no preferido • OTC – sin receta • PA – autorización previa • QL – Límite de cantidad
• ST – Terapia por fases

Nombre del medicamento	Grupo del nivel del medica-mento	Requisitos de manejo de utilización	Nombre de la categoría terapéutica	Edad mínima	Edad máxima
ALECENSA 150 MG CAPSULE[NP]	*	QL(240 cada 30 días)	ANTINEOPLÁSICOS		
ALUNBRIG 180 MG TABLET[NP]	*	QL(30 cada 30 días)	ANTINEOPLÁSICOS		
ALUNBRIG 30 MG TABLET[NP]	*	QL(180 cada 30 días)	ANTINEOPLÁSICOS		
ALUNBRIG 90 MG (7)-180 MG (23) TABLETS IN A DOSE PACK[NP]	*	QL(30 cada 30 días)	ANTINEOPLÁSICOS		
ALUNBRIG 90 MG TABLET[NP]	*	QL(30 cada 30 días)	ANTINEOPLÁSICOS		
AMELUZ 10 % TOPICAL GEL[NP]	*		ANTINEOPLÁSICOS		
anastrozole 1 mg tablet	1	QL(30 cada 30 días)	ANTINEOPLÁSICOS		
ARIMIDEX 1 MG TABLET[NP]	*	QL(30 cada 30 días)	ANTINEOPLÁSICOS		
AROMASIN 25 MG TABLET[NP]	*	QL(60 cada 30 días)	ANTINEOPLÁSICOS		
AUGTYRO 160 MG CAPSULE[NP]	*	QL(60 cada 30 días)	ANTINEOPLÁSICOS		
AUGTYRO 40 MG CAPSULE[NP]	*	QL(240 cada 30 días)	ANTINEOPLÁSICOS		
AVMAPKI-FAKZYNJA 0.8 MG-200 MG ORAL PACK[NP]	*	QL(66 cada 28 días)	ANTINEOPLÁSICOS		
AYVAKIT 100 MG TABLET[NP]	*	QL(30 cada 30 días)	ANTINEOPLÁSICOS		
AYVAKIT 200 MG TABLET[NP]	*	QL(30 cada 30 días)	ANTINEOPLÁSICOS		
AYVAKIT 25 MG TABLET[NP]	*	QL(30 cada 30 días)	ANTINEOPLÁSICOS		
AYVAKIT 300 MG TABLET[NP]	*	QL(30 cada 30 días)	ANTINEOPLÁSICOS		
AYVAKIT 50 MG TABLET[NP]	*	QL(30 cada 30 días)	ANTINEOPLÁSICOS		
BALVERSA 3 MG TABLET[NP]	*	QL(90 cada 30 días)	ANTINEOPLÁSICOS		
BALVERSA 4 MG TABLET[NP]	*	QL(60 cada 30 días)	ANTINEOPLÁSICOS		
BALVERSA 5 MG TABLET[NP]	*	QL(30 cada 30 días)	ANTINEOPLÁSICOS		
BEQALZI 1 MG TABLET[NP]	*	QL(60 cada 30 días)	ANTINEOPLÁSICOS		
BEQALZI 20 MG TABLET[NP]	*	QL(60 cada 30 días)	ANTINEOPLÁSICOS		
BEQALZI 5 MG TABLET[NP]	*	QL(60 cada 30 días)	ANTINEOPLÁSICOS		
BEQALZI 80 MG TABLET[NP]	*	QL(120 cada 30 días)	ANTINEOPLÁSICOS		
BEQALZI STARTER PACK 1 MG-5 MG-20 MG-80 MG TABLETS[NP]	*	QL(44 cada 28 días)	ANTINEOPLÁSICOS		
bexarotene 1 % topical gel[NP]	*	QL(240 cada 30 días)	ANTINEOPLÁSICOS		

• NP – no preferido • OTC – sin receta • PA – autorización previa • QL – Límite de cantidad
• ST – Terapia por fases

Nombre del medicamento	Grupo del nivel del medica-mento	Requisitos de manejo de utilización	Nombre de la categoría terapéutica	Edad mínima	Edad máxima
bexarotene 75 mg capsule	1	QL(300 cada 30 días)	ANTINEOPLÁSICOS		
bicalutamide 50 mg tablet	1	QL(30 cada 30 días)	ANTINEOPLÁSICOS		
BOSULIF 100 MG CAPSULE[NP]	*	QL(180 cada 30 días)	ANTINEOPLÁSICOS		
BOSULIF 100 MG TABLET[NP]	*	QL(120 cada 30 días)	ANTINEOPLÁSICOS		
BOSULIF 400 MG TABLET[NP]	*	QL(30 cada 30 días)	ANTINEOPLÁSICOS		
BOSULIF 50 MG CAPSULE[NP]	*	QL(360 cada 30 días)	ANTINEOPLÁSICOS		
BOSULIF 500 MG TABLET[NP]	*	QL(30 cada 30 días)	ANTINEOPLÁSICOS		
bosutinib 100 mg tablet[NP]	*	QL(120 cada 30 días)	ANTINEOPLÁSICOS		
bosutinib 400 mg tablet[NP]	*	QL(30 cada 30 días)	ANTINEOPLÁSICOS		
bosutinib 500 mg tablet[NP]	*	QL(30 cada 30 días)	ANTINEOPLÁSICOS		
BRAFTOVI 75 MG CAPSULE[NP]	*	QL(180 cada 30 días)	ANTINEOPLÁSICOS		
BRUKINSA 160 MG TABLET[NP]	*	QL(120 cada 30 días)	ANTINEOPLÁSICOS		
BRUKINSA 80 MG CAPSULE[NP]	*	QL(120 cada 30 días)	ANTINEOPLÁSICOS		
CABOMETYX 20 MG TABLET[NP]	*	QL(30 cada 30 días)	ANTINEOPLÁSICOS		
CABOMETYX 40 MG TABLET[NP]	*	QL(30 cada 30 días)	ANTINEOPLÁSICOS		
CABOMETYX 60 MG TABLET[NP]	*	QL(30 cada 30 días)	ANTINEOPLÁSICOS		
CALQUENCE (ACALABRUTINIB MALEATE) 100 MG TABLET[NP]	*	QL(60 cada 30 días)	ANTINEOPLÁSICOS		
capecitabine 150 mg tablet[NP]	*	QL(630 cada 30 días)	ANTINEOPLÁSICOS		
capecitabine 500 mg tablet[NP]	*	QL(189 cada 30 días)	ANTINEOPLÁSICOS		
CAPRELSA 100 MG TABLET	1	QL(60 cada 30 días)	ANTINEOPLÁSICOS		
CAPRELSA 300 MG TABLET	1	QL(30 cada 30 días)	ANTINEOPLÁSICOS		
CASODEX 50 MG TABLET[NP]	*	QL(30 cada 30 días)	ANTINEOPLÁSICOS		
CAVHANZA 60 MG DISINTEGRATING TABLET[NP]	*	QL(112 cada 28 días)	ANTINEOPLÁSICOS		
CAVHANZA 80 MG DISINTEGRATING TABLET[NP]	*	QL(112 cada 28 días)	ANTINEOPLÁSICOS		
COMETRIQ 100 MG/DAY (80 MG X 1-20 MG X 1) CAPSULES[NP]	*	QL(56 cada 28 días)	ANTINEOPLÁSICOS		

• NP – no preferido • OTC – sin receta • PA – autorización previa • QL – Límite de cantidad
• ST – Terapia por fases

Nombre del medicamento	Grupo del nivel del medica-mento	Requisitos de manejo de utilización	Nombre de la categoría terapéutica	Edad mínima	Edad máxima
COMETRIQ 140 MG/DAY (80 MG X 1-20 MG X 3) CAPSULES[NP]	*	QL(112 cada 28 días)	ANTINEOPLÁSICOS		
COMETRIQ 60 MG/DAY (20 MG X 3/DAY) CAPSULES[NP]	*	QL(84 cada 28 días)	ANTINEOPLÁSICOS		
COPIKTRA 15 MG CAPSULE[NP]	*	QL(56 cada 28 días)	ANTINEOPLÁSICOS		
COPIKTRA 25 MG CAPSULE[NP]	*	QL(56 cada 28 días)	ANTINEOPLÁSICOS		
COTELLIC 20 MG TABLET[NP]	*	QL(63 cada 28 días)	ANTINEOPLÁSICOS		
cyclophosphamide 25 mg capsule	1	QL(960 cada 30 días)	ANTINEOPLÁSICOS		
cyclophosphamide 50 mg capsule	1	QL(480 cada 30 días)	ANTINEOPLÁSICOS		
cyclophosphamide 50 mg tablet	1	QL(480 cada 30 días)	ANTINEOPLÁSICOS		
DANZITEN 71 MG TABLET[NP]	*	QL(120 cada 30 días)	ANTINEOPLÁSICOS		
DANZITEN 95 MG TABLET[NP]	*	QL(120 cada 30 días)	ANTINEOPLÁSICOS		
dasatinib 100 mg tablet[NP]	*	QL(60 cada 30 días)	ANTINEOPLÁSICOS		
dasatinib 140 mg tablet[NP]	*	QL(30 cada 30 días)	ANTINEOPLÁSICOS		
dasatinib 20 mg tablet[NP]	*	QL(90 cada 30 días)	ANTINEOPLÁSICOS		
dasatinib 50 mg tablet[NP]	*	QL(60 cada 30 días)	ANTINEOPLÁSICOS		
dasatinib 70 mg tablet[NP]	*	QL(60 cada 30 días)	ANTINEOPLÁSICOS		
dasatinib 80 mg tablet[NP]	*	QL(60 cada 30 días)	ANTINEOPLÁSICOS		
DAURISMO 100 MG TABLET[NP]	*	QL(30 cada 30 días)	ANTINEOPLÁSICOS		
DAURISMO 25 MG TABLET[NP]	*	QL(60 cada 30 días)	ANTINEOPLÁSICOS		
ENSACOVE 100 MG CAPSULE[NP]	*	QL(60 cada 30 días)	ANTINEOPLÁSICOS		
ENSACOVE 25 MG CAPSULE[NP]	*	QL(270 cada 30 días)	ANTINEOPLÁSICOS		
ERIVEDGE 150 MG CAPSULE	1	QL(28 cada 28 días)	ANTINEOPLÁSICOS		
ERLEADA 240 MG TABLET[NP]	*	QL(30 cada 30 días)	ANTINEOPLÁSICOS		
ERLEADA 60 MG TABLET[NP]	*	QL(120 cada 30 días)	ANTINEOPLÁSICOS		
erlotinib 100 mg tablet	1	QL(30 cada 30 días)	ANTINEOPLÁSICOS		
erlotinib 150 mg tablet	1	QL(30 cada 30 días)	ANTINEOPLÁSICOS		

• NP – no preferido • OTC – sin receta • PA – autorización previa • QL – Límite de cantidad
• ST – Terapia por fases

Nombre del medicamento	Grupo del nivel del medica-mento	Requisitos de manejo de utilización	Nombre de la categoría terapéutica	Edad mínima	Edad máxima
erlotinib 25 mg tablet	1	QL(90 cada 30 días)	ANTINEOPLÁSICOS		
ETCAMAH 75 MG TABLET[NP]	*	QL(56 cada 28 días)	ANTINEOPLÁSICOS		
etoposide 50 mg capsule	1	QL(100 cada 30 días)	ANTINEOPLÁSICOS		
everolimus (antineoplastic) 10 mg tablet[NP]	*	QL(30 cada 30 días)	ANTINEOPLÁSICOS		
everolimus (antineoplastic) 2 mg tablet for oral suspension[NP]	*	QL(30 cada 30 días)	ANTINEOPLÁSICOS		
everolimus (antineoplastic) 2.5 mg tablet[NP]	*	QL(30 cada 30 días)	ANTINEOPLÁSICOS		
everolimus (antineoplastic) 3 mg tablet for oral suspension[NP]	*	QL(30 cada 30 días)	ANTINEOPLÁSICOS		
everolimus (antineoplastic) 5 mg tablet[NP]	*	QL(30 cada 30 días)	ANTINEOPLÁSICOS		
everolimus (antineoplastic) 5 mg tablet for oral suspension[NP]	*	QL(30 cada 30 días)	ANTINEOPLÁSICOS		
everolimus (antineoplastic) 7.5 mg tablet[NP]	*	QL(30 cada 30 días)	ANTINEOPLÁSICOS		
exemestane 25 mg tablet	1	QL(60 cada 30 días)	ANTINEOPLÁSICOS		
FARESTON 60 MG TABLET[NP]	*	QL(30 cada 30 días)	ANTINEOPLÁSICOS		
FEMARA 2.5 MG TABLET[NP]	*	QL(30 cada 30 días)	ANTINEOPLÁSICOS		
FOTIVDA 0.89 MG CAPSULE[NP]	*	QL(21 cada 28 días)	ANTINEOPLÁSICOS		
FOTIVDA 1.34 MG CAPSULE[NP]	*	QL(21 cada 28 días)	ANTINEOPLÁSICOS		
FRUZAQLA 1 MG CAPSULE[NP]	*	QL(84 cada 28 días)	ANTINEOPLÁSICOS		
FRUZAQLA 5 MG CAPSULE[NP]	*	QL(21 cada 28 días)	ANTINEOPLÁSICOS		
GAVRETO 100 MG CAPSULE[NP]	*	QL(120 cada 30 días)	ANTINEOPLÁSICOS		
gefitinib 250 mg tablet	1		ANTINEOPLÁSICOS		
GILOTRIF 20 MG TABLET[NP]	*	QL(30 cada 30 días)	ANTINEOPLÁSICOS		
GILOTRIF 30 MG TABLET[NP]	*	QL(30 cada 30 días)	ANTINEOPLÁSICOS		
GILOTRIF 40 MG TABLET[NP]	*	QL(30 cada 30 días)	ANTINEOPLÁSICOS		
GLEEVEC 100 MG TABLET[NP]	*	QL(90 cada 30 días)	ANTINEOPLÁSICOS		
GLEEVEC 400 MG TABLET[NP]	*	QL(60 cada 30 días)	ANTINEOPLÁSICOS		
GLEOSTINE 10 MG CAPSULE	1	QL(35 cada 30 días)	ANTINEOPLÁSICOS		
GLEOSTINE 100 MG CAPSULE	1	QL(3 cada 30 días)	ANTINEOPLÁSICOS		

• NP – no preferido • OTC – sin receta • PA – autorización previa • QL – Límite de cantidad
• ST – Terapia por fases

Nombre del medicamento	Grupo del nivel del medica-mento	Requisitos de manejo de utilización	Nombre de la categoría terapéutica	Edad mínima	Edad máxima
GOMEKLI 1 MG CAPSULE[NP]	*		ANTINEOPLÁSICOS		
GOMEKLI 1 MG TABLET FOR ORAL SUSPENSION[NP]	*		ANTINEOPLÁSICOS		
GOMEKLI 2 MG CAPSULE[NP]	*		ANTINEOPLÁSICOS		
HERNEXEOS 60 MG TABLET[NP]	*	QL(180 cada 30 días)	ANTINEOPLÁSICOS		
HYCAMTIN 0.25 MG CAPSULE	1	QL(100 cada 25 días)	ANTINEOPLÁSICOS		
HYCAMTIN 1 MG CAPSULE	1	QL(25 cada 25 días)	ANTINEOPLÁSICOS		
HYDREA 500 MG CAPSULE[NP]	*		ANTINEOPLÁSICOS		
hydroxyurea 500 mg capsule	1		ANTINEOPLÁSICOS		
HYRNUO 10 MG TABLET[NP]	*	QL(120 cada 30 días)	ANTINEOPLÁSICOS		
IBRANCE 100 MG CAPSULE[NP]	*	QL(21 cada 28 días)	ANTINEOPLÁSICOS		
IBRANCE 100 MG TABLET[NP]	*	QL(21 cada 28 días)	ANTINEOPLÁSICOS		
IBRANCE 125 MG CAPSULE[NP]	*	QL(21 cada 28 días)	ANTINEOPLÁSICOS		
IBRANCE 125 MG TABLET[NP]	*	QL(21 cada 28 días)	ANTINEOPLÁSICOS		
IBRANCE 75 MG CAPSULE[NP]	*	QL(21 cada 28 días)	ANTINEOPLÁSICOS		
IBRANCE 75 MG TABLET[NP]	*	QL(21 cada 28 días)	ANTINEOPLÁSICOS		
IBTROZI 200 MG CAPSULE[NP]	*	QL(90 cada 30 días)	ANTINEOPLÁSICOS		
ICLUSIG 10 MG TABLET[NP]	*	QL(30 cada 30 días)	ANTINEOPLÁSICOS		
ICLUSIG 15 MG TABLET[NP]	*	QL(60 cada 30 días)	ANTINEOPLÁSICOS		
ICLUSIG 30 MG TABLET[NP]	*	QL(30 cada 30 días)	ANTINEOPLÁSICOS		
ICLUSIG 45 MG TABLET[NP]	*	QL(30 cada 30 días)	ANTINEOPLÁSICOS		
IDHIFA 100 MG TABLET[NP]	*	QL(30 cada 30 días)	ANTINEOPLÁSICOS		
IDHIFA 50 MG TABLET[NP]	*	QL(30 cada 30 días)	ANTINEOPLÁSICOS		
imatinib 100 mg tablet[NP]	*	QL(90 cada 30 días)	ANTINEOPLÁSICOS		
imatinib 400 mg tablet[NP]	*	QL(60 cada 30 días)	ANTINEOPLÁSICOS		
IMBRUVICA 140 MG CAPSULE[NP]	*	QL(120 cada 30 días)	ANTINEOPLÁSICOS		
IMBRUVICA 140 MG TABLET[NP]	*	QL(28 cada 28 días)	ANTINEOPLÁSICOS		
IMBRUVICA 280 MG TABLET[NP]	*	QL(28 cada 28 días)	ANTINEOPLÁSICOS		

• NP – no preferido • OTC – sin receta • PA – autorización previa • QL – Límite de cantidad
• ST – Terapia por fases

Nombre del medicamento	Grupo del nivel del medica-mento	Requisitos de manejo de utilización	Nombre de la categoría terapéutica	Edad mínima	Edad máxima
IMBRUVICA 420 MG TABLET[NP]	*	QL(28 cada 28 días)	ANTINEOPLÁSICOS		
IMBRUVICA 70 MG CAPSULE[NP]	*	QL(28 cada 28 días)	ANTINEOPLÁSICOS		
IMBRUVICA 70 MG/ML ORAL SUSPENSION[NP]	*		ANTINEOPLÁSICOS		
IMKELDI 80 MG/ML ORAL SOLUTION[NP]	*	QL(300 cada 30 días)	ANTINEOPLÁSICOS		
INLURIYO 200 MG TABLET[NP]	*	QL(84 cada 28 días)	ANTINEOPLÁSICOS		
INLYTA 1 MG TABLET[NP]	*	QL(180 cada 30 días)	ANTINEOPLÁSICOS		
INLYTA 5 MG TABLET[NP]	*	QL(120 cada 30 días)	ANTINEOPLÁSICOS		
INQOVI 35 MG-100 MG TABLET[NP]	*	QL(5 cada 28 días)	ANTINEOPLÁSICOS		
INREBIC 100 MG CAPSULE[NP]	*	QL(120 cada 30 días)	ANTINEOPLÁSICOS		
IRESSA 250 MG TABLET	1		ANTINEOPLÁSICOS		
ITOVEBI 3 MG TABLET[NP]	*	QL(56 cada 28 días)	ANTINEOPLÁSICOS		
ITOVEBI 9 MG TABLET[NP]	*	QL(28 cada 28 días)	ANTINEOPLÁSICOS		
IWILFIN 192 MG TABLET[NP]	*	QL(240 cada 30 días)	ANTINEOPLÁSICOS		
JAKAFI 10 MG TABLET	1	QL(60 cada 30 días)	ANTINEOPLÁSICOS		
JAKAFI 15 MG TABLET	1	QL(60 cada 30 días)	ANTINEOPLÁSICOS		
JAKAFI 20 MG TABLET	1	QL(60 cada 30 días)	ANTINEOPLÁSICOS		
JAKAFI 25 MG TABLET	1	QL(60 cada 30 días)	ANTINEOPLÁSICOS		
JAKAFI 5 MG TABLET	1	QL(60 cada 30 días)	ANTINEOPLÁSICOS		
JAKAFI XR 11 MG TABLET,EXTENDED RELEASE[NP]	*	QL(30 cada 30 días)	ANTINEOPLÁSICOS		
JAKAFI XR 22 MG TABLET,EXTENDED RELEASE[NP]	*	QL(30 cada 30 días)	ANTINEOPLÁSICOS		
JAKAFI XR 33 MG TABLET,EXTENDED RELEASE[NP]	*	QL(30 cada 30 días)	ANTINEOPLÁSICOS		
JAKAFI XR 44 MG TABLET,EXTENDED RELEASE[NP]	*	QL(30 cada 30 días)	ANTINEOPLÁSICOS		
JAKAFI XR 55 MG TABLET,EXTENDED RELEASE[NP]	*	QL(30 cada 30 días)	ANTINEOPLÁSICOS		
JAYPIRCA 100 MG TABLET[NP]	*	QL(90 cada 30 días)	ANTINEOPLÁSICOS		
JAYPIRCA 50 MG TABLET[NP]	*	QL(90 cada 30 días)	ANTINEOPLÁSICOS		
KISQALI 200 MG/DAY (200 MG X 1) TABLET[NP]	*	QL(21 cada 28 días)	ANTINEOPLÁSICOS		

• NP – no preferido • OTC – sin receta • PA – autorización previa • QL – Límite de cantidad
• ST – Terapia por fases

Nombre del medicamento	Grupo del nivel del medica-mento	Requisitos de manejo de utilización	Nombre de la categoría terapéutica	Edad mínima	Edad máxima
KISQALI 400 MG/DAY (200 MG X 2) TABLET[NP]	*	QL(42 cada 28 días)	ANTINEOPLÁSICOS		
KISQALI 600 MG/DAY (200 MG X 3) TABLET[NP]	*	QL(63 cada 28 días)	ANTINEOPLÁSICOS		
KOMZIFTI 200 MG CAPSULE[NP]	*	QL(90 cada 30 días)	ANTINEOPLÁSICOS		
KOSELUGO 10 MG CAPSULE[NP]	*	QL(240 cada 30 días)	ANTINEOPLÁSICOS		
KOSELUGO 25 MG CAPSULE[NP]	*	QL(120 cada 30 días)	ANTINEOPLÁSICOS		
KOSELUGO 5 MG SPRINKLE CAPSULE[NP]	*	QL(600 cada 30 días)	ANTINEOPLÁSICOS		
KOSELUGO 7.5 MG SPRINKLE CAPSULE[NP]	*	QL(360 cada 30 días)	ANTINEOPLÁSICOS		
KRAZATI 200 MG TABLET[NP]	*	QL(180 cada 30 días)	ANTINEOPLÁSICOS		
lapatinib 250 mg tablet[NP]	*	QL(180 cada 30 días)	ANTINEOPLÁSICOS		
LAZCLUZE 240 MG TABLET[NP]	*	QL(30 cada 30 días)	ANTINEOPLÁSICOS		
LAZCLUZE 80 MG TABLET[NP]	*	QL(60 cada 30 días)	ANTINEOPLÁSICOS		
lenalidomide 10 mg capsule[NP]	*	QL(28 cada 28 días)	ANTINEOPLÁSICOS		
lenalidomide 15 mg capsule[NP]	*	QL(28 cada 28 días)	ANTINEOPLÁSICOS		
lenalidomide 2.5 mg capsule[NP]	*	QL(28 cada 28 días)	ANTINEOPLÁSICOS		
lenalidomide 20 mg capsule[NP]	*	QL(28 cada 28 días)	ANTINEOPLÁSICOS		
lenalidomide 25 mg capsule[NP]	*	QL(28 cada 28 días)	ANTINEOPLÁSICOS		
lenalidomide 5 mg capsule[NP]	*	QL(28 cada 28 días)	ANTINEOPLÁSICOS		
LENVIMA 10 MG/DAY (10 MG X 1) CAPSULE[NP]	*	QL(30 cada 30 días)	ANTINEOPLÁSICOS		
LENVIMA 12 MG/DAY (4 MG X 3) CAPSULE[NP]	*	QL(90 cada 30 días)	ANTINEOPLÁSICOS		
LENVIMA 14 MG/DAY(10 MG X 1-4 MG X 1) CAPSULE[NP]	*	QL(60 cada 30 días)	ANTINEOPLÁSICOS		
LENVIMA 18 MG/DAY (10 MG X 1 AND 4 MG X 2) CAPSULE[NP]	*	QL(90 cada 30 días)	ANTINEOPLÁSICOS		
LENVIMA 20 MG/DAY (10 MG X 2) CAPSULE[NP]	*	QL(60 cada 30 días)	ANTINEOPLÁSICOS		
LENVIMA 24 MG PER DAY (10 MG X 2 AND 4 MG X 1) CAPSULE[NP]	*	QL(90 cada 30 días)	ANTINEOPLÁSICOS		
LENVIMA 4 MG CAPSULE[NP]	*	QL(30 cada 30 días)	ANTINEOPLÁSICOS		
LENVIMA 8 MG/DAY (4 MG X 2) CAPSULE[NP]	*	QL(60 cada 30 días)	ANTINEOPLÁSICOS		

• NP – no preferido • OTC – sin receta • PA – autorización previa • QL – Límite de cantidad
• ST – Terapia por fases

Nombre del medicamento	Grupo del nivel del medica-mento	Requisitos de manejo de utilización	Nombre de la categoría terapéutica	Edad mínima	Edad máxima
letrozole 2.5 mg tablet	1	QL(30 cada 30 días)	ANTINEOPLÁSICOS		
leucovorin calcium 10 mg tablet	1		ANTINEOPLÁSICOS		
leucovorin calcium 15 mg tablet	1		ANTINEOPLÁSICOS		
leucovorin calcium 25 mg tablet	1		ANTINEOPLÁSICOS		
leucovorin calcium 5 mg tablet	1		ANTINEOPLÁSICOS		
LEVULAN 20 % TOPICAL SOLUTION	1		ANTINEOPLÁSICOS		
LIFYORLI 125MG/DAY(100 MG X1-25MG X1) CAPSULE[NP]	*		ANTINEOPLÁSICOS		
LIFYORLI 150MG/DAY(100 MG X1-25MG X2) CAPSULE[NP]	*		ANTINEOPLÁSICOS		
lomustine 10 mg capsule	1	QL(35 cada 30 días)	ANTINEOPLÁSICOS		
lomustine 100 mg capsule	1	QL(3 cada 30 días)	ANTINEOPLÁSICOS		
lomustine 40 mg capsule	1	QL(9 cada 30 días)	ANTINEOPLÁSICOS		
LONSURF 15 MG-6.14 MG TABLET[NP]	*	QL(100 cada 30 días)	ANTINEOPLÁSICOS		
LONSURF 20 MG-8.19 MG TABLET[NP]	*	QL(80 cada 30 días)	ANTINEOPLÁSICOS		
LORBRENA 100 MG TABLET[NP]	*	QL(30 cada 30 días)	ANTINEOPLÁSICOS		
LORBRENA 25 MG TABLET[NP]	*	QL(90 cada 30 días)	ANTINEOPLÁSICOS		
LUMAKRAS 120 MG TABLET[NP]	*	QL(240 cada 30 días)	ANTINEOPLÁSICOS		
LUMAKRAS 240 MG TABLET[NP]	*	QL(120 cada 30 días)	ANTINEOPLÁSICOS		
LUMAKRAS 320 MG TABLET[NP]	*	QL(90 cada 30 días)	ANTINEOPLÁSICOS		
LYNPARZA 100 MG TABLET[NP]	*	QL(120 cada 30 días)	ANTINEOPLÁSICOS		
LYNPARZA 150 MG TABLET[NP]	*	QL(120 cada 30 días)	ANTINEOPLÁSICOS		
LYSODREN 500 MG TABLET	1		ANTINEOPLÁSICOS		
LYTGOBI 12 MG/DAY (4 MG X 3) TABLET[NP]	*	QL(140 cada 28 días)	ANTINEOPLÁSICOS		
LYTGOBI 16 MG/DAY (4 MG X 4) TABLET[NP]	*	QL(140 cada 28 días)	ANTINEOPLÁSICOS		
LYTGOBI 20 MG/DAY (4 MG X 5) TABLET[NP]	*	QL(140 cada 28 días)	ANTINEOPLÁSICOS		
MATULANE 50 MG CAPSULE	1		ANTINEOPLÁSICOS		
MEKINIST 0.05 MG/ML ORAL SOLUTION[NP]	*	QL(1170 cada 28 días)	ANTINEOPLÁSICOS		
MEKINIST 0.5 MG TABLET[NP]	*	QL(120 cada 30 días)	ANTINEOPLÁSICOS		
MEKINIST 2 MG TABLET[NP]	*	QL(30 cada 30 días)	ANTINEOPLÁSICOS		
MEKTOVI 15 MG TABLET[NP]	*	QL(180 cada 30 días)	ANTINEOPLÁSICOS		

• NP – no preferido • OTC – sin receta • PA – autorización previa • QL – Límite de cantidad
• ST – Terapia por fases

Nombre del medicamento	Grupo del nivel del medica-mento	Requisitos de manejo de utilización	Nombre de la categoría terapéutica	Edad mínima	Edad máxima
mercaptopurine 20 mg/ml oral suspension[NP]	*	QL(300 cada 30 días)	ANTINEOPLÁSICOS		
mercaptopurine 50 mg tablet	1	QL(480 cada 30 días)	ANTINEOPLÁSICOS		
mesna 400 mg tablet	1		ANTINEOPLÁSICOS		
MESNEX 400 MG TABLET	1		ANTINEOPLÁSICOS		
NERLYNX 40 MG TABLET[NP]	*	QL(180 cada 30 días)	ANTINEOPLÁSICOS		
NEXAVAR 200 MG TABLET	1	QL(120 cada 30 días)	ANTINEOPLÁSICOS		
nilotinib d-tartrate 150 mg capsule[NP]	*	QL(120 cada 30 días)	ANTINEOPLÁSICOS		
nilotinib d-tartrate 200 mg capsule[NP]	*	QL(120 cada 30 días)	ANTINEOPLÁSICOS		
nilotinib d-tartrate 50 mg capsule[NP]	*	QL(120 cada 30 días)	ANTINEOPLÁSICOS		
nilotinib hcl 150 mg capsule[NP]	*	QL(120 cada 30 días)	ANTINEOPLÁSICOS		
nilotinib hcl 200 mg capsule[NP]	*	QL(120 cada 30 días)	ANTINEOPLÁSICOS		
nilotinib hcl 50 mg capsule[NP]	*	QL(120 cada 30 días)	ANTINEOPLÁSICOS		
nilutamide 150 mg tablet	1	QL(60 cada 30 días)	ANTINEOPLÁSICOS		
NINLARO 2.3 MG CAPSULE[NP]	*	QL(3 cada 28 días)	ANTINEOPLÁSICOS		
NINLARO 3 MG CAPSULE[NP]	*	QL(3 cada 28 días)	ANTINEOPLÁSICOS		
NINLARO 4 MG CAPSULE[NP]	*	QL(3 cada 28 días)	ANTINEOPLÁSICOS		
NUBEQA 300 MG TABLET[NP]	*	QL(120 cada 30 días)	ANTINEOPLÁSICOS		
ODOMZO 200 MG CAPSULE[NP]	*	QL(30 cada 30 días)	ANTINEOPLÁSICOS		
OGSIVEO 100 MG TABLET[NP]	*	QL(60 cada 30 días)	ANTINEOPLÁSICOS		
OGSIVEO 150 MG TABLET[NP]	*	QL(60 cada 30 días)	ANTINEOPLÁSICOS		
OJEMDA 25 MG/ML ORAL SUSPENSION[NP]	*	QL(96 cada 28 días)	ANTINEOPLÁSICOS		
OJEMDA 400 MG/WEEK (100 MG X 4) TABLET[NP]	*	QL(16 cada 28 días)	ANTINEOPLÁSICOS		
OJEMDA 500 MG/WEEK (100 MG X 5) TABLET[NP]	*	QL(20 cada 28 días)	ANTINEOPLÁSICOS		
OJEMDA 600 MG/WEEK (100 MG X 6) TABLET[NP]	*	QL(24 cada 28 días)	ANTINEOPLÁSICOS		
OJJAARA 100 MG TABLET[NP]	*	QL(30 cada 30 días)	ANTINEOPLÁSICOS		
OJJAARA 150 MG TABLET[NP]	*	QL(30 cada 30 días)	ANTINEOPLÁSICOS		

• NP – no preferido • OTC – sin receta • PA – autorización previa • QL – Límite de cantidad
• ST – Terapia por fases

Nombre del medicamento	Grupo del nivel del medica-mento	Requisitos de manejo de utilización	Nombre de la categoría terapéutica	Edad mínima	Edad máxima
OJJAARA 200 MG TABLET[NP]	*	QL(30 cada 30 días)	ANTINEOPLÁSICOS		
ONUREG 200 MG TABLET[NP]	*	QL(14 cada 28 días)	ANTINEOPLÁSICOS		
ONUREG 300 MG TABLET[NP]	*	QL(14 cada 28 días)	ANTINEOPLÁSICOS		
ORGOVYX 120 MG TABLET[NP]	*	QL(32 cada 30 días)	ANTINEOPLÁSICOS		
ORSERDU 345 MG TABLET	1	QL(30 cada 30 días)	ANTINEOPLÁSICOS		
ORSERDU 86 MG TABLET	1	QL(90 cada 30 días)	ANTINEOPLÁSICOS		
pazopanib 200 mg tablet	1	QL(120 cada 30 días)	ANTINEOPLÁSICOS		
pazopanib 400 mg tablet	1	QL(60 cada 30 días)	ANTINEOPLÁSICOS		
PEMAZYRE 13.5 MG TABLET[NP]	*	QL(28 cada 28 días)	ANTINEOPLÁSICOS		
PEMAZYRE 4.5 MG TABLET[NP]	*	QL(28 cada 28 días)	ANTINEOPLÁSICOS		
PEMAZYRE 9 MG TABLET[NP]	*	QL(28 cada 28 días)	ANTINEOPLÁSICOS		
PHYRAGO 100 MG TABLET[NP]	*	QL(60 cada 30 días)	ANTINEOPLÁSICOS		
PHYRAGO 140 MG TABLET[NP]	*	QL(30 cada 30 días)	ANTINEOPLÁSICOS		
PHYRAGO 20 MG TABLET[NP]	*	QL(90 cada 30 días)	ANTINEOPLÁSICOS		
PHYRAGO 50 MG TABLET[NP]	*	QL(60 cada 30 días)	ANTINEOPLÁSICOS		
PHYRAGO 70 MG TABLET[NP]	*	QL(60 cada 30 días)	ANTINEOPLÁSICOS		
PHYRAGO 80 MG TABLET[NP]	*	QL(60 cada 30 días)	ANTINEOPLÁSICOS		
PIQRAY 200 MG/DAY (200 MG X 1) TABLET[NP]	*	QL(28 cada 28 días)	ANTINEOPLÁSICOS		
PIQRAY 250 MG/DAY (200 MG X 1 AND 50 MG X 1) TABLET[NP]	*	QL(56 cada 28 días)	ANTINEOPLÁSICOS		
PIQRAY 300 MG/DAY (150 MG X 2) TABLET[NP]	*	QL(56 cada 28 días)	ANTINEOPLÁSICOS		
pomalidomide 1 mg capsule[NP]	*	QL(21 cada 28 días)	ANTINEOPLÁSICOS		
pomalidomide 2 mg capsule[NP]	*	QL(21 cada 28 días)	ANTINEOPLÁSICOS		
pomalidomide 3 mg capsule[NP]	*	QL(21 cada 28 días)	ANTINEOPLÁSICOS		
pomalidomide 4 mg capsule[NP]	*	QL(21 cada 28 días)	ANTINEOPLÁSICOS		
POMALYST 1 MG CAPSULE[NP]	*	QL(21 cada 28 días)	ANTINEOPLÁSICOS		

• NP – no preferido • OTC – sin receta • PA – autorización previa • QL – Límite de cantidad
• ST – Terapia por fases

Nombre del medicamento	Grupo del nivel del medica-mento	Requisitos de manejo de utilización	Nombre de la categoría terapéutica	Edad mínima	Edad máxima
POMALYST 2 MG CAPSULE[NP]	*	QL(21 cada 28 días)	ANTINEOPLÁSICOS		
POMALYST 3 MG CAPSULE[NP]	*	QL(21 cada 28 días)	ANTINEOPLÁSICOS		
POMALYST 4 MG CAPSULE[NP]	*	QL(21 cada 28 días)	ANTINEOPLÁSICOS		
PURIXAN 20 MG/ML ORAL SUSPENSION[NP]	*	QL(300 cada 30 días)	ANTINEOPLÁSICOS		
QINLOCK 50 MG TABLET[NP]	*	QL(90 cada 30 días)	ANTINEOPLÁSICOS		
RETEVMO 120 MG TABLET[NP]	*	QL(60 cada 30 días)	ANTINEOPLÁSICOS		
RETEVMO 160 MG TABLET[NP]	*	QL(60 cada 30 días)	ANTINEOPLÁSICOS		
RETEVMO 40 MG CAPSULE[NP]	*	QL(180 cada 30 días)	ANTINEOPLÁSICOS		
RETEVMO 40 MG TABLET[NP]	*	QL(90 cada 30 días)	ANTINEOPLÁSICOS		
RETEVMO 80 MG CAPSULE[NP]	*	QL(120 cada 30 días)	ANTINEOPLÁSICOS		
RETEVMO 80 MG TABLET[NP]	*	QL(60 cada 30 días)	ANTINEOPLÁSICOS		
REVLIMID 10 MG CAPSULE[NP]	*	QL(28 cada 28 días)	ANTINEOPLÁSICOS		
REVLIMID 15 MG CAPSULE[NP]	*	QL(28 cada 28 días)	ANTINEOPLÁSICOS		
REVLIMID 2.5 MG CAPSULE[NP]	*	QL(28 cada 28 días)	ANTINEOPLÁSICOS		
REVLIMID 20 MG CAPSULE[NP]	*	QL(28 cada 28 días)	ANTINEOPLÁSICOS		
REVLIMID 25 MG CAPSULE[NP]	*	QL(28 cada 28 días)	ANTINEOPLÁSICOS		
REVLIMID 5 MG CAPSULE[NP]	*	QL(28 cada 28 días)	ANTINEOPLÁSICOS		
REVUFORJ 110 MG TABLET[NP]	*		ANTINEOPLÁSICOS		
REVUFORJ 160 MG TABLET[NP]	*		ANTINEOPLÁSICOS		
REVUFORJ 25 MG TABLET[NP]	*		ANTINEOPLÁSICOS		
REZLIDHIA 150 MG CAPSULE[NP]	*	QL(60 cada 30 días)	ANTINEOPLÁSICOS		
ROMVIMZA 14 MG CAPSULE[NP]	*		ANTINEOPLÁSICOS		
ROMVIMZA 20 MG CAPSULE[NP]	*		ANTINEOPLÁSICOS		
ROMVIMZA 30 MG CAPSULE[NP]	*		ANTINEOPLÁSICOS		
ROZLYTREK 100 MG CAPSULE[NP]	*	QL(150 cada 30 días)	ANTINEOPLÁSICOS		
ROZLYTREK 200 MG CAPSULE[NP]	*	QL(90 cada 30 días)	ANTINEOPLÁSICOS		
ROZLYTREK 50 MG ORAL PELLETS IN PACKET[NP]	*	QL(360 cada 30 días)	ANTINEOPLÁSICOS		
RUBRACA 200 MG TABLET[NP]	*	QL(120 cada 30 días)	ANTINEOPLÁSICOS		

• NP – no preferido • OTC – sin receta • PA – autorización previa • QL – Límite de cantidad
• ST – Terapia por fases

Nombre del medicamento	Grupo del nivel del medica-mento	Requisitos de manejo de utilización	Nombre de la categoría terapéutica	Edad mínima	Edad máxima
RUBRACA 250 MG TABLET[NP]	*	QL(120 cada 30 días)	ANTINEOPLÁSICOS		
RUBRACA 300 MG TABLET[NP]	*	QL(120 cada 30 días)	ANTINEOPLÁSICOS		
RYDAPT 25 MG CAPSULE[NP]	*	QL(224 cada 28 días)	ANTINEOPLÁSICOS		
SCEMBLIX 100 MG TABLET[NP]	*	QL(120 cada 30 días)	ANTINEOPLÁSICOS		
SCEMBLIX 20 MG TABLET[NP]	*	QL(60 cada 30 días)	ANTINEOPLÁSICOS		
SCEMBLIX 40 MG TABLET[NP]	*	QL(300 cada 30 días)	ANTINEOPLÁSICOS		
SOLTAMOX 20 MG/10 ML ORAL SOLUTION	1	QL(600 cada 30 días)	ANTINEOPLÁSICOS		
sorafenib 200 mg tablet	1	QL(120 cada 30 días)	ANTINEOPLÁSICOS		
SPRYCEL 100 MG TABLET[NP]	*	QL(60 cada 30 días)	ANTINEOPLÁSICOS		
SPRYCEL 140 MG TABLET[NP]	*	QL(30 cada 30 días)	ANTINEOPLÁSICOS		
SPRYCEL 20 MG TABLET[NP]	*	QL(90 cada 30 días)	ANTINEOPLÁSICOS		
SPRYCEL 50 MG TABLET[NP]	*	QL(60 cada 30 días)	ANTINEOPLÁSICOS		
SPRYCEL 70 MG TABLET[NP]	*	QL(60 cada 30 días)	ANTINEOPLÁSICOS		
SPRYCEL 80 MG TABLET[NP]	*	QL(60 cada 30 días)	ANTINEOPLÁSICOS		
STIVARGA 40 MG TABLET[NP]	*	QL(84 cada 28 días)	ANTINEOPLÁSICOS		
sunitinib malate 12.5 mg capsule	1	QL(28 cada 28 días)	ANTINEOPLÁSICOS		
sunitinib malate 25 mg capsule	1	QL(28 cada 28 días)	ANTINEOPLÁSICOS		
sunitinib malate 37.5 mg capsule	1	QL(28 cada 28 días)	ANTINEOPLÁSICOS		
sunitinib malate 50 mg capsule	1	QL(28 cada 28 días)	ANTINEOPLÁSICOS		
SUTENT 12.5 MG CAPSULE	1	QL(28 cada 28 días)	ANTINEOPLÁSICOS		
SUTENT 25 MG CAPSULE	1	QL(28 cada 28 días)	ANTINEOPLÁSICOS		
SUTENT 37.5 MG CAPSULE	1	QL(28 cada 28 días)	ANTINEOPLÁSICOS		
SUTENT 50 MG CAPSULE	1	QL(28 cada 28 días)	ANTINEOPLÁSICOS		
TABRECTA 150 MG TABLET[NP]	*	QL(112 cada 28 días)	ANTINEOPLÁSICOS		
TABRECTA 200 MG TABLET[NP]	*	QL(112 cada 28 días)	ANTINEOPLÁSICOS		

• NP – no preferido • OTC – sin receta • PA – autorización previa • QL – Límite de cantidad
• ST – Terapia por fases

Nombre del medicamento	Grupo del nivel del medica-mento	Requisitos de manejo de utilización	Nombre de la categoría terapéutica	Edad mínima	Edad máxima
TAFINLAR 10 MG TABLET FOR ORAL SUSPENSION[NP]	*	QL(840 cada 28 días)	ANTINEOPLÁSICOS		
TAFINLAR 50 MG CAPSULE[NP]	*	QL(180 cada 30 días)	ANTINEOPLÁSICOS		
TAFINLAR 75 MG CAPSULE[NP]	*	QL(120 cada 30 días)	ANTINEOPLÁSICOS		
TAGRISSO 40 MG TABLET[NP]	*	QL(30 cada 30 días)	ANTINEOPLÁSICOS		
TAGRISSO 80 MG TABLET[NP]	*	QL(30 cada 30 días)	ANTINEOPLÁSICOS		
TALZENNA 0.1 MG CAPSULE[NP]	*	QL(30 cada 30 días)	ANTINEOPLÁSICOS		
TALZENNA 0.25 MG CAPSULE[NP]	*	QL(90 cada 30 días)	ANTINEOPLÁSICOS		
TALZENNA 0.35 MG CAPSULE[NP]	*	QL(30 cada 30 días)	ANTINEOPLÁSICOS		
TALZENNA 0.5 MG CAPSULE[NP]	*	QL(30 cada 30 días)	ANTINEOPLÁSICOS		
TALZENNA 0.75 MG CAPSULE[NP]	*	QL(30 cada 30 días)	ANTINEOPLÁSICOS		
TALZENNA 1 MG CAPSULE[NP]	*	QL(30 cada 30 días)	ANTINEOPLÁSICOS		
tamoxifen 10 mg tablet	1		ANTINEOPLÁSICOS		
tamoxifen 20 mg tablet	1		ANTINEOPLÁSICOS		
TASIGNA 150 MG CAPSULE[NP]	*	QL(120 cada 30 días)	ANTINEOPLÁSICOS		
TASIGNA 200 MG CAPSULE[NP]	*	QL(120 cada 30 días)	ANTINEOPLÁSICOS		
TASIGNA 50 MG CAPSULE[NP]	*	QL(120 cada 30 días)	ANTINEOPLÁSICOS		
temozolomide 100 mg capsule	1	QL(60 cada 30 días)	ANTINEOPLÁSICOS		
temozolomide 140 mg capsule	1	QL(60 cada 30 días)	ANTINEOPLÁSICOS		
temozolomide 180 mg capsule	1	QL(60 cada 30 días)	ANTINEOPLÁSICOS		
temozolomide 20 mg capsule	1	QL(270 cada 30 días)	ANTINEOPLÁSICOS		
temozolomide 250 mg capsule	1	QL(10 cada 30 días)	ANTINEOPLÁSICOS		
temozolomide 5 mg capsule	1	QL(90 cada 30 días)	ANTINEOPLÁSICOS		
TEPMETKO 225 MG TABLET[NP]	*	QL(60 cada 30 días)	ANTINEOPLÁSICOS		
THALOMID 100 MG CAPSULE[NP]	*	QL(30 cada 30 días)	ANTINEOPLÁSICOS		
THALOMID 50 MG CAPSULE[NP]	*	QL(30 cada 30 días)	ANTINEOPLÁSICOS		
TIBSOVO 250 MG TABLET[NP]	*	QL(60 cada 30 días)	ANTINEOPLÁSICOS		

• NP – no preferido • OTC – sin receta • PA – autorización previa • QL – Límite de cantidad
• ST – Terapia por fases

Nombre del medicamento	Grupo del nivel del medica-mento	Requisitos de manejo de utilización	Nombre de la categoría terapéutica	Edad mínima	Edad máxima
toremifene 60 mg tablet	1	QL(30 cada 30 días)	ANTINEOPLÁSICOS		
torpenz 10 mg tablet[NP]	*	QL(30 cada 30 días)	ANTINEOPLÁSICOS		
torpenz 2.5 mg tablet[NP]	*	QL(30 cada 30 días)	ANTINEOPLÁSICOS		
torpenz 5 mg tablet[NP]	*	QL(30 cada 30 días)	ANTINEOPLÁSICOS		
torpenz 7.5 mg tablet[NP]	*	QL(30 cada 30 días)	ANTINEOPLÁSICOS		
tretinoin (antineoplastic) 10 mg capsule	1	QL(360 cada 30 días)	ANTINEOPLÁSICOS		
TRUQAP 160 MG TABLET[NP]	*	QL(64 cada 28 días)	ANTINEOPLÁSICOS		
TRUQAP 200 MG TABLET[NP]	*	QL(64 cada 28 días)	ANTINEOPLÁSICOS		
TUKYSA 150 MG TABLET[NP]	*	QL(120 cada 30 días)	ANTINEOPLÁSICOS		
TUKYSA 50 MG TABLET[NP]	*	QL(300 cada 30 días)	ANTINEOPLÁSICOS		
TURALIO 125 MG CAPSULE[NP]	*	QL(120 cada 30 días)	ANTINEOPLÁSICOS		
TYKERB 250 MG TABLET[NP]	*	QL(180 cada 30 días)	ANTINEOPLÁSICOS		
VALCHLOR 0.016 % TOPICAL GEL[NP]	*	QL(60 cada 28 días)	ANTINEOPLÁSICOS		
VANFLYTA 17.7 MG TABLET[NP]	*	QL(56 cada 28 días)	ANTINEOPLÁSICOS		
VANFLYTA 26.5 MG TABLET[NP]	*	QL(56 cada 28 días)	ANTINEOPLÁSICOS		
VENCLEXTA 10 MG TABLET[NP]	*	QL(56 cada 28 días)	ANTINEOPLÁSICOS		
VENCLEXTA 100 MG TABLET[NP]	*	QL(180 cada 30 días)	ANTINEOPLÁSICOS		
VENCLEXTA 50 MG TABLET[NP]	*	QL(28 cada 28 días)	ANTINEOPLÁSICOS		
VENCLEXTA STARTING PACK 10 MG-50 MG-100 MG TABLETS IN A DOSE PACK[NP]	*	QL(42 cada 28 días)	ANTINEOPLÁSICOS		
VEPPANU 100 MG TABLET[NP]	*	QL(90 cada 30 días)	ANTINEOPLÁSICOS		
VEPPANU 200 MG TABLET[NP]	*	QL(30 cada 30 días)	ANTINEOPLÁSICOS		
VERZENIO 100 MG TABLET[NP]	*	QL(60 cada 30 días)	ANTINEOPLÁSICOS		
VERZENIO 150 MG TABLET[NP]	*	QL(60 cada 30 días)	ANTINEOPLÁSICOS		
VERZENIO 200 MG TABLET[NP]	*	QL(60 cada 30 días)	ANTINEOPLÁSICOS		
VERZENIO 50 MG TABLET[NP]	*	QL(60 cada 30 días)	ANTINEOPLÁSICOS		

• NP – no preferido • OTC – sin receta • PA – autorización previa • QL – Límite de cantidad
• ST – Terapia por fases

Nombre del medicamento	Grupo del nivel del medica-mento	Requisitos de manejo de utilización	Nombre de la categoría terapéutica	Edad mínima	Edad máxima
VITRAKVI 100 MG CAPSULE[NP]	*	QL(60 cada 30 días)	ANTINEOPLÁSICOS		
VITRAKVI 20 MG/ML ORAL SOLUTION[NP]	*	QL(300 cada 30 días)	ANTINEOPLÁSICOS		
VITRAKVI 25 MG CAPSULE[NP]	*	QL(180 cada 30 días)	ANTINEOPLÁSICOS		
VIZIMPRO 15 MG TABLET[NP]	*	QL(30 cada 30 días)	ANTINEOPLÁSICOS		
VIZIMPRO 30 MG TABLET[NP]	*	QL(30 cada 30 días)	ANTINEOPLÁSICOS		
VIZIMPRO 45 MG TABLET[NP]	*	QL(30 cada 30 días)	ANTINEOPLÁSICOS		
VONJO 100 MG CAPSULE[NP]	*	QL(120 cada 30 días)	ANTINEOPLÁSICOS		
VORANIGO 10 MG TABLET[NP]	*	QL(60 cada 30 días)	ANTINEOPLÁSICOS		
VORANIGO 40 MG TABLET[NP]	*	QL(30 cada 30 días)	ANTINEOPLÁSICOS		
VOTRIENT 200 MG TABLET	1	QL(120 cada 30 días)	ANTINEOPLÁSICOS		
XALKORI 150 MG ORAL PELLETS[NP]	*	QL(180 cada 30 días)	ANTINEOPLÁSICOS		
XALKORI 20 MG ORAL PELLETS[NP]	*	QL(120 cada 30 días)	ANTINEOPLÁSICOS		
XALKORI 200 MG CAPSULE[NP]	*	QL(120 cada 30 días)	ANTINEOPLÁSICOS		
XALKORI 250 MG CAPSULE[NP]	*	QL(120 cada 30 días)	ANTINEOPLÁSICOS		
XALKORI 50 MG ORAL PELLETS[NP]	*	QL(240 cada 30 días)	ANTINEOPLÁSICOS		
XOSPATA 40 MG TABLET[NP]	*	QL(90 cada 30 días)	ANTINEOPLÁSICOS		
XPOVIO 100 MG/WEEK (50 MG X 2) TABLET[NP]	*	QL(8 cada 28 días)	ANTINEOPLÁSICOS		
XPOVIO 40 MG TWICE WEEK (40 MG X 2) TABLET[NP]	*	QL(8 cada 28 días)	ANTINEOPLÁSICOS		
XPOVIO 40 MG/WEEK (10 MG X 4) TABLET[NP]	*	QL(16 cada 28 días)	ANTINEOPLÁSICOS		
XPOVIO 40 MG/WEEK (40 MG X 1) TABLET[NP]	*	QL(4 cada 28 días)	ANTINEOPLÁSICOS		
XPOVIO 60 MG TWICE WEEKLY (120 MG/WEEK) (20 MG X 6) TABLET[NP]	*	QL(24 cada 28 días)	ANTINEOPLÁSICOS		
XPOVIO 60 MG/WEEK (60 MG X 1) TABLET[NP]	*	QL(4 cada 28 días)	ANTINEOPLÁSICOS		
XPOVIO 80 MG TWICE WEEKLY (160 MG/WEEK) (20 MG X 8) TABLET[NP]	*	QL(32 cada 28 días)	ANTINEOPLÁSICOS		
XPOVIO 80 MG/WEEK (40 MG X 2) TABLET[NP]	*	QL(8 cada 28 días)	ANTINEOPLÁSICOS		
XPOVIO 80 MG/WEEK (80 MG X 1) TABLET[NP]	*	QL(4 cada 28 días)	ANTINEOPLÁSICOS		

• NP – no preferido • OTC – sin receta • PA – autorización previa • QL – Límite de cantidad
• ST – Terapia por fases

Nombre del medicamento	Grupo del nivel del medica-mento	Requisitos de manejo de utilización	Nombre de la categoría terapéutica	Edad mínima	Edad máxima
XTANDI 40 MG CAPSULE[NP]	*	QL(120 cada 30 días)	ANTINEOPLÁSICOS		
XTANDI 40 MG TABLET[NP]	*	QL(120 cada 30 días)	ANTINEOPLÁSICOS		
XTANDI 80 MG TABLET[NP]	*	QL(60 cada 30 días)	ANTINEOPLÁSICOS		
YONSA 125 MG TABLET[NP]	*	QL(120 cada 30 días)	ANTINEOPLÁSICOS		
yulithira 10 mg tablet[NP]	*	QL(30 cada 30 días)	ANTINEOPLÁSICOS		
yulithira 2.5 mg tablet[NP]	*	QL(30 cada 30 días)	ANTINEOPLÁSICOS		
yulithira 5 mg tablet[NP]	*	QL(30 cada 30 días)	ANTINEOPLÁSICOS		
yulithira 7.5 mg tablet[NP]	*	QL(30 cada 30 días)	ANTINEOPLÁSICOS		
ZEJULA 100 MG TABLET[NP]	*	QL(30 cada 30 días)	ANTINEOPLÁSICOS		
ZEJULA 200 MG TABLET[NP]	*	QL(30 cada 30 días)	ANTINEOPLÁSICOS		
ZEJULA 300 MG TABLET[NP]	*	QL(30 cada 30 días)	ANTINEOPLÁSICOS		
ZELBORAF 240 MG TABLET[NP]	*	QL(240 cada 30 días)	ANTINEOPLÁSICOS		
ZENBEXUS 0.75 MG CAPSULE[NP]	*	QL(21 cada 28 días)	ANTINEOPLÁSICOS		
ZENBEXUS 1 MG CAPSULE[NP]	*	QL(21 cada 28 días)	ANTINEOPLÁSICOS		
ZOLINZA 100 MG CAPSULE[NP]	*	QL(120 cada 30 días)	ANTINEOPLÁSICOS		
ZYDELIG 100 MG TABLET[NP]	*	QL(60 cada 30 días)	ANTINEOPLÁSICOS		
ZYDELIG 150 MG TABLET[NP]	*	QL(60 cada 30 días)	ANTINEOPLÁSICOS		
ZYKADIA 150 MG TABLET[NP]	*	QL(150 cada 30 días)	ANTINEOPLÁSICOS		
ZYTIGA 250 MG TABLET[NP]	*	QL(120 cada 30 días)	ANTINEOPLÁSICOS		
ZYTIGA 500 MG TABLET[NP]	*	QL(60 cada 30 días)	ANTINEOPLÁSICOS		
albendazole 200 mg tablet[NP]	*		ANTIPARASITARIOS		
atovaquone 250 mg-proguanil 100 mg tablet	1	QL(30 cada 30 días)	ANTIPARASITARIOS		
atovaquone 750 mg/5 ml oral suspension	1	QL(600 cada 30 días)	ANTIPARASITARIOS		
atovaquone-proguanil (pediatric) 62.5 mg-25 mg tablet	1	QL(30 cada 30 días)	ANTIPARASITARIOS		
benznidazole 100 mg tablet[NP]	*		ANTIPARASITARIOS		
benznidazole 12.5 mg tablet[NP]	*		ANTIPARASITARIOS		
chloroquine 250 mg tablet	1		ANTIPARASITARIOS		
chloroquine 500 mg tablet	1		ANTIPARASITARIOS		

• NP – no preferido • OTC – sin receta • PA – autorización previa • QL – Límite de cantidad
• ST – Terapia por fases

Nombre del medicamento	Grupo del nivel del medica-mento	Requisitos de manejo de utilización	Nombre de la categoría terapéutica	Edad mínima	Edad máxima
COARTEM 20 MG-120 MG TABLET[NP]	*	QL(24 cada 30 días)	ANTIPARASITARIOS		
EGATEN 250 MG TABLET[NP]	*		ANTIPARASITARIOS		
emverm 100 mg chewable tablet[NP]	*		ANTIPARASITARIOS		
hydroxychloroquine 100 mg tablet	1		ANTIPARASITARIOS		
hydroxychloroquine 200 mg tablet	1		ANTIPARASITARIOS		
hydroxychloroquine 300 mg tablet	1		ANTIPARASITARIOS		
hydroxychloroquine 400 mg tablet	1		ANTIPARASITARIOS		
IMPAVIDO 50 MG CAPSULE[NP]	*	QL(84 cada 28 días)	ANTIPARASITARIOS		
ivermectin 3 mg tablet[NP]	*		ANTIPARASITARIOS		
ivermectin 6 mg tablet[NP]	*		ANTIPARASITARIOS		
KRINTAFEL 150 MG TABLET[NP]	*	QL(4 cada 180 días)	ANTIPARASITARIOS		
LAMPIT 120 MG TABLET[NP]	*		ANTIPARASITARIOS		
LAMPIT 30 MG TABLET[NP]	*		ANTIPARASITARIOS		
MALARONE 250 MG-100 MG TABLET[NP]	*	QL(30 cada 30 días)	ANTIPARASITARIOS		
MALARONE PEDIATRIC 62.5 MG-25 MG TABLET[NP]	*	QL(30 cada 30 días)	ANTIPARASITARIOS		
mefloquine 250 mg tablet	1		ANTIPARASITARIOS		
MEPRON 750 MG/5 ML ORAL SUSPENSION[NP]	*	QL(600 cada 30 días)	ANTIPARASITARIOS		
NEBUPENT 300 MG SOLUTION FOR INHALATION	1		ANTIPARASITARIOS		
nitazoxanide 500 mg tablet[NP]	*		ANTIPARASITARIOS		
pentamidine 300 mg solution for inhalation	1		ANTIPARASITARIOS		
pinaway 50 mg/ml oral suspension[OTC]	1		ANTIPARASITARIOS		
pinrid 250 mg chewable tablet[OTC]	1		ANTIPARASITARIOS		
pinworm treatment 50 mg/ml oral suspension[OTC]	1		ANTIPARASITARIOS		
praziquantel 600 mg tablet	1		ANTIPARASITARIOS		
primaquine 26.3 mg (15 mg base) tablet	1		ANTIPARASITARIOS		
pyrimethamine 25 mg tablet[NP]	*		ANTIPARASITARIOS		
quinine 324 mg capsule[NP]	*	QL(42 cada 7 días)	ANTIPARASITARIOS		
reese's pinworm medicine 50 mg/ml oral suspension[OTC]	1		ANTIPARASITARIOS	2	17
SOVUNA 200 MG TABLET[NP]	*		ANTIPARASITARIOS		
SOVUNA 300 MG TABLET[NP]	*		ANTIPARASITARIOS		
STROMECTOL 3 MG TABLET[NP]	*		ANTIPARASITARIOS		
ABILIFY 10 MG TABLET[NP]	*	QL(30 cada 30 días)	ANTIPSICÓTICOS		
ABILIFY 15 MG TABLET[NP]	*	QL(30 cada 30 días)	ANTIPSICÓTICOS		
ABILIFY 2 MG TABLET[NP]	*	QL(30 cada 30 días)	ANTIPSICÓTICOS		
ABILIFY 20 MG TABLET[NP]	*	QL(30 cada 30 días)	ANTIPSICÓTICOS		

• NP – no preferido • OTC – sin receta • PA – autorización previa • QL – Límite de cantidad
• ST – Terapia por fases

Nombre del medicamento	Grupo del nivel del medica-mento	Requisitos de manejo de utilización	Nombre de la categoría terapéutica	Edad mínima	Edad máxima
ABILIFY 30 MG TABLET[NP]	*	QL(30 cada 30 días)	ANTIPSICÓTICOS		
ABILIFY 5 MG TABLET[NP]	*	QL(30 cada 30 días)	ANTIPSICÓTICOS		
ABILIFY ASIMTUFII 720 MG/2.4 ML SUSPENSION, EXTEND.REL. IM SYRINGE	1	PA,QL(2.4 cada 56 días)	ANTIPSICÓTICOS		
ABILIFY ASIMTUFII 960 MG/3.2 ML SUSPENSION, EXTEND.REL. IM SYRINGE	1	PA,QL(3.2 cada 56 días)	ANTIPSICÓTICOS		
ABILIFY MAINTENA 300 MG INTRAMUSCULAR SUSPENSION,EXTENDED RELEASE	1	PA,QL(1 cada 28 días)	ANTIPSICÓTICOS		
ABILIFY MAINTENA 300 MG SUSPENSION,EXTENDED REL. INTRAMUSCULAR SYRINGE	1	PA,QL(1 cada 28 días)	ANTIPSICÓTICOS		
ABILIFY MAINTENA 400 MG INTRAMUSCULAR SUSPENSION,EXTENDED RELEASE	1	PA,QL(1 cada 28 días)	ANTIPSICÓTICOS		
ABILIFY MAINTENA 400 MG SUSPENSION,EXTENDED REL. INTRAMUSCULAR SYRINGE	1	PA,QL(1 cada 28 días)	ANTIPSICÓTICOS		
ADASUVE 10 MG BREATH ACTIVATED[NP]	*	QL(30 cada 30 días)	ANTIPSICÓTICOS		
aripiprazole 1 mg/ml oral solution[NP]	*	QL(750 cada 30 días)	ANTIPSICÓTICOS		
aripiprazole 10 mg disintegrating tablet[NP]	*	QL(60 cada 30 días)	ANTIPSICÓTICOS		
aripiprazole 10 mg tablet	1	QL(30 cada 30 días)	ANTIPSICÓTICOS		
aripiprazole 15 mg disintegrating tablet[NP]	*	QL(60 cada 30 días)	ANTIPSICÓTICOS		
aripiprazole 15 mg tablet	1	QL(30 cada 30 días)	ANTIPSICÓTICOS		
aripiprazole 2 mg tablet	1	QL(30 cada 30 días)	ANTIPSICÓTICOS		
aripiprazole 20 mg tablet	1	QL(30 cada 30 días)	ANTIPSICÓTICOS		
aripiprazole 30 mg tablet	1	QL(30 cada 30 días)	ANTIPSICÓTICOS		
aripiprazole 5 mg tablet	1	QL(30 cada 30 días)	ANTIPSICÓTICOS		
ARISTADA 1,064 MG/3.9 ML SUSPENSION, EXTEND.REL. IM SYRINGE	1	PA,QL(3.9 cada 56 días)	ANTIPSICÓTICOS		
ARISTADA 441 MG/1.6 ML SUSPENSION, EXTEND.REL. IM SYRINGE	1	PA,QL(1.6 cada 28 días)	ANTIPSICÓTICOS		
ARISTADA 662 MG/2.4 ML SUSPENSION, EXTEND.REL. IM SYRINGE	1	PA,QL(2.4 cada 28 días)	ANTIPSICÓTICOS		
ARISTADA 882 MG/3.2 ML SUSPENSION, EXTEND.REL. IM SYRINGE	1	PA,QL(3.2 cada 28 días)	ANTIPSICÓTICOS		
ARISTADA INITIO 675 MG/2.4 ML SUSPENSION, EXTEND.REL. IM SYRINGE	1	PA,QL(2.4 cada 42 días)	ANTIPSICÓTICOS		
asenapine 10 mg sublingual tablet[NP]	*	QL(60 cada 30 días)	ANTIPSICÓTICOS		

• NP – no preferido • OTC – sin receta • PA – autorización previa • QL – Límite de cantidad
• ST – Terapia por fases

Nombre del medicamento	Grupo del nivel del medica-mento	Requisitos de manejo de utilización	Nombre de la categoría terapéutica	Edad mínima	Edad máxima
asenapine 2.5 mg sublingual tablet[NP]	*	QL(60 cada 30 días)	ANTIPSICÓTICOS		
asenapine 5 mg sublingual tablet[NP]	*	QL(60 cada 30 días)	ANTIPSICÓTICOS		
BYSANTI 1 MG TABLET[NP]	*	QL(60 cada 30 días)	ANTIPSICÓTICOS		
BYSANTI 10 MG TABLET[NP]	*	QL(60 cada 30 días)	ANTIPSICÓTICOS		
BYSANTI 12 MG TABLET[NP]	*	QL(60 cada 30 días)	ANTIPSICÓTICOS		
BYSANTI 2 MG TABLET[NP]	*	QL(60 cada 30 días)	ANTIPSICÓTICOS		
BYSANTI 4 MG TABLET[NP]	*	QL(60 cada 30 días)	ANTIPSICÓTICOS		
BYSANTI 6 MG TABLET[NP]	*	QL(60 cada 30 días)	ANTIPSICÓTICOS		
BYSANTI 8 MG TABLET[NP]	*	QL(60 cada 30 días)	ANTIPSICÓTICOS		
BYSANTI TITRATION PACK A 1MG(2)-2 MG(2)-4MG(2)-6 MG(2) TABLET PK[NP]	*		ANTIPSICÓTICOS		
BYSANTI TITRATION PACK B 1MG(6)-2MG(2)-6MG(2)-8MG(2) TABLET PK[NP]	*		ANTIPSICÓTICOS		
BYSANTI TITRATION PACK C 1 MG (4)-2 MG (2)-6 MG (2) TABLET PK[NP]	*		ANTIPSICÓTICOS		
CAPLYTA 10.5 MG CAPSULE	1	QL(30 cada 30 días)	ANTIPSICÓTICOS		
CAPLYTA 21 MG CAPSULE	1	QL(30 cada 30 días)	ANTIPSICÓTICOS		
CAPLYTA 42 MG CAPSULE	1	QL(30 cada 30 días)	ANTIPSICÓTICOS		
chlorpromazine 10 mg tablet	1		ANTIPSICÓTICOS		
chlorpromazine 100 mg tablet	1		ANTIPSICÓTICOS		
chlorpromazine 100 mg/ml oral concentrate	1		ANTIPSICÓTICOS		
chlorpromazine 200 mg tablet	1		ANTIPSICÓTICOS		
chlorpromazine 25 mg tablet	1		ANTIPSICÓTICOS		
chlorpromazine 30 mg/ml oral concentrate	1		ANTIPSICÓTICOS		
chlorpromazine 50 mg tablet	1		ANTIPSICÓTICOS		
clozapine 100 mg disintegrating tablet[NP]	*		ANTIPSICÓTICOS		
clozapine 100 mg tablet	1		ANTIPSICÓTICOS		
clozapine 12.5 mg disintegrating tablet[NP]	*		ANTIPSICÓTICOS		
clozapine 150 mg disintegrating tablet[NP]	*		ANTIPSICÓTICOS		
clozapine 200 mg disintegrating tablet[NP]	*		ANTIPSICÓTICOS		
clozapine 200 mg tablet	1		ANTIPSICÓTICOS		
clozapine 25 mg disintegrating tablet[NP]	*		ANTIPSICÓTICOS		
clozapine 25 mg tablet	1		ANTIPSICÓTICOS		
clozapine 50 mg tablet	1		ANTIPSICÓTICOS		
CLOZARIL 100 MG TABLET[NP]	*		ANTIPSICÓTICOS		

• NP – no preferido • OTC – sin receta • PA – autorización previa • QL – Límite de cantidad
• ST – Terapia por fases

Nombre del medicamento	Grupo del nivel del medica-mento	Requisitos de manejo de utilización	Nombre de la categoría terapéutica	Edad mínima	Edad máxima
CLOZARIL 25 MG TABLET[NP]	*		ANTIPSICÓTICOS		
ERZOFRI 117 MG/0.75 ML INTRAMUSCULAR SYRINGE	1	PA,QL(1.5 cada 28 dÍas)	ANTIPSICÓTICOS		
ERZOFRI 156 MG/ML INTRAMUSCULAR SYRINGE	1	PA,QL(1 cada 28 dÍas)	ANTIPSICÓTICOS		
ERZOFRI 234 MG/1.5 ML INTRAMUSCULAR SYRINGE	1	PA,QL(1.5 cada 28 dÍas)	ANTIPSICÓTICOS		
ERZOFRI 351 MG/2.25 ML INTRAMUSCULAR SYRINGE	1	PA,QL(2.25 cada 28 dÍas)	ANTIPSICÓTICOS		
ERZOFRI 39 MG/0.25 ML INTRAMUSCULAR SYRINGE	1	PA,QL(1.5 cada 28 dÍas)	ANTIPSICÓTICOS		
ERZOFRI 78 MG/0.5 ML INTRAMUSCULAR SYRINGE	1	PA,QL(1.5 cada 28 dÍas)	ANTIPSICÓTICOS		
FANAPT 1 MG TABLET[NP]	*	QL(60 cada 30 dÍas)	ANTIPSICÓTICOS		
FANAPT 10 MG TABLET[NP]	*	QL(60 cada 30 dÍas)	ANTIPSICÓTICOS		
FANAPT 12 MG TABLET[NP]	*	QL(60 cada 30 dÍas)	ANTIPSICÓTICOS		
FANAPT 2 MG TABLET[NP]	*	QL(60 cada 30 dÍas)	ANTIPSICÓTICOS		
FANAPT 4 MG TABLET[NP]	*	QL(60 cada 30 dÍas)	ANTIPSICÓTICOS		
FANAPT 6 MG TABLET[NP]	*	QL(60 cada 30 dÍas)	ANTIPSICÓTICOS		
FANAPT 8 MG TABLET[NP]	*	QL(60 cada 30 dÍas)	ANTIPSICÓTICOS		
FANAPT TITRATION PACK A 1 MG (2)-2 MG (2)-4 MG (2)-6 MG (2) TABLETS[NP]	*	QL(60 cada 30 dÍas)	ANTIPSICÓTICOS		
FANAPT TITRATION PACK B 1 MG (6)-2 MG (2)-6 MG (2)-8 MG (2) TABLETS[NP]	*	QL(60 cada 30 dÍas)	ANTIPSICÓTICOS		
FANAPT TITRATION PACK C 1 MG (4)-2 MG (2)-6 MG (2) TABLETS[NP]	*	QL(60 cada 30 dÍas)	ANTIPSICÓTICOS		
fluphenazine 1 mg tablet	1		ANTIPSICÓTICOS		
fluphenazine 10 mg tablet	1		ANTIPSICÓTICOS		
fluphenazine 2.5 mg tablet	1		ANTIPSICÓTICOS		
fluphenazine 2.5 mg/5 ml oral elixir	1		ANTIPSICÓTICOS		
fluphenazine 5 mg tablet	1		ANTIPSICÓTICOS		
fluphenazine 5 mg/ml oral concentrate	1		ANTIPSICÓTICOS		
GEODON 20 MG CAPSULE[NP]	*	QL(60 cada 30 dÍas)	ANTIPSICÓTICOS		
GEODON 20 MG/ML (FINAL CONCENTRATION) INTRAMUSCULAR SOLUTION[NP]	*		ANTIPSICÓTICOS		
GEODON 40 MG CAPSULE[NP]	*	QL(60 cada 30 dÍas)	ANTIPSICÓTICOS		
GEODON 60 MG CAPSULE[NP]	*	QL(60 cada 30 dÍas)	ANTIPSICÓTICOS		
GEODON 80 MG CAPSULE[NP]	*	QL(60 cada 30 dÍas)	ANTIPSICÓTICOS		
haloperidol 0.5 mg tablet	1		ANTIPSICÓTICOS		

• NP – no preferido • OTC – sin receta • PA – autorización previa • QL – Límite de cantidad
• ST – Terapia por fases

Nombre del medicamento	Grupo del nivel del medica-mento	Requisitos de manejo de utilización	Nombre de la categoría terapéutica	Edad mínima	Edad máxima
haloperidol 1 mg tablet	1		ANTIPSICÓTICOS		
haloperidol 10 mg tablet	1		ANTIPSICÓTICOS		
haloperidol 2 mg tablet	1		ANTIPSICÓTICOS		
haloperidol 20 mg tablet	1		ANTIPSICÓTICOS		
haloperidol 5 mg tablet	1		ANTIPSICÓTICOS		
haloperidol lactate 2 mg/ml oral concentrate	1		ANTIPSICÓTICOS		
INVEGA 3 MG TABLET,EXTENDED RELEASE[NP]	*	QL(30 cada 30 días)	ANTIPSICÓTICOS		
INVEGA 6 MG TABLET,EXTENDED RELEASE[NP]	*	QL(60 cada 30 días)	ANTIPSICÓTICOS		
INVEGA 9 MG TABLET,EXTENDED RELEASE[NP]	*	QL(30 cada 30 días)	ANTIPSICÓTICOS		
INVEGA HAFYERA 1,092 MG/3.5 ML INTRAMUSCULAR SYRINGE	1	PA,QL(3.5 cada 180 días)	ANTIPSICÓTICOS		
INVEGA HAFYERA 1,560 MG/5 ML INTRAMUSCULAR SYRINGE	1	PA,QL(5 cada 180 días)	ANTIPSICÓTICOS		
INVEGA SUSTENNA 117 MG/0.75 ML INTRAMUSCULAR SYRINGE	1	PA,QL(1.5 cada 28 días)	ANTIPSICÓTICOS		
INVEGA SUSTENNA 156 MG/ML INTRAMUSCULAR SYRINGE	1	PA,QL(1 cada 28 días)	ANTIPSICÓTICOS		
INVEGA SUSTENNA 234 MG/1.5 ML INTRAMUSCULAR SYRINGE	1	PA,QL(1.5 cada 28 días)	ANTIPSICÓTICOS		
INVEGA SUSTENNA 39 MG/0.25 ML INTRAMUSCULAR SYRINGE	1	PA,QL(1.5 cada 28 días)	ANTIPSICÓTICOS		
INVEGA SUSTENNA 78 MG/0.5 ML INTRAMUSCULAR SYRINGE	1	PA,QL(1.5 cada 28 días)	ANTIPSICÓTICOS		
INVEGA TRINZA 273 MG/0.88 ML INTRAMUSCULAR SYRINGE	1	PA,QL(0.88 cada 90 días)	ANTIPSICÓTICOS		
INVEGA TRINZA 410 MG/1.32 ML INTRAMUSCULAR SYRINGE	1	PA,QL(1.32 cada 90 días)	ANTIPSICÓTICOS		
INVEGA TRINZA 546 MG/1.75 ML INTRAMUSCULAR SYRINGE	1	PA,QL(1.75 cada 90 días)	ANTIPSICÓTICOS		
INVEGA TRINZA 819 MG/2.63 ML INTRAMUSCULAR SYRINGE	1	PA,QL(2.63 cada 90 días)	ANTIPSICÓTICOS		
LATUDA 120 MG TABLET[NP]	*	QL(30 cada 30 días)	ANTIPSICÓTICOS		
LATUDA 20 MG TABLET[NP]	*	QL(30 cada 30 días)	ANTIPSICÓTICOS		
LATUDA 40 MG TABLET[NP]	*	QL(30 cada 30 días)	ANTIPSICÓTICOS		
LATUDA 60 MG TABLET[NP]	*	QL(30 cada 30 días)	ANTIPSICÓTICOS		
LATUDA 80 MG TABLET[NP]	*	QL(60 cada 30 días)	ANTIPSICÓTICOS		
loxapine succinate 10 mg capsule	1		ANTIPSICÓTICOS		
loxapine succinate 25 mg capsule	1		ANTIPSICÓTICOS		
loxapine succinate 5 mg capsule	1		ANTIPSICÓTICOS		
loxapine succinate 50 mg capsule	1		ANTIPSICÓTICOS		

• NP – no preferido • OTC – sin receta • PA – autorización previa • QL – Límite de cantidad
• ST – Terapia por fases

Nombre del medicamento	Grupo del nivel del medica-mento	Requisitos de manejo de utilización	Nombre de la categoría terapéutica	Edad mínima	Edad máxima
lurasidone 120 mg tablet	1	QL(30 cada 30 días)	ANTIPSICÓTICOS		
lurasidone 20 mg tablet	1	QL(30 cada 30 días)	ANTIPSICÓTICOS		
lurasidone 40 mg tablet	1	QL(30 cada 30 días)	ANTIPSICÓTICOS		
lurasidone 60 mg tablet	1	QL(30 cada 30 días)	ANTIPSICÓTICOS		
lurasidone 80 mg tablet	1	QL(60 cada 30 días)	ANTIPSICÓTICOS		
LYBALVI 10 MG-10 MG TABLET	1	QL(30 cada 30 días)	ANTIPSICÓTICOS		
LYBALVI 15 MG-10 MG TABLET	1	QL(30 cada 30 días)	ANTIPSICÓTICOS		
LYBALVI 20 MG-10 MG TABLET	1	QL(30 cada 30 días)	ANTIPSICÓTICOS		
LYBALVI 5 MG-10 MG TABLET	1	QL(30 cada 30 días)	ANTIPSICÓTICOS		
NUPLAZID 10 MG TABLET[NP]	*	QL(30 cada 30 días)	ANTIPSICÓTICOS		
NUPLAZID 34 MG CAPSULE[NP]	*	QL(30 cada 30 días)	ANTIPSICÓTICOS		
olanzapine 10 mg disintegrating tablet	1	QL(30 cada 30 días)	ANTIPSICÓTICOS		
olanzapine 10 mg intramuscular solution[NP]	*	QL(60 cada 30 días)	ANTIPSICÓTICOS		
olanzapine 10 mg tablet	1	QL(30 cada 30 días)	ANTIPSICÓTICOS		
olanzapine 15 mg disintegrating tablet	1	QL(60 cada 30 días)	ANTIPSICÓTICOS		
olanzapine 15 mg tablet	1	QL(60 cada 30 días)	ANTIPSICÓTICOS		
olanzapine 2.5 mg tablet	1	QL(30 cada 30 días)	ANTIPSICÓTICOS		
olanzapine 20 mg disintegrating tablet	1	QL(60 cada 30 días)	ANTIPSICÓTICOS		
olanzapine 20 mg tablet	1	QL(60 cada 30 días)	ANTIPSICÓTICOS		
olanzapine 5 mg disintegrating tablet	1	QL(30 cada 30 días)	ANTIPSICÓTICOS		
olanzapine 5 mg tablet	1	QL(30 cada 30 días)	ANTIPSICÓTICOS		
olanzapine 7.5 mg tablet	1	QL(30 cada 30 días)	ANTIPSICÓTICOS		
OPIPZA 10 MG ORAL FILM[NP]	*	QL(90 cada 30 días)	ANTIPSICÓTICOS		
OPIPZA 2 MG ORAL FILM[NP]	*	QL(30 cada 30 días)	ANTIPSICÓTICOS		
OPIPZA 5 MG ORAL FILM[NP]	*	QL(150 cada 30 días)	ANTIPSICÓTICOS		

• NP – no preferido • OTC – sin receta • PA – autorización previa • QL – Límite de cantidad
• ST – Terapia por fases

Nombre del medicamento	Grupo del nivel del medica-mento	Requisitos de manejo de utilización	Nombre de la categoría terapéutica	Edad mínima	Edad máxima
paliperidone er 1.5 mg tablet,extended release 24 hr[NP]	*	QL(30 cada 30 días)	ANTIPSICÓTICOS		
paliperidone er 3 mg tablet,extended release 24 hr[NP]	*	QL(30 cada 30 días)	ANTIPSICÓTICOS		
paliperidone er 6 mg tablet,extended release 24 hr[NP]	*	QL(60 cada 30 días)	ANTIPSICÓTICOS		
paliperidone er 9 mg tablet,extended release 24 hr[NP]	*	QL(30 cada 30 días)	ANTIPSICÓTICOS		
perphenazine 16 mg tablet	1		ANTIPSICÓTICOS		
perphenazine 2 mg tablet	1		ANTIPSICÓTICOS		
perphenazine 4 mg tablet	1		ANTIPSICÓTICOS		
perphenazine 8 mg tablet	1		ANTIPSICÓTICOS		
PERSERIS 120 MG SUBCUTANEOUS EXTENDED RELEASE SUSPENSION SYRINGE	1	PA,QL(1 cada 28 días)	ANTIPSICÓTICOS		
PERSERIS 90 MG SUBCUTANEOUS EXTENDED RELEASE SUSPENSION SYRINGE	1	PA,QL(1 cada 28 días)	ANTIPSICÓTICOS		
pimozide 1 mg tablet	1		ANTIPSICÓTICOS		
pimozide 2 mg tablet	1		ANTIPSICÓTICOS		
quetiapine 100 mg tablet	1	QL(90 cada 30 días)	ANTIPSICÓTICOS		
quetiapine 150 mg tablet	1	QL(30 cada 30 días)	ANTIPSICÓTICOS		
quetiapine 200 mg tablet	1	QL(120 cada 30 días)	ANTIPSICÓTICOS		
quetiapine 25 mg tablet	1	QL(120 cada 30 días)	ANTIPSICÓTICOS		
quetiapine 300 mg tablet	1	QL(60 cada 30 días)	ANTIPSICÓTICOS		
quetiapine 400 mg tablet	1	QL(60 cada 30 días)	ANTIPSICÓTICOS		
quetiapine 50 mg tablet	1	QL(120 cada 30 días)	ANTIPSICÓTICOS		
quetiapine er 150 mg tablet,extended release 24 hr	1	QL(90 cada 30 días)	ANTIPSICÓTICOS		
quetiapine er 200 mg tablet,extended release 24 hr	1	QL(30 cada 30 días)	ANTIPSICÓTICOS		
quetiapine er 300 mg tablet,extended release 24 hr	1	QL(60 cada 30 días)	ANTIPSICÓTICOS		
quetiapine er 400 mg tablet,extended release 24 hr	1	QL(60 cada 30 días)	ANTIPSICÓTICOS		
quetiapine er 50 mg tablet,extended release 24 hr	1	QL(120 cada 30 días)	ANTIPSICÓTICOS		
REXULTI 0.25 MG TABLET	1	QL(30 cada 30 días)	ANTIPSICÓTICOS		
REXULTI 0.5 MG TABLET	1	QL(30 cada 30 días)	ANTIPSICÓTICOS		
REXULTI 1 MG TABLET	1	QL(30 cada 30 días)	ANTIPSICÓTICOS		

• NP – no preferido • OTC – sin receta • PA – autorización previa • QL – Límite de cantidad
• ST – Terapia por fases

Nombre del medicamento	Grupo del nivel del medica-mento	Requisitos de manejo de utilización	Nombre de la categoría terapéutica	Edad mínima	Edad máxima
REXULTI 2 MG TABLET	1	QL(30 cada 30 días)	ANTIPSICÓTICOS		
REXULTI 3 MG TABLET	1	QL(30 cada 30 días)	ANTIPSICÓTICOS		
REXULTI 4 MG TABLET	1	QL(30 cada 30 días)	ANTIPSICÓTICOS		
RISPERDAL 0.5 MG TABLET[NP]	*	QL(120 cada 30 días)	ANTIPSICÓTICOS		
RISPERDAL 1 MG TABLET[NP]	*	QL(60 cada 30 días)	ANTIPSICÓTICOS		
RISPERDAL 1 MG/ML ORAL SOLUTION[NP]	*		ANTIPSICÓTICOS		
RISPERDAL 2 MG TABLET[NP]	*	QL(60 cada 30 días)	ANTIPSICÓTICOS		
RISPERDAL 3 MG TABLET[NP]	*	QL(60 cada 30 días)	ANTIPSICÓTICOS		
RISPERDAL 4 MG TABLET[NP]	*	QL(60 cada 30 días)	ANTIPSICÓTICOS		
RISPERDAL CONSTA 12.5 MG/2 ML INTRAMUSCULAR SUSP,EXTENDED RELEASE[NP]	*	PA,QL(2 cada 28 días)	ANTIPSICÓTICOS		
RISPERDAL CONSTA 25 MG/2 ML INTRAMUSCULAR SUSP,EXTENDED RELEASE[NP]	*	PA,QL(2 cada 28 días)	ANTIPSICÓTICOS		
RISPERDAL CONSTA 37.5 MG/2 ML INTRAMUSCULAR SUSP,EXTENDED RELEASE[NP]	*	PA,QL(2 cada 28 días)	ANTIPSICÓTICOS		
RISPERDAL CONSTA 50 MG/2 ML INTRAMUSCULAR SUSP,EXTENDED RELEASE[NP]	*	PA,QL(2 cada 28 días)	ANTIPSICÓTICOS		
risperidone 0.25 mg disintegrating tablet[NP]	*	QL(60 cada 30 días)	ANTIPSICÓTICOS		
risperidone 0.25 mg tablet	1	QL(60 cada 30 días)	ANTIPSICÓTICOS		
risperidone 0.5 mg disintegrating tablet[NP]	*	QL(120 cada 30 días)	ANTIPSICÓTICOS		
risperidone 0.5 mg tablet	1	QL(120 cada 30 días)	ANTIPSICÓTICOS		
risperidone 1 mg disintegrating tablet[NP]	*	QL(60 cada 30 días)	ANTIPSICÓTICOS		
risperidone 1 mg tablet	1	QL(60 cada 30 días)	ANTIPSICÓTICOS		
risperidone 1 mg/ml oral solution	1		ANTIPSICÓTICOS		
risperidone 2 mg disintegrating tablet[NP]	*	QL(60 cada 30 días)	ANTIPSICÓTICOS		
risperidone 2 mg tablet	1	QL(60 cada 30 días)	ANTIPSICÓTICOS		
risperidone 3 mg disintegrating tablet[NP]	*	QL(60 cada 30 días)	ANTIPSICÓTICOS		
risperidone 3 mg tablet	1	QL(60 cada 30 días)	ANTIPSICÓTICOS		

• NP – no preferido • OTC – sin receta • PA – autorización previa • QL – Límite de cantidad
• ST – Terapia por fases

Nombre del medicamento	Grupo del nivel del medica-mento	Requisitos de manejo de utilización	Nombre de la categoría terapéutica	Edad mínima	Edad máxima
risperidone 4 mg disintegrating tablet[NP]	*	QL(60 cada 30 días)	ANTIPSICÓTICOS		
risperidone 4 mg tablet	1	QL(60 cada 30 días)	ANTIPSICÓTICOS		
risperidone microspheres er 12.5 mg/2 ml intramuscular susp,ext releas[NP]	*	PA,QL(2 cada 28 días)	ANTIPSICÓTICOS		
risperidone microspheres er 25 mg/2 ml intramuscular susp,ext release[NP]	*	PA,QL(2 cada 28 días)	ANTIPSICÓTICOS		
risperidone microspheres er 37.5 mg/2 ml intramuscular susp,ext releas[NP]	*	PA,QL(2 cada 28 días)	ANTIPSICÓTICOS		
risperidone microspheres er 50 mg/2 ml intramuscular susp,ext release[NP]	*	PA,QL(2 cada 28 días)	ANTIPSICÓTICOS		
RYKINDO 25 MG/2 ML INTRAMUSCULAR SUSP,EXTENDED RELEASE[NP]	*	PA,QL(2 cada 28 días)	ANTIPSICÓTICOS		
RYKINDO 37.5 MG/2 ML INTRAMUSCULAR SUSP,EXTENDED RELEASE[NP]	*	PA,QL(2 cada 28 días)	ANTIPSICÓTICOS		
RYKINDO 50 MG/2 ML INTRAMUSCULAR SUSP,EXTENDED RELEASE[NP]	*	PA,QL(2 cada 28 días)	ANTIPSICÓTICOS		
SAPHRIS 10 MG SUBLINGUAL TABLET[NP]	*	QL(60 cada 30 días)	ANTIPSICÓTICOS		
SAPHRIS 2.5 MG SUBLINGUAL TABLET[NP]	*	QL(60 cada 30 días)	ANTIPSICÓTICOS		
SAPHRIS 5 MG SUBLINGUAL TABLET[NP]	*	QL(60 cada 30 días)	ANTIPSICÓTICOS		
SECUADO 3.8 MG/24 HOUR TRANSDERMAL 24 HOUR PATCH[NP]	*	QL(30 cada 30 días)	ANTIPSICÓTICOS		
SECUADO 5.7 MG/24 HOUR TRANSDERMAL 24 HOUR PATCH[NP]	*	QL(30 cada 30 días)	ANTIPSICÓTICOS		
SECUADO 7.6 MG/24 HOUR TRANSDERMAL 24 HOUR PATCH[NP]	*	QL(30 cada 30 días)	ANTIPSICÓTICOS		
SEROQUEL 100 MG TABLET[NP]	*	QL(90 cada 30 días)	ANTIPSICÓTICOS		
SEROQUEL 200 MG TABLET[NP]	*	QL(120 cada 30 días)	ANTIPSICÓTICOS		
SEROQUEL 25 MG TABLET[NP]	*	QL(120 cada 30 días)	ANTIPSICÓTICOS		
SEROQUEL 300 MG TABLET[NP]	*	QL(60 cada 30 días)	ANTIPSICÓTICOS		
SEROQUEL 400 MG TABLET[NP]	*	QL(60 cada 30 días)	ANTIPSICÓTICOS		
SEROQUEL 50 MG TABLET[NP]	*	QL(120 cada 30 días)	ANTIPSICÓTICOS		
SEROQUEL XR 150 MG TABLET,EXTENDED RELEASE[NP]	*	QL(90 cada 30 días)	ANTIPSICÓTICOS		
SEROQUEL XR 200 MG TABLET,EXTENDED RELEASE[NP]	*	QL(30 cada 30 días)	ANTIPSICÓTICOS		
SEROQUEL XR 300 MG TABLET,EXTENDED RELEASE[NP]	*	QL(60 cada 30 días)	ANTIPSICÓTICOS		
SEROQUEL XR 400 MG TABLET,EXTENDED RELEASE[NP]	*	QL(60 cada 30 días)	ANTIPSICÓTICOS		

• NP – no preferido • OTC – sin receta • PA – autorización previa • QL – Límite de cantidad
• ST – Terapia por fases

Nombre del medicamento	Grupo del nivel del medica-mento	Requisitos de manejo de utilización	Nombre de la categoría terapéutica	Edad mínima	Edad máxima
SEROQUEL XR 50 MG TABLET,EXTENDED RELEASE[NP]	*	QL(120 cada 30 días)	ANTIPSICÓTICOS		
thioridazine 10 mg tablet	1		ANTIPSICÓTICOS		
thioridazine 100 mg tablet	1		ANTIPSICÓTICOS		
thioridazine 25 mg tablet	1		ANTIPSICÓTICOS		
thioridazine 50 mg tablet	1		ANTIPSICÓTICOS		
thiothixene 1 mg capsule	1		ANTIPSICÓTICOS		
thiothixene 10 mg capsule	1		ANTIPSICÓTICOS		
thiothixene 2 mg capsule	1		ANTIPSICÓTICOS		
thiothixene 5 mg capsule	1		ANTIPSICÓTICOS		
trifluoperazine 1 mg tablet	1		ANTIPSICÓTICOS		
trifluoperazine 10 mg tablet	1		ANTIPSICÓTICOS		
trifluoperazine 2 mg tablet	1		ANTIPSICÓTICOS		
trifluoperazine 5 mg tablet	1		ANTIPSICÓTICOS		
UZEDY 100 MG/0.28 ML SUBCUT EXT REL SUSPENSION SYRINGE	1	PA,QL(0.28 cada 28 días)	ANTIPSICÓTICOS		
UZEDY 125 MG/0.35 ML SUBCUT EXT REL SUSPENSION SYRINGE	1	PA,QL(0.35 cada 28 días)	ANTIPSICÓTICOS		
UZEDY 150 MG/0.42 ML SUBCUT EXT REL SUSPENSION SYRINGE	1	PA,QL(0.42 cada 56 días)	ANTIPSICÓTICOS		
UZEDY 200 MG/0.56 ML SUBCUT EXT REL SUSPENSION SYRINGE	1	PA,QL(0.56 cada 56 días)	ANTIPSICÓTICOS		
UZEDY 250 MG/0.7 ML SUBCUT EXT REL SUSPENSION SYRINGE	1	PA,QL(0.7 cada 56 días)	ANTIPSICÓTICOS		
UZEDY 50 MG/0.14 ML SUBCUT EXT REL SUSPENSION SYRINGE	1	PA,QL(0.14 cada 28 días)	ANTIPSICÓTICOS		
UZEDY 75 MG/0.21 ML SUBCUT EXT REL SUSPENSION SYRINGE	1	PA,QL(0.21 cada 28 días)	ANTIPSICÓTICOS		
VERSACLOZ 50 MG/ML ORAL SUSPENSION[NP]	*	QL(540 cada 30 días)	ANTIPSICÓTICOS		
VRAYLAR 0.5 MG CAPSULE	1	QL(30 cada 30 días)	ANTIPSICÓTICOS		
VRAYLAR 0.75 MG CAPSULE	1	QL(30 cada 30 días)	ANTIPSICÓTICOS		
VRAYLAR 1.5 MG CAPSULE	1	QL(30 cada 30 días)	ANTIPSICÓTICOS		
VRAYLAR 3 MG CAPSULE	1	QL(30 cada 30 días)	ANTIPSICÓTICOS		
VRAYLAR 4.5 MG CAPSULE	1	QL(30 cada 30 días)	ANTIPSICÓTICOS		
VRAYLAR 6 MG CAPSULE	1	QL(30 cada 30 días)	ANTIPSICÓTICOS		
ziprasidone 20 mg capsule	1	QL(60 cada 30 días)	ANTIPSICÓTICOS		
ziprasidone 20 mg/ml (final concentration) intramuscular solution[NP]	*		ANTIPSICÓTICOS		
ziprasidone 40 mg capsule	1	QL(60 cada 30 días)	ANTIPSICÓTICOS		
ziprasidone 60 mg capsule	1	QL(60 cada 30 días)	ANTIPSICÓTICOS		

• NP – no preferido • OTC – sin receta • PA – autorización previa • QL – Límite de cantidad
• ST – Terapia por fases

Nombre del medicamento	Grupo del nivel del medica-mento	Requisitos de manejo de utilización	Nombre de la categoría terapéutica	Edad mínima	Edad máxima
ziprasidone 80 mg capsule	1	QL(60 cada 30 días)	ANTIPSICÓTICOS		
ZYPREXA 10 MG INTRAMUSCULAR SOLUTION[NP]	*	QL(60 cada 30 días)	ANTIPSICÓTICOS		
ZYPREXA 10 MG TABLET[NP]	*	QL(30 cada 30 días)	ANTIPSICÓTICOS		
ZYPREXA 15 MG TABLET[NP]	*	QL(60 cada 30 días)	ANTIPSICÓTICOS		
ZYPREXA 2.5 MG TABLET[NP]	*	QL(30 cada 30 días)	ANTIPSICÓTICOS		
ZYPREXA 20 MG TABLET[NP]	*	QL(60 cada 30 días)	ANTIPSICÓTICOS		
ZYPREXA 5 MG TABLET[NP]	*	QL(30 cada 30 días)	ANTIPSICÓTICOS		
ZYPREXA 7.5 MG TABLET[NP]	*	QL(30 cada 30 días)	ANTIPSICÓTICOS		
ZYPREXA RELPREVV 210 MG IM SUSPENSION[NP]	*	PA,QL(4 cada 28 días)	ANTIPSICÓTICOS		
ZYPREXA RELPREVV 300 MG IM SUSPENSION[NP]	*	PA,QL(2 cada 28 días)	ANTIPSICÓTICOS		
ZYPREXA RELPREVV 405 MG IM SUSPENSION[NP]	*	PA,QL(1 cada 28 días)	ANTIPSICÓTICOS		
ZYPREXA ZYDIS 10 MG DISINTEGRATING TABLET[NP]	*	QL(30 cada 30 días)	ANTIPSICÓTICOS		
ZYPREXA ZYDIS 15 MG DISINTEGRATING TABLET[NP]	*	QL(60 cada 30 días)	ANTIPSICÓTICOS		
ZYPREXA ZYDIS 20 MG DISINTEGRATING TABLET[NP]	*	QL(60 cada 30 días)	ANTIPSICÓTICOS		
ZYPREXA ZYDIS 5 MG DISINTEGRATING TABLET[NP]	*	QL(30 cada 30 días)	ANTIPSICÓTICOS		
abacavir 20 mg/ml oral solution	1	QL(960 cada 30 días)	ANTIVIRALES		
abacavir 300 mg tablet	1	QL(60 cada 30 días)	ANTIVIRALES		
abacavir 600 mg-lamivudine 300 mg tablet	1	QL(30 cada 30 días)	ANTIVIRALES		
acyclovir 200 mg capsule	1		ANTIVIRALES		
acyclovir 200 mg/5 ml (5 ml) oral suspension	1		ANTIVIRALES		
acyclovir 200 mg/5 ml oral suspension	1		ANTIVIRALES		
acyclovir 400 mg tablet	1		ANTIVIRALES		
acyclovir 5 % topical cream[NP]	*		ANTIVIRALES		
acyclovir 5 % topical ointment[NP]	*		ANTIVIRALES		
acyclovir 800 mg tablet	1		ANTIVIRALES		
adefovir 10 mg tablet[NP]	*		ANTIVIRALES		
APRETUDE 600 MG/3 ML (200 MG/ML) IM SUSPENSION, EXTENDED RELEASE	1	QL(21 cada 365 días)	ANTIVIRALES		
APTIVUS 250 MG CAPSULE	1	QL(120 cada 30 días)	ANTIVIRALES		
atazanavir 150 mg capsule	1	QL(60 cada 30 días)	ANTIVIRALES		

• NP – no preferido • OTC – sin receta • PA – autorización previa • QL – Límite de cantidad
• ST – Terapia por fases

Nombre del medicamento	Grupo del nivel del medica-mento	Requisitos de manejo de utilización	Nombre de la categoría terapéutica	Edad mínima	Edad máxima
atazanavir 200 mg capsule	1	QL(60 cada 30 días)	ANTIVIRALES		
atazanavir 300 mg capsule	1	QL(30 cada 30 días)	ANTIVIRALES		
BARACLUDE 0.05 MG/ML ORAL SOLUTION[NP]	*	QL(630 cada 30 días)	ANTIVIRALES		
BARACLUDE 0.5 MG TABLET[NP]	*	QL(30 cada 30 días)	ANTIVIRALES		
BARACLUDE 1 MG TABLET[NP]	*	QL(30 cada 30 días)	ANTIVIRALES		
BIKTARVY 30 MG-120 MG-15 MG TABLET	1	QL(30 cada 30 días)	ANTIVIRALES		
BIKTARVY 50 MG-200 MG-25 MG TABLET	1	QL(30 cada 30 días)	ANTIVIRALES		
BIXLENVO 75 MG-50 MG TABLET[NP]	*	QL(30 cada 30 días)	ANTIVIRALES		
CABENUVA 400 MG/2 ML-600 MG/2 ML IM SUSPENSION, EXTENDED RELEASE	1	QL(50 cada 365 días)	ANTIVIRALES		
CABENUVA 600 MG/3 ML-900 MG/3 ML IM SUSPENSION, EXTENDED RELEASE	1	QL(50 cada 365 días)	ANTIVIRALES		
CIMDUO 300 MG-300 MG TABLET[NP]	*	QL(30 cada 30 días)	ANTIVIRALES		
COMPLERA 200 MG-25 MG-300 MG TABLET	1	QL(30 cada 30 días)	ANTIVIRALES		
darunavir 600 mg tablet	1	QL(60 cada 30 días)	ANTIVIRALES		
darunavir 800 mg tablet	1	QL(30 cada 30 días)	ANTIVIRALES		
DELSTRIGO 100 MG-300 MG-300 MG TABLET	1	QL(30 cada 30 días)	ANTIVIRALES		
DENAVIR 1 % TOPICAL CREAM[NP]	*		ANTIVIRALES		
DESCOVY 120 MG-15 MG TABLET	1	QL(30 cada 30 días)	ANTIVIRALES		
DESCOVY 200 MG-25 MG TABLET	1	QL(30 cada 30 días)	ANTIVIRALES		
DOVATO 50 MG-300 MG TABLET	1	QL(30 cada 30 días)	ANTIVIRALES		
EDURANT 25 MG TABLET	1	QL(30 cada 30 días)	ANTIVIRALES		
EDURANT PED 2.5 MG TABLET FOR ORAL SUSPENSION	1	QL(180 cada 30 días)	ANTIVIRALES		
efavirenz 200 mg capsule	1	QL(120 cada 30 días)	ANTIVIRALES		
efavirenz 400 mg-lamivudine 300 mg-tenofovir disoproxil 300 mg tablet	1	QL(30 cada 30 días)	ANTIVIRALES		
efavirenz 50 mg capsule	1	QL(480 cada 30 días)	ANTIVIRALES		
efavirenz 600 mg tablet	1	QL(30 cada 30 días)	ANTIVIRALES		
efavirenz 600 mg-emtricitabine 200 mg-tenofovir disoprox 300 mg tablet	1	QL(30 cada 30 días)	ANTIVIRALES		

• NP – no preferido • OTC – sin receta • PA – autorización previa • QL – Límite de cantidad
• ST – Terapia por fases

Nombre del medicamento	Grupo del nivel del medica-mento	Requisitos de manejo de utilización	Nombre de la categoría terapéutica	Edad mínima	Edad máxima
efavirenz 600 mg-lamivudine 300 mg-tenofovir disoproxil 300 mg tablet[NP]	*	QL(30 cada 30 días)	ANTIVIRALES		
emtricitabine 100 mg-tenofovir disoproxil fumarate 150 mg tablet	1	QL(30 cada 30 días)	ANTIVIRALES		
emtricitabine 133 mg-tenofovir disoproxil fumarate 200 mg tablet	1	QL(30 cada 30 días)	ANTIVIRALES		
emtricitabine 167 mg-tenofovir disoproxil fumarate 250 mg tablet	1	QL(30 cada 30 días)	ANTIVIRALES		
emtricitabine 200 mg capsule	1	QL(30 cada 30 días)	ANTIVIRALES		
emtricitabine 200 mg-rilpivirine 25 mg-tenofovir disprox 300 mg tablet	1	QL(30 cada 30 días)	ANTIVIRALES		
emtricitabine 200 mg-tenofovir disoproxil fumarate 300 mg tablet	1	QL(30 cada 30 días)	ANTIVIRALES		
EMTRIVA 10 MG/ML ORAL SOLUTION	1	QL(680 cada 28 días)	ANTIVIRALES		
EMTRIVA 200 MG CAPSULE	1	QL(30 cada 30 días)	ANTIVIRALES		
entecavir 0.5 mg tablet	1	QL(30 cada 30 días)	ANTIVIRALES		
entecavir 1 mg tablet	1	QL(30 cada 30 días)	ANTIVIRALES		
EPCLUSA 150 MG-37.5 MG ORAL PELLETS IN PACKET[NP]	*	QL(28 cada 28 días)	ANTIVIRALES		
EPCLUSA 200 MG-50 MG ORAL PELLETS IN PACKET[NP]	*	QL(56 cada 28 días)	ANTIVIRALES		
EPCLUSA 200 MG-50 MG TABLET[NP]	*	QL(28 cada 28 días)	ANTIVIRALES		
EPCLUSA 400 MG-100 MG TABLET[NP]	*	QL(28 cada 28 días)	ANTIVIRALES		
EPIVIR 10 MG/ML ORAL SOLUTION[NP]	*	QL(960 cada 30 días)	ANTIVIRALES		
EPIVIR 150 MG TABLET[NP]	*	QL(60 cada 30 días)	ANTIVIRALES		
EPIVIR 300 MG TABLET[NP]	*	QL(30 cada 30 días)	ANTIVIRALES		
etravirine 100 mg tablet	1	QL(120 cada 30 días)	ANTIVIRALES		
etravirine 200 mg tablet	1	QL(60 cada 30 días)	ANTIVIRALES		
EVOTAZ 300 MG-150 MG TABLET[NP]	*	QL(30 cada 30 días)	ANTIVIRALES		
famciclovir 125 mg tablet[NP]	*	QL(90 cada 30 días)	ANTIVIRALES		
famciclovir 250 mg tablet[NP]	*	QL(90 cada 30 días)	ANTIVIRALES		
famciclovir 500 mg tablet[NP]	*	QL(90 cada 30 días)	ANTIVIRALES		
fosamprenavir 700 mg tablet	1	QL(120 cada 30 días)	ANTIVIRALES		

• NP – no preferido • OTC – sin receta • PA – autorización previa • QL – Límite de cantidad
• ST – Terapia por fases

Nombre del medicamento	Grupo del nivel del medica-mento	Requisitos de manejo de utilización	Nombre de la categoría terapéutica	Edad mínima	Edad máxima
GENVOYA 150 MG-150 MG-200 MG-10 MG TABLET	1	QL(30 cada 30 días)	ANTIVIRALES		
HARVONI 33.75 MG-150 MG ORAL PELLETS IN PACKET[NP]	*	QL(28 cada 28 días)	ANTIVIRALES		
HARVONI 45 MG-200 MG ORAL PELLETS IN PACKET[NP]	*	QL(56 cada 28 días)	ANTIVIRALES		
HARVONI 45 MG-200 MG TABLET[NP]	*	QL(28 cada 28 días)	ANTIVIRALES		
HARVONI 90 MG-400 MG TABLET[NP]	*	QL(28 cada 28 días)	ANTIVIRALES		
IDVYNSO 100 MG-0.25 MG TABLET[NP]	*	QL(30 cada 30 días)	ANTIVIRALES		
INTELENCE 100 MG TABLET	1	QL(120 cada 30 días)	ANTIVIRALES		
INTELENCE 200 MG TABLET	1	QL(60 cada 30 días)	ANTIVIRALES		
INTELENCE 25 MG TABLET	1	QL(120 cada 30 días)	ANTIVIRALES		
ISENTRESS 100 MG CHEWABLE TABLET	1	QL(180 cada 30 días)	ANTIVIRALES		
ISENTRESS 100 MG ORAL POWDER PACKET	1	QL(300 cada 30 días)	ANTIVIRALES		
ISENTRESS 25 MG CHEWABLE TABLET	1	QL(180 cada 30 días)	ANTIVIRALES		
ISENTRESS 400 MG TABLET	1	QL(120 cada 30 días)	ANTIVIRALES		
ISENTRESS HD 600 MG TABLET	1	QL(60 cada 30 días)	ANTIVIRALES		
JULUCA 50 MG-25 MG TABLET	1	QL(30 cada 30 días)	ANTIVIRALES		
KALETRA 100 MG-25 MG TABLET	1	QL(300 cada 30 días)	ANTIVIRALES		
KALETRA 200 MG-50 MG TABLET	1	QL(150 cada 30 días)	ANTIVIRALES		
KALETRA 400 MG-100 MG/5 ML ORAL SOLUTION[NP]	*		ANTIVIRALES		
LAGEVRIO 200 MG CAPSULE (EUA)	1	QL(40 cada 5 días)	ANTIVIRALES		
lamivudine 10 mg/ml oral solution	1	QL(960 cada 30 días)	ANTIVIRALES		
lamivudine 100 mg tablet[NP]	*	QL(90 cada 30 días)	ANTIVIRALES		
lamivudine 150 mg tablet	1	QL(60 cada 30 días)	ANTIVIRALES		
lamivudine 150 mg-zidovudine 300 mg tablet	1	QL(60 cada 30 días)	ANTIVIRALES		
lamivudine 300 mg tablet	1	QL(30 cada 30 días)	ANTIVIRALES		
ledipasvir 90 mg-sofosbuvir 400 mg tablet[NP]	*	QL(28 cada 28 días)	ANTIVIRALES		

• NP – no preferido • OTC – sin receta • PA – autorización previa • QL – Límite de cantidad
• ST – Terapia por fases

Nombre del medicamento	Grupo del nivel del medica-mento	Requisitos de manejo de utilización	Nombre de la categoría terapéutica	Edad mínima	Edad máxima
LIVTENCITY 200 MG TABLET	1	PA,QL(120 cada 30 días)	ANTIVIRALES		
lopinavir-ritonavir 100 mg-25 mg tablet	1	QL(300 cada 30 días)	ANTIVIRALES		
lopinavir-ritonavir 200 mg-50 mg tablet	1	QL(150 cada 30 días)	ANTIVIRALES		
maraviroc 150 mg tablet	1	QL(240 cada 30 días)	ANTIVIRALES		
maraviroc 300 mg tablet	1	QL(120 cada 30 días)	ANTIVIRALES		
MAVYRET 100 MG-40 MG TABLET	1	QL(84 cada 28 días)	ANTIVIRALES		
MAVYRET 50 MG-20 MG ORAL PELLETS IN PACKET	1	QL(150 cada 30 días)	ANTIVIRALES		
nevirapine 200 mg tablet	1	QL(60 cada 30 días)	ANTIVIRALES		
nevirapine 50 mg/5 ml oral suspension	1	QL(1200 cada 30 días)	ANTIVIRALES		
nevirapine er 400 mg tablet,extended release 24 hr	1	QL(30 cada 30 días)	ANTIVIRALES		
NORVIR 100 MG ORAL POWDER PACKET	1	QL(360 cada 30 días)	ANTIVIRALES		
NORVIR 100 MG TABLET	1	QL(360 cada 30 días)	ANTIVIRALES		
ODEFSEY 200 MG-25 MG-25 MG TABLET	1	QL(30 cada 30 días)	ANTIVIRALES		
oseltamivir 30 mg capsule	1	QL(20 cada 10 días)	ANTIVIRALES		
oseltamivir 45 mg capsule	1	QL(20 cada 10 días)	ANTIVIRALES		
oseltamivir 6 mg/ml oral suspension	1	QL(250 cada 10 días)	ANTIVIRALES		
oseltamivir 75 mg capsule	1	QL(20 cada 10 días)	ANTIVIRALES		
PAXLOVID 150 MG(6)-100 MG(5) TABLETS IN A DOSE PACK(SEVERE RENAL DOSE)	1	QL(11 cada 5 días)	ANTIVIRALES		
PAXLOVID 150 MG-100 MG TABLETS IN A DOSE PACK (MODERATE RENAL DOSE)	1	QL(20 cada 5 días)	ANTIVIRALES		
PAXLOVID 300 MG (150 MG X 2)-100 MG TABLETS IN A DOSE PACK	1	QL(30 cada 5 días)	ANTIVIRALES		
penciclovir 1 % topical cream[NP]	*		ANTIVIRALES		
PIFELTRO 100 MG TABLET	1	QL(60 cada 30 días)	ANTIVIRALES		
PREVYMIS 120 MG ORAL PELLETS IN PACKET[NP]	*	QL(120 cada 30 días)	ANTIVIRALES		
PREVYMIS 20 MG ORAL PELLETS IN PACKET[NP]	*	QL(120 cada 30 días)	ANTIVIRALES		
PREVYMIS 240 MG TABLET	1	PA,QL(28 cada 28 días)	ANTIVIRALES		
PREVYMIS 480 MG TABLET	1	PA,QL(28 cada 28 días)	ANTIVIRALES		

• NP – no preferido • OTC – sin receta • PA – autorización previa • QL – Límite de cantidad
• ST – Terapia por fases

Nombre del medicamento	Grupo del nivel del medica-mento	Requisitos de manejo de utilización	Nombre de la categoría terapéutica	Edad mínima	Edad máxima
PREZCOBIX 675 MG-150 MG TABLET	1	QL(30 cada 30 días)	ANTIVIRALES		
PREZCOBIX 800 MG-150 MG TABLET	1	QL(30 cada 30 días)	ANTIVIRALES		
PREZISTA 100 MG/ML ORAL SUSPENSION	1	QL(360 cada 30 días)	ANTIVIRALES		
PREZISTA 150 MG TABLET	1	QL(240 cada 30 días)	ANTIVIRALES		
PREZISTA 600 MG TABLET	1	QL(60 cada 30 días)	ANTIVIRALES		
PREZISTA 75 MG TABLET	1	QL(480 cada 30 días)	ANTIVIRALES		
PREZISTA 800 MG TABLET	1	QL(30 cada 30 días)	ANTIVIRALES		
RELENZA DISKHALER 5 MG/ACTUATION POWDER FOR INHALATION	1	QL(20 cada 10 días)	ANTIVIRALES		
RETROVIR 10 MG/ML INTRAVENOUS SOLUTION	1		ANTIVIRALES		
RETROVIR 10 MG/ML ORAL SYRUP**NP**	*	QL(1680 cada 28 días)	ANTIVIRALES		
RETROVIR 100 MG CAPSULE**NP**	*	QL(180 cada 30 días)	ANTIVIRALES		
REYATAZ 200 MG CAPSULE	1	QL(60 cada 30 días)	ANTIVIRALES		
REYATAZ 300 MG CAPSULE	1	QL(30 cada 30 días)	ANTIVIRALES		
REYATAZ 50 MG ORAL POWDER PACKET	1		ANTIVIRALES		
ribavirin 200 mg capsule	1	QL(168 cada 28 días)	ANTIVIRALES		
ribavirin 200 mg tablet	1	QL(168 cada 28 días)	ANTIVIRALES		
rilpivirine hcl 25 mg tablet	1	QL(30 cada 30 días)	ANTIVIRALES		
rimantadine 100 mg tablet**NP**	*		ANTIVIRALES		
ritonavir 100 mg tablet	1	QL(360 cada 30 días)	ANTIVIRALES		
RUKOBIA 600 MG TABLET,EXTENDED RELEASE	1	QL(60 cada 30 días)	ANTIVIRALES		
SELZENTRY 150 MG TABLET**NP**	*	QL(240 cada 30 días)	ANTIVIRALES		
SELZENTRY 20 MG/ML ORAL SOLUTION	1	QL(1800 cada 30 días)	ANTIVIRALES		
SELZENTRY 300 MG TABLET**NP**	*	QL(120 cada 30 días)	ANTIVIRALES		
sofosbuvir 400 mg-velpatasvir 100 mg tablet	1	QL(28 cada 28 días)	ANTIVIRALES		
SOVALDI 150 MG ORAL PELLETS IN PACKET**NP**	*	QL(28 cada 28 días)	ANTIVIRALES		
SOVALDI 200 MG ORAL PELLETS IN PACKET**NP**	*	QL(56 cada 28 días)	ANTIVIRALES		

• NP – no preferido • OTC – sin receta • PA – autorización previa • QL – Límite de cantidad
• ST – Terapia por fases

Nombre del medicamento	Grupo del nivel del medica-mento	Requisitos de manejo de utilización	Nombre de la categoría terapéutica	Edad mínima	Edad máxima
SOVALDI 200 MG TABLET[NP]	*	QL(28 cada 28 días)	ANTIVIRALES		
SOVALDI 400 MG TABLET[NP]	*	QL(28 cada 28 días)	ANTIVIRALES		
STRIBILD 150 MG-150 MG-200 MG-300 MG TABLET[NP]	*	QL(30 cada 30 días)	ANTIVIRALES		
SUNLENCA 300 MG TABLET	1	PA,QL(10 cada 365 días)	ANTIVIRALES		
SUNLENCA 309 MG/ML SUBCUTANEOUS SOLUTION	1	PA,QL(9 cada 365 días)	ANTIVIRALES		
SYMFI 600 MG-300 MG-300 MG TABLET	1	QL(30 cada 30 días)	ANTIVIRALES		
SYMTUZA 800 MG-150 MG-200 MG-10 MG TABLET	1	QL(30 cada 30 días)	ANTIVIRALES		
TAMIFLU 6 MG/ML ORAL SUSPENSION[NP]	*	QL(250 cada 10 días)	ANTIVIRALES		
TAMIFLU 75 MG CAPSULE[NP]	*	QL(20 cada 10 días)	ANTIVIRALES		
tenofovir disoproxil fumarate 300 mg tablet	1	QL(30 cada 30 días)	ANTIVIRALES		
TIVICAY 50 MG TABLET	1	QL(60 cada 30 días)	ANTIVIRALES		
TIVICAY PD 5 MG TABLET FOR ORAL SUSPENSION	1	QL(180 cada 30 días)	ANTIVIRALES		
TRIUMEQ 600 MG-50 MG-300 MG TABLET	1	QL(30 cada 30 días)	ANTIVIRALES		
TRIUMEQ PD 60 MG-5 MG-30 MG TABLET FOR ORAL SUSPENSION	1	QL(180 cada 30 días)	ANTIVIRALES		
TROGARZO 200 MG/1.33 ML (150 MG/ML) INTRAVENOUS SOLUTION	1	PA	ANTIVIRALES		
TRUVADA 100 MG-150 MG TABLET	1	QL(30 cada 30 días)	ANTIVIRALES		
TRUVADA 133 MG-200 MG TABLET	1	QL(30 cada 30 días)	ANTIVIRALES		
TRUVADA 167 MG-250 MG TABLET	1	QL(30 cada 30 días)	ANTIVIRALES		
TRUVADA 200 MG-300 MG TABLET	1	QL(30 cada 30 días)	ANTIVIRALES		
TYBOST 150 MG TABLET[NP]	*	QL(30 cada 30 días)	ANTIVIRALES		
valacyclovir 1 gram tablet	1	QL(90 cada 30 días)	ANTIVIRALES		
valacyclovir 500 mg tablet	1	QL(90 cada 30 días)	ANTIVIRALES		
VALCYTE 50 MG/ML ORAL SOLUTION[NP]	*	QL(1056 cada 30 días)	ANTIVIRALES		
valganciclovir 450 mg tablet	1	QL(120 cada 30 días)	ANTIVIRALES		
valganciclovir 50 mg/ml oral solution[NP]	*	QL(1056 cada 30 días)	ANTIVIRALES		

• NP – no preferido • OTC – sin receta • PA – autorización previa • QL – Límite de cantidad
• ST – Terapia por fases

Nombre del medicamento	Grupo del nivel del medica-mento	Requisitos de manejo de utilización	Nombre de la categoría terapéutica	Edad mínima	Edad máxima
VALTREX 1 GRAM TABLET[NP]	*	QL(90 cada 30 días)	ANTIVIRALES		
VALTREX 500 MG TABLET[NP]	*	QL(90 cada 30 días)	ANTIVIRALES		
VEMLIDY 25 MG TABLET[NP]	*	QL(30 cada 30 días)	ANTIVIRALES		
VIRACEPT 250 MG TABLET	1	QL(300 cada 30 días)	ANTIVIRALES		
VIRACEPT 625 MG TABLET	1	QL(120 cada 30 días)	ANTIVIRALES		
VIREAD 150 MG TABLET	1	QL(30 cada 30 días)	ANTIVIRALES		
VIREAD 200 MG TABLET	1	QL(30 cada 30 días)	ANTIVIRALES		
VIREAD 250 MG TABLET	1	QL(30 cada 30 días)	ANTIVIRALES		
VIREAD 300 MG TABLET	1	QL(30 cada 30 días)	ANTIVIRALES		
VIREAD 40 MG/SCOOP (40 MG/GRAM) ORAL POWDER	1	QL(240 cada 30 días)	ANTIVIRALES		
VOSEVI 400 MG-100 MG-100 MG TABLET[NP]	*	QL(28 cada 28 días)	ANTIVIRALES		
XOCOVA 125 MG TABLET[NP]	*	QL(7 cada 5 días)	ANTIVIRALES		
XOFLUZA 40 MG TABLET[NP]	*		ANTIVIRALES		
XOFLUZA 80 MG TABLET[NP]	*		ANTIVIRALES		
YEZTUGO 300 MG TABLET	1	QL(10 cada 365 días)	ANTIVIRALES		
YEZTUGO 309 MG/ML SUBCUTANEOUS SOLUTION	1	QL(9 cada 365 días)	ANTIVIRALES		
ZEPATIER 50 MG-100 MG TABLET[NP]	*	QL(28 cada 28 días)	ANTIVIRALES		
ZIAGEN 20 MG/ML ORAL SOLUTION	1	QL(960 cada 30 días)	ANTIVIRALES		
zidovudine 10 mg/ml oral syrup	1	QL(1680 cada 28 días)	ANTIVIRALES		
zidovudine 100 mg capsule	1	QL(180 cada 30 días)	ANTIVIRALES		
zidovudine 300 mg tablet	1	QL(60 cada 30 días)	ANTIVIRALES		
ZIRGAN 0.15 % EYE GEL	1	QL(5 cada 30 días)	ANTIVIRALES		
altrixa ob 15 mg iron-1,750 mcg dfe tablet[NP]	*		ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS		
AURYXIA 210 MG IRON TABLET[NP]	*	QL(360 cada 30 días)	ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS		
AZENTRA 13 MG IRON-1 MG TABLET[NP]	*		ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS		
AZESCO 13 MG IRON-1 MG TABLET[NP]	*		ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS		

• NP – no preferido • OTC – sin receta • PA – autorización previa • QL – Límite de cantidad
• ST – Terapia por fases

Nombre del medicamento	Grupo del nivel del medica-mento	Requisitos de manejo de utilización	Nombre de la categoría terapéutica	Edad mínima	Edad máxima
CAL-MINT 260 MG (AS CALCIUM CARBONATE 650 MG) CHEWABLE TABLET[OTC]	1		ELECTROLITOS/MINERALES/ METALES/VITAMINAS		
calcium 200 mg (as calcium citrate 950 mg) tablet[OTC]	1		ELECTROLITOS/MINERALES/ METALES/VITAMINAS		
calcium 200 mg (as citrate)-vitamin d3 6.25 mcg (250 unit) tablet[OTC]	1		ELECTROLITOS/MINERALES/ METALES/VITAMINAS		
calcium 250 mg (as carbonate)-vitamin d3 3.125 mcg (125 unit) tablet[OTC]	1		ELECTROLITOS/MINERALES/ METALES/VITAMINAS		
calcium 250 mg (as citrate) tablet[OTC]	1		ELECTROLITOS/MINERALES/ METALES/VITAMINAS		
calcium 250 mg (as citrate)-vitamin d3 5 mcg (200 unit) tablet[OTC]	1		ELECTROLITOS/MINERALES/ METALES/VITAMINAS		
calcium 260 mg (as calcium carbonate 650 mg) chewable tablet[OTC]	1		ELECTROLITOS/MINERALES/ METALES/VITAMINAS		
calcium 315 mg (as citrate)-vitamin d3 5 mcg (200 unit) tablet[OTC]	1		ELECTROLITOS/MINERALES/ METALES/VITAMINAS		
calcium 315 mg (as citrate)-vitamin d3 6.25 mcg (250 unit) tablet[OTC]	1		ELECTROLITOS/MINERALES/ METALES/VITAMINAS		
calcium 325 mg-vit d3 12.5 mcg-zinc 2.75 mg-copper-manganese tablet[OTC]	1		ELECTROLITOS/MINERALES/ METALES/VITAMINAS		
calcium 500 mg (as calcium carbonate 1,250 mg) chewable tablet[OTC]	1		ELECTROLITOS/MINERALES/ METALES/VITAMINAS		
calcium 500 mg (as calcium carbonate 1,250 mg) tablet[OTC]	1		ELECTROLITOS/MINERALES/ METALES/VITAMINAS		
calcium 500 mg/5 ml (as calcium carb 1,250 mg/5 ml) oral suspension[OTC]	1		ELECTROLITOS/MINERALES/ METALES/VITAMINAS		
calcium 60 mg (as calcium gluconate 650 mg) tablet[OTC]	1		ELECTROLITOS/MINERALES/ METALES/VITAMINAS		
calcium 600 mg (as calcium carbonate 1,500 mg) tablet[OTC]	1		ELECTROLITOS/MINERALES/ METALES/VITAMINAS		
calcium 760 mg (as citrate)/3.5 gram oral granules[OTC]	1		ELECTROLITOS/MINERALES/ METALES/VITAMINAS		
calcium 800 mg/2 gram (as carbonate) oral powder[OTC]	1		ELECTROLITOS/MINERALES/ METALES/VITAMINAS		
calcium acetate(phosphate binders) 667 mg capsule	1		ELECTROLITOS/MINERALES/ METALES/VITAMINAS		
calcium acetate(phosphate binders) 667 mg tablet	1		ELECTROLITOS/MINERALES/ METALES/VITAMINAS		
calcium citrate + d 315 mg-5 mcg (200 unit) tablet[OTC]	1		ELECTROLITOS/MINERALES/ METALES/VITAMINAS		
calcium er 600 mg (as carb,cit)-d3 12.5 mcg (500 unit) tablet, ext.rel[OTC]	1		ELECTROLITOS/MINERALES/ METALES/VITAMINAS		
calcium-600 600 mg (as calcium carbonate 1,500 mg) tablet[OTC]	1		ELECTROLITOS/MINERALES/ METALES/VITAMINAS		
CARBAGLU 200 MG DISPERSIBLE TABLET	1	PA	ELECTROLITOS/MINERALES/ METALES/VITAMINAS		
carglumic acid 200 mg dispersible tablet	1	PA	ELECTROLITOS/MINERALES/ METALES/VITAMINAS		
CARNITOR (SUGAR-FREE) 100 MG/ML ORAL SOLUTION[NP]	*		ELECTROLITOS/MINERALES/ METALES/VITAMINAS		

• NP – no preferido • OTC – sin receta • PA – autorización previa • QL – Límite de cantidad
• ST – Terapia por fases

Nombre del medicamento	Grupo del nivel del medica-mento	Requisitos de manejo de utilización	Nombre de la categoría terapéutica	Edad mínima	Edad máxima
CARNITOR 100 MG/ML ORAL SOLUTION[NP]	*		ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS		
CARNITOR 330 MG TABLET[NP]	*		ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS		
CHEMET 100 MG CAPSULE	1		ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS		
citracal + vitamin d maximum 315 mg-6.25 mcg (250 unit) tablet[OTC]	1		ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS		
complete natal dha 29 mg iron-1 mg-200 mg oral pack[NP]	*		ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS		
completenate 29 mg iron-1 mg chewable tablet[OTC]	1		ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS		
CONCEPT DHA 35 MG-1 MG-200 MG CAPSULE[NP]	*		ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS		
CONCEPT OB 85 MG-1 MG CAPSULE[NP]	*		ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS		
coral calcium 185 mg-50 mg-2.5 mcg (100 unit) capsule[OTC]	1		ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS		
coral calcium 250 mg-125 mg-100 unit capsule[OTC]	1		ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS		
CUVRIOR 300 MG TABLET[NP]	*	QL(300 cada 30 días)	ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS		
deferasirox 125 mg dispersible tablet[NP]	*	QL(150 cada 30 días)	ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS		
deferasirox 180 mg oral granules in packet[NP]	*	QL(600 cada 30 días)	ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS		
deferasirox 180 mg tablet[NP]	*	QL(600 cada 30 días)	ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS		
deferasirox 250 mg dispersible tablet[NP]	*	QL(150 cada 30 días)	ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS		
deferasirox 360 mg oral granules in packet[NP]	*	QL(300 cada 30 días)	ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS		
deferasirox 360 mg tablet[NP]	*	QL(300 cada 30 días)	ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS		
deferasirox 500 mg dispersible tablet[NP]	*	QL(150 cada 30 días)	ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS		
deferasirox 90 mg oral granules in packet[NP]	*	QL(1200 cada 30 días)	ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS		
deferasirox 90 mg tablet[NP]	*	QL(1200 cada 30 días)	ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS		
deferiprone 1,000 mg tablet[NP]	*	QL(300 cada 30 días)	ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS		
deferiprone 500 mg tablet[NP]	*	QL(720 cada 30 días)	ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS		
denta 5000 plus 1.1 % cream[NP]	*		ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS		
denta 5000 plus sensitive 1.1 %-5 % dental paste[NP]	*		ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS		
dentagel 1.1 %[NP]	*		ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS		

• NP – no preferido • OTC – sin receta • PA – autorización previa • QL – Límite de cantidad
• ST – Terapia por fases

Nombre del medicamento	Grupo del nivel del medica-mento	Requisitos de manejo de utilización	Nombre de la categoría terapéutica	Edad mínima	Edad máxima
DEPEN TITRATABS 250 MG TABLET	1		ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS		
DERMACINRX PRENATRIX 27 MG IRON-1 MG TABLET[NP]	*		ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS		
DERMACINRX PRENATRYL 27 MG IRON-1 MG TABLET[NP]	*		ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS		
DERMACINRX PRETRATE 27 MG IRON-1 MG TABLET[NP]	*		ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS		
dextrose 5 % and 0.45 % sodium chloride intravenous solution	1		ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS		
dextrose 5 % in water (d5w) intravenous solution	1		ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS		
DRIPDROP 305 MG-175 MG-70 MG ORAL POWDER PACKET[OTC]	1		ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS		
DRIPDROP 320 MG-190 MG-70 MG ORAL POWDER PACKET[OTC]	1		ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS		
DRIPDROP 670 MG-380 MG-150 MG ORAL POWDER PACKET[OTC]	1		ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS		
DRIPDROP 700 MG-410 MG-150 MG ORAL POWDER PACKET[OTC]	1		ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS		
EFFER-K 10 MEQ EFFERVESCENT TABLET	1		ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS		
EFFER-K 20 MEQ EFFERVESCENT TABLET	1		ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS		
effer-k 25 meq effervescent tablet	1		ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS		
elite-ob 50 mg iron-1.25 mg tablet	1		ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS		
embriva 13 mg iron-1 mg tablet[NP]	*		ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS		
ENBRACE HR 1.5 MG IRON-8.73 MG-6.4 MG CAPSULE,IMMED AND DELAY RELEASE[NP]	*		ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS		
EXJADE 125 MG DISPERSIBLE TABLET[NP]	*	QL(150 cada 30 dÍas)	ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS		
EXJADE 250 MG DISPERSIBLE TABLET[NP]	*	QL(150 cada 30 dÍas)	ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS		
EXJADE 500 MG DISPERSIBLE TABLET[NP]	*	QL(150 cada 30 dÍas)	ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS		
ferric citrate 210 mg iron tablet[NP]	*	QL(360 cada 30 dÍas)	ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS		
FERRIPROX (2 TIMES A DAY) 1,000 MG TABLET, MODIFIED RELEASE[NP]	*	QL(300 cada 30 dÍas)	ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS		
FERRIPROX 1,000 MG TABLET[NP]	*	QL(300 cada 30 dÍas)	ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS		
FERRIPROX 100 MG/ML ORAL SOLUTION[NP]	*	QL(3600 cada 30 dÍas)	ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS		
FOLATEXCEL 20 MG IRON-1,670 MCG DFE TABLET[NP]	*		ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS		
folivane-ob 85 mg-1 mg capsule[NP]	*		ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS		

• NP – no preferido • OTC – sin receta • PA – autorización previa • QL – Límite de cantidad
• ST – Terapia por fases

Nombre del medicamento	Grupo del nivel del medica-mento	Requisitos de manejo de utilización	Nombre de la categoría terapéutica	Edad mínima	Edad máxima
FOSRENOL 1,000 MG CHEWABLE TABLET[NP]	*		ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS		
FOSRENOL 1,000 MG ORAL POWDER PACKET	1		ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS		
FOSRENOL 500 MG CHEWABLE TABLET[NP]	*		ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS		
FOSRENOL 750 MG CHEWABLE TABLET[NP]	*		ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS		
FOSRENOL 750 MG ORAL POWDER PACKET	1		ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS		
gestyra 13 mg iron-1 mg tablet[NP]	*		ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS		
hydration multiplier sugar free oral packet[OTC]	1		ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS		
JADENU 180 MG TABLET[NP]	*	QL(600 cada 30 días)	ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS		
JADENU 360 MG TABLET[NP]	*	QL(300 cada 30 días)	ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS		
JADENU 90 MG TABLET[NP]	*	QL(1200 cada 30 días)	ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS		
JADENU SPRINKLE 180 MG ORAL GRANULES IN PACKET[NP]	*	QL(600 cada 30 días)	ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS		
JADENU SPRINKLE 360 MG ORAL GRANULES IN PACKET[NP]	*	QL(300 cada 30 días)	ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS		
JADENU SPRINKLE 90 MG ORAL GRANULES IN PACKET[NP]	*	QL(1200 cada 30 días)	ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS		
JYNARQUE 15 MG (AM)/15 MG (PM) TABLETS[NP]	*	QL(56 cada 28 días)	ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS		
JYNARQUE 15 MG TABLET[NP]	*	QL(60 cada 30 días)	ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS		
JYNARQUE 30 MG (AM)/15 MG (PM) TABLETS[NP]	*	QL(56 cada 28 días)	ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS		
JYNARQUE 30 MG TABLET[NP]	*	QL(60 cada 30 días)	ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS		
JYNARQUE 45 MG (AM)/15 MG (PM) TABLETS[NP]	*	QL(56 cada 28 días)	ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS		
JYNARQUE 60 MG (AM)/30 MG (PM) TABLETS[NP]	*	QL(56 cada 28 días)	ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS		
JYNARQUE 90 MG (AM)/30 MG (PM) TABLETS[NP]	*	QL(56 cada 28 días)	ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS		
K-PHOS NO 2 305 MG-700 MG TABLET[NP]	*		ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS		
kionex 15 gram/60 ml oral suspension	1		ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS		
klor-con 10 meq tablet,extended release	1		ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS		
klor-con 20 meq oral packet	1		ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS		
KLOR-CON 8 MEQ TABLET,EXTENDED RELEASE	1		ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS		

• NP – no preferido • OTC – sin receta • PA – autorización previa • QL – Límite de cantidad
• ST – Terapia por fases

Nombre del medicamento	Grupo del nivel del medica-mento	Requisitos de manejo de utilización	Nombre de la categoría terapéutica	Edad mínima	Edad máxima
klor-con m10 meq tablet,extended release	1		ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS		
KLOR-CON M15 MEQ TABLET,EXTENDED RELEASE	1		ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS		
klor-con m20 meq tablet,extended release	1		ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS		
klor-con/ef 25 meq effervescent tablet	1		ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS		
lactated ringers intravenous solution	1		ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS		
lanthanum 1,000 mg chewable tablet	1		ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS		
lanthanum 500 mg chewable tablet	1		ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS		
lanthanum 750 mg chewable tablet	1		ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS		
levocarnitine (with sugar) 100 mg/ml oral solution[NP]	*		ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS		
levocarnitine 100 mg/ml oral solution[NP]	*		ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS		
levocarnitine 330 mg tablet[NP]	*		ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS		
levocarnitine 330 mg tablet[NP]	*		ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS		
LOKELMA 10 GRAM ORAL POWDER PACKET[NP]	*	PA,QL(30 cada 30 días)	ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS		
LOKELMA 5 GRAM ORAL POWDER PACKET[NP]	*	PA,QL(30 cada 30 días)	ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS		
m-natal plus 27 mg iron-1 mg tablet	1		ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS		
MATRONEX 27 MG IRON-1,000 MCG TABLET[NP]	*		ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS		
neo-vital rx 27 mg iron-1 mg tablet[NP]	*		ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS		
NEOMATERNA 20 MG IRON-1,670 MCG DFE TABLET[NP]	*		ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS		
NESTABS 32 MG-1,000 MCG TABLET[NP]	*		ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS		
NESTABS DHA 32 MG IRON-1,000 MCG-230 MG ORAL PACK[NP]	*		ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS		
NESTABS ONE 38 MG-1 MG-225 MG CAPSULE[NP]	*		ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS		
OB COMPLETE 50 MG IRON-1.25 MG TABLET	1		ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS		
OB COMPLETE ONE 40 MG-10 MG-1 MG-300 MG CAPSULE[NP]	*		ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS		
OB COMPLETE PETITE 35 MG IRON-5 MG IRON-1 MG CAPSULE[NP]	*		ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS		
OB COMPLETE PREMIER 30 MG-20 MG-1 MG TABLET[NP]	*		ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS		

• NP – no preferido • OTC – sin receta • PA – autorización previa • QL – Límite de cantidad
• ST – Terapia por fases

Nombre del medicamento	Grupo del nivel del medica-mento	Requisitos de manejo de utilización	Nombre de la categoría terapéutica	Edad mínima	Edad máxima
OB COMPLETE WITH DHA 30 MG IRON-10 MG IRON-1 MG CAPSULE[NP]	*		ELECTROLITOS/MINERALES/ METALES/VITAMINAS		
one natal rx 27 mg iron-1 mg tablet[NP]	*		ELECTROLITOS/MINERALES/ METALES/VITAMINAS		
onevite calcium 600 mg calcium (1,500 mg) tablet[OTC]	1		ELECTROLITOS/MINERALES/ METALES/VITAMINAS		
ORACIT 490 MG-640 MG/5 ML ORAL SOLUTION	1		ELECTROLITOS/MINERALES/ METALES/VITAMINAS		
oyster shell + d3 250 mg-3.125 mcg (125 unit) tablet[OTC]	1		ELECTROLITOS/MINERALES/ METALES/VITAMINAS		
oyster shell calcium 500 mg (as calcium carbonate 1,250 mg) tablet[OTC]	1		ELECTROLITOS/MINERALES/ METALES/VITAMINAS		
oyster shell calcium and magnesium 250 mg-155 mg tablet[OTC]	1		ELECTROLITOS/MINERALES/ METALES/VITAMINAS		
oyster shell calcium-500 500 mg (as carbonate 1,250 mg) tablet[OTC]	1		ELECTROLITOS/MINERALES/ METALES/VITAMINAS		
oyster shell calcium-vitamin d3 250 mg-3.125 mcg (125 unit) tablet[OTC]	1		ELECTROLITOS/MINERALES/ METALES/VITAMINAS		
oyster shell calcium-vitamin d3 500 mg-10 mcg (400 unit) tablet[OTC]	1		ELECTROLITOS/MINERALES/ METALES/VITAMINAS		
oyster shell calcium-vitamin d3 500 mg-5 mcg (200 unit) tablet[OTC]	1		ELECTROLITOS/MINERALES/ METALES/VITAMINAS		
oystercal-d 500 mg-10 mcg (400 unit) tablet[OTC]	1		ELECTROLITOS/MINERALES/ METALES/VITAMINAS		
PEDIALYTE 10.6 MEQ-4.7MEQ/9 GRAM ORAL POWDER PACKET[OTC]	1		ELECTROLITOS/MINERALES/ METALES/VITAMINAS		
PEDIALYTE ELECTROLYTE WATER ORAL SOLUTION[OTC]	1		ELECTROLITOS/MINERALES/ METALES/VITAMINAS		
penicillamine 250 mg capsule	1		ELECTROLITOS/MINERALES/ METALES/VITAMINAS		
penicillamine 250 mg tablet	1		ELECTROLITOS/MINERALES/ METALES/VITAMINAS		
PHOS-NAK 280 MG-160 MG-250 MG ORAL POWDER PACKET[OTC]	1		ELECTROLITOS/MINERALES/ METALES/VITAMINAS		
phospha neutral 250 mg tablet[OTC]	1		ELECTROLITOS/MINERALES/ METALES/VITAMINAS		
phospho-trin k500 500 mg soluble tablet[OTC]	1		ELECTROLITOS/MINERALES/ METALES/VITAMINAS		
phospho-trin neutral 250 mg tablet[OTC]	1		ELECTROLITOS/MINERALES/ METALES/VITAMINAS		
phosphorous 250 mg tablet[OTC]	1		ELECTROLITOS/MINERALES/ METALES/VITAMINAS		
phosphorous supplement 280 mg-160 mg-250 mg oral powder packet[OTC]	1		ELECTROLITOS/MINERALES/ METALES/VITAMINAS		
PNV TABS 20-1 20 MG IRON-1 MG TABLET[NP]	*		ELECTROLITOS/MINERALES/ METALES/VITAMINAS		
pnv-dha 27 mg iron-1 mg-300 mg capsule[NP]	*		ELECTROLITOS/MINERALES/ METALES/VITAMINAS		
pnv-omega 28 mg-1 mg-300 mg capsule[NP]	*		ELECTROLITOS/MINERALES/ METALES/VITAMINAS		

• NP – no preferido • OTC – sin receta • PA – autorización previa • QL – Límite de cantidad
• ST – Terapia por fases

Nombre del medicamento	Grupo del nivel del medica-mento	Requisitos de manejo de utilización	Nombre de la categoría terapéutica	Edad mínima	Edad máxima
pnv-select 27 mg-1 mg tablet[NP]	*		ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS		
potassium chloride 2 meq/ml intravenous solution	1		ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS		
potassium chloride 20 meq/15 ml oral liquid	1		ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS		
potassium chloride 40 meq/15 ml oral liquid	1		ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS		
potassium chloride er 10 meq capsule,extended release	1		ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS		
potassium chloride er 10 meq tablet,extended release	1		ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS		
potassium chloride er 10 meq tablet,extended release(part/cryst)	1		ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS		
potassium chloride er 15 meq tablet,extended release	1		ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS		
potassium chloride er 15 meq tablet,extended release(part/cryst)	1		ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS		
potassium chloride er 20 meq tablet,extended release	1		ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS		
potassium chloride er 20 meq tablet,extended release(part/cryst)	1		ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS		
potassium chloride er 8 meq capsule,extended release	1		ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS		
potassium chloride er 8 meq tablet,extended release	1		ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS		
potassium citrate er 10 meq (1,080 mg) tablet,extended release[NP]	*		ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS		
potassium citrate er 15 meq (1,620 mg) tablet,extended release[NP]	*		ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS		
potassium citrate er 5 meq (540 mg) tablet,extended release[NP]	*		ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS		
potassium, sodium phosphates 280 mg-160 mg-250 mg oral powder packet[OTC]	1		ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS		
PREGENNA 20 MG IRON-1 MG TABLET[NP]	*		ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS		
prenatal plus vitamin-mineral 27 mg iron-1 mg tablet	1		ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS		
prenatal vitamins plus low iron 27 mg iron-1 mg tablet[OTC]	1		ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS		
prenatal vitamins plus low iron 27 mg iron-1 mg tablet	1		ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS		
PRENATE AM 1 MG-500 MG TABLET[NP]	*		ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS		
PRENATE CHEWABLE 1 MG TABLET[NP]	*		ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS		
PRENATE DHA (FERROUS ASPARTO GLYCINATE) 18 MG IRON-1 MG-300 MG CAPSULE[NP]	*		ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS		

• NP – no preferido • OTC – sin receta • PA – autorización previa • QL – Límite de cantidad
• ST – Terapia por fases

Nombre del medicamento	Grupo del nivel del medica-mento	Requisitos de manejo de utilización	Nombre de la categoría terapéutica	Edad mínima	Edad máxima
PRENATE ELITE (IRON ASPARTO GLYCINATE) 20 MG IRON-1 MG TABLET[NP]	*		ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS		
PRENATE ENHANCE 28 MG IRON-1 MG-400 MG CAPSULE[NP]	*		ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS	18	
PRENATE ESSENTIAL (IRON ASPARTO GLYCINATE) 18 MG IRON-1 MG-300 MG CAP[NP]	*		ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS		
PRENATE MINI (FERROUS ASPARTO GLYCINATE) 18 MG-1 MG-350 MG CAPSULE[NP]	*		ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS		
PRENATE PIXIE 10 MG IRON-1 MG-200 MG CAPSULE[NP]	*		ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS		
PRENATE RESTORE 27 MG IRON-1 MG-400 MG CAPSULE[NP]	*		ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS		
prenova 28 mg iron-800 mcg tablet[NP]	*		ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS		
PROVIDA OB 40 MG IRON-1.25 MG CAPSULE[NP]	*		ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS		
purevit dualfe plus 162 mg-115.2 mg (106 mg)-1 mg capsule[OTC]	1		ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS		
RENVELA 0.8 GRAM ORAL POWDER PACKET[NP]	*	QL(540 cada 30 días)	ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS		
RENVELA 2.4 GRAM ORAL POWDER PACKET[NP]	*	QL(180 cada 30 días)	ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS		
RENVELA 800 MG TABLET[NP]	*	QL(540 cada 30 días)	ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS		
ringer's intravenous solution	1		ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS		
SAMSCA 15 MG TABLET[NP]	*	QL(60 cada 30 días)	ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS		
SAMSCA 30 MG TABLET[NP]	*	QL(60 cada 30 días)	ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS		
se-tan plus 162 mg-115.2 mg (106 mg)-1 mg capsule[OTC]	1		ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS		
SELECT-OB (FOLIC ACID) 29 MG IRON-1 MG CHEWABLE TABLET[NP]	*		ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS		
SELECT-OB + DHA 29 MG IRON-1 MG-250 MG ORAL PACK[NP]	*		ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS		
sevelamer carbonate 0.8 gram oral powder packet[NP]	*	QL(540 cada 30 días)	ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS		
sevelamer carbonate 2.4 gram oral powder packet[NP]	*	QL(180 cada 30 días)	ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS		
sevelamer carbonate 800 mg tablet	1	QL(540 cada 30 días)	ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS		
sevelamer hcl 400 mg tablet	1		ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS		
sevelamer hcl 800 mg tablet	1		ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS		
sodium bicarbonate 1 meq/ml (8.4 %) intravenous solution	1		ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS		

• NP – no preferido • OTC – sin receta • PA – autorización previa • QL – Límite de cantidad
• ST – Terapia por fases

Nombre del medicamento	Grupo del nivel del medica-mento	Requisitos de manejo de utilización	Nombre de la categoría terapéutica	Edad mínima	Edad máxima
sodium chloride 0.9 % (flush) injection syringe	1		ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS		
sodium chloride 1,000 mg soluble tablet[OTC]	1		ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS		
sodium fluoride 0.2 % dental solution[NP]	*	QL(473 cada 30 días)	ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS		
sodium fluoride 1.1 % dental gel[NP]	*		ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS		
sodium fluoride 1.1 % dental paste[NP]	*		ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS		
sodium fluoride 1.1 %-potassium nitrate 5 % dental paste[NP]	*		ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS		
sodium fluoride 5000 dry mouth 1.1 % dental paste[NP]	*		ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS		
sodium fluoride 5000 plus 1.1 % dental cream[NP]	*		ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS		
sodium polystyrene sulfonate 15 gram oral powder	1		ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS		
sodium polystyrene sulfonate 15 gram/60 ml oral suspension	1		ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS		
SPS (WITH SORBITOL) 15 GRAM-20 GRAM/60 ML ORAL SUSPENSION	1		ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS		
SPS (WITH SORBITOL) 30 GRAM-40 GRAM/120 ML ENEMA	1		ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS		
super calcium 600 mg (as calcium carbonate 1,500 mg) tablet[OTC]	1		ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS		
TANDEM PLUS 162 MG-115.2 MG (106 MG)-1 MG CAPSULE[OTC]	1		ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS		
taron-c dha 35 mg-1 mg-200 mg capsule[NP]	*		ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS		
thrivite rx 29 mg iron-1 mg tablet	1		ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS		
tolvaptan (polycystic kidney disease) 15 mg (am)/15 mg (pm) tablets[NP]	*	QL(56 cada 28 días)	ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS		
tolvaptan (polycystic kidney disease) 15 mg tablet[NP]	*	QL(60 cada 30 días)	ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS		
tolvaptan (polycystic kidney disease) 30 mg (am)/15 mg (pm) tablets[NP]	*	QL(56 cada 28 días)	ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS		
tolvaptan (polycystic kidney disease) 30 mg tablet[NP]	*	QL(60 cada 30 días)	ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS		
tolvaptan (polycystic kidney disease) 45 mg (am)/15 mg (pm) tablets[NP]	*	QL(56 cada 28 días)	ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS		
tolvaptan (polycystic kidney disease) 60 mg (am)/30 mg (pm) tablets[NP]	*	QL(56 cada 28 días)	ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS		
tolvaptan (polycystic kidney disease) 90 mg (am)/30 mg (pm) tablets[NP]	*	QL(56 cada 28 días)	ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS		
tolvaptan 15 mg tablet[NP]	*	QL(60 cada 30 días)	ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS		
tolvaptan 30 mg tablet[NP]	*	QL(60 cada 30 días)	ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS		

• NP – no preferido • OTC – sin receta • PA – autorización previa • QL – Límite de cantidad
• ST – Terapia por fases

Nombre del medicamento	Grupo del nivel del medica-mento	Requisitos de manejo de utilización	Nombre de la categoría terapéutica	Edad mínima	Edad máxima
TRICARE 27 MG IRON-1 MG TABLET	1		ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS		
trientine 250 mg capsule	1		ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS		
trientine 500 mg capsule	1	QL(120 cada 30 dÍas)	ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS		
trinatal rx 1 60 mg iron-1 mg tablet	1		ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS		
TRISTART DHA 31 MG IRON-1 MG-200 MG CAPSULE[NP]	*		ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS		
UROCIT-K 10 10 MEQ (1,080 MG) TABLET,EXTENDED RELEASE[NP]	*		ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS		
UROCIT-K 15 15 MEQ (1,620 MG) TABLET,EXTENDED RELEASE[NP]	*		ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS		
VELPHORO 500 MG CHEWABLE TABLET[NP]	*		ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS		
VELTASSA 1 GRAM ORAL POWDER PACKET[NP]	*	PA,QL(240 cada 30 dÍas)	ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS		
VELTASSA 16.8 GRAM ORAL POWDER PACKET[NP]	*	PA,QL(30 cada 30 dÍas)	ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS		
VELTASSA 8.4 GRAM ORAL POWDER PACKET[NP]	*	PA,QL(30 cada 30 dÍas)	ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS		
VITAFOL FE PLUS 90 MG IRON-1 MG-200 MG CAPSULE[NP]	*		ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS		
VITAFOL GUMMIES 3.33 MG IRON-0.33 MG CHEWABLE TABLET[NP]	*		ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS		
VITAFOL ULTRA 29 MG IRON-1 MG-200 MG CAPSULE[NP]	*		ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS		
VITAFOL-OB 65 MG-1 MG TABLET	1		ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS		
VITAFOL-OB+DHA 65 MG-1 MG-250 MG ORAL PACK[NP]	*		ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS		
VITAFOL-ONE 29 MG IRON-1 MG-200 MG CAPSULE[NP]	*		ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS		
VITAMEDMD ONE RX 30 MG IRON-1 MG-200 MG CAPSULE[NP]	*		ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS		
VITAMEDMD ONE RX 30 MG IRON-1 MG-200 MG CAPSULE[NP]	*		ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS		
VITAPEARL 30 MG-1.4 MG-200 MG CAPSULE,IMMEDIATE - DELAY RELEASE[NP]	*		ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS		
wes-phos neutral 250 mg tablet[OTC]	1		ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS		
wescap-c dha 35 mg-1 mg-200 mg capsule[NP]	*		ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS		
wescap-pn dha 27 mg iron-1 mg-300 mg capsule[NP]	*		ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS		
wesnatal dha complete 29 mg iron-1 mg-200 mg oral pack[NP]	*		ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS		
wesnate dha 28 mg iron-1 mg-200 mg capsule[NP]	*		ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS		

• NP – no preferido • OTC – sin receta • PA – autorización previa • QL – Límite de cantidad
• ST – Terapia por fases

Nombre del medicamento	Grupo del nivel del medica-mento	Requisitos de manejo de utilización	Nombre de la categoría terapéutica	Edad mínima	Edad máxima
westab plus 27 mg iron-1 mg tablet	1		ELECTROLITOS/MINERALES/ METALES/VITAMINAS		
westgel dha 31 mg iron-1 mg-200 mg capsule[NP]	*		ELECTROLITOS/MINERALES/ METALES/VITAMINAS		
XPHOZAH 20 MG TABLET[NP]	*	QL(60 cada 30 dÍas)	ELECTROLITOS/MINERALES/ METALES/VITAMINAS		
XPHOZAH 30 MG TABLET[NP]	*	QL(60 cada 30 dÍas)	ELECTROLITOS/MINERALES/ METALES/VITAMINAS		
ziphex 13 mg iron-1 mg tablet[NP]	*		ELECTROLITOS/MINERALES/ METALES/VITAMINAS		
adult aspirin regimen 81 mg tablet,delayed release[OTC]	1		PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES		
adult low dose aspirin 81 mg tablet,delayed release[OTC]	1		PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES		
ADVATE 1,000 (+/-) UNIT INTRAVENOUS SOLUTION	1	PA	PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES		
ADVATE 1,500 (+/-) UNIT INTRAVENOUS SOLUTION	1	PA	PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES		
ADVATE 2,000 (+/-) UNIT INTRAVENOUS SOLUTION	1	PA	PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES		
ADVATE 250 (+/-) UNIT INTRAVENOUS SOLUTION	1	PA	PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES		
ADVATE 3,000 (+/-) UNIT INTRAVENOUS SOLUTION	1	PA	PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES		
ADVATE 4,000 (+/-) UNIT INTRAVENOUS SOLUTION	1	PA	PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES		
ADVATE 500 (+/-) UNIT INTRAVENOUS SOLUTION	1	PA	PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES		
ADYNOVATE 1,000 (+/-) UNIT INTRAVENOUS SOLUTION	1	PA	PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES		
ADYNOVATE 1,500 (+/-) UNIT INTRAVENOUS SOLUTION	1	PA	PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES		
ADYNOVATE 2,000 (+/-) UNIT INTRAVENOUS SOLUTION	1	PA	PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES		
ADYNOVATE 250 (+/-) UNIT INTRAVENOUS SOLUTION	1	PA	PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES		
ADYNOVATE 3,000 (+/-) UNIT INTRAVENOUS SOLUTION	1	PA	PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES		
ADYNOVATE 500 (+/-) UNIT INTRAVENOUS SOLUTION	1	PA	PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES		
ADYNOVATE 750 (+/-) UNIT INTRAVENOUS SOLUTION	1	PA	PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES		
ADZYNMA 1,500 (+/-) UNIT INTRAVENOUS KIT[NP]	*		PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES		
ADZYNMA 500 (+/-) UNIT INTRAVENOUS KIT[NP]	*		PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES		
AFSTYLA 1,000 (+/-) UNIT RANGE INTRAVENOUS SOLUTION	1	PA	PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES		
AFSTYLA 1,500 (+/-) UNIT RANGE INTRAVENOUS SOLUTION	1	PA	PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES		

• NP – no preferido • OTC – sin receta • PA – autorización previa • QL – Límite de cantidad
• ST – Terapia por fases

Nombre del medicamento	Grupo del nivel del medica-mento	Requisitos de manejo de utilización	Nombre de la categoría terapéutica	Edad mínima	Edad máxima
AFSTYLA 2,000 (+/-) UNIT RANGE INTRAVENOUS SOLUTION	1	PA	PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES		
AFSTYLA 2,500 (+/-) UNIT RANGE INTRAVENOUS SOLUTION	1	PA	PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES		
AFSTYLA 250 (+/-) UNIT RANGE INTRAVENOUS SOLUTION	1	PA	PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES		
AFSTYLA 3,000 (+/-) UNIT RANGE INTRAVENOUS SOLUTION	1	PA	PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES		
AFSTYLA 500 (+/-) UNIT RANGE INTRAVENOUS SOLUTION	1	PA	PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES		
AGRYLIN 0.5 MG CAPSULE[NP]	*		PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES		
ALPHANATE 1,000 (400 VWF) UNIT/10 ML INTRAVENOUS SOLUTION	1	PA	PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES		
ALPHANATE 1,500 (600 VWF) UNIT/10 ML INTRAVENOUS SOLUTION	1	PA	PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES		
ALPHANATE 2,000 (800 VWF) UNIT/10 ML INTRAVENOUS SOLUTION	1	PA	PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES		
ALPHANATE 250 (100 VWF) UNIT/5 ML INTRAVENOUS SOLUTION	1	PA	PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES		
ALPHANATE 500 (200 VWF) UNIT/5 ML INTRAVENOUS SOLUTION	1	PA	PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES		
ALVAIZ 18 MG TABLET[NP]	*	QL(30 cada 30 dÍas)	PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES		
ALVAIZ 36 MG TABLET[NP]	*	QL(60 cada 30 dÍas)	PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES		
ALVAIZ 54 MG TABLET[NP]	*	QL(60 cada 30 dÍas)	PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES		
ALVAIZ 9 MG TABLET[NP]	*	QL(30 cada 30 dÍas)	PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES		
anagrelide 0.5 mg capsule	1		PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES		
anagrelide 1 mg capsule	1		PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES		
ARANESP 10 MCG/0.4 ML (IN POLYSORBATE) INJECTION SYRINGE[NP]	*	QL(1.6 cada 30 dÍas)	PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES		
ARANESP 100 MCG/0.5 ML (IN POLYSORBATE) INJECTION SYRINGE[NP]	*	QL(2 cada 30 dÍas)	PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES		
ARANESP 100 MCG/ML (IN POLYSORBATE) INJECTION[NP]	*	QL(4 cada 30 dÍas)	PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES		
ARANESP 150 MCG/0.3 ML (IN POLYSORBATE) INJECTION SYRINGE[NP]	*	QL(1.2 cada 30 dÍas)	PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES		
ARANESP 200 MCG/0.4 ML (IN POLYSORBATE) INJECTION SYRINGE[NP]	*	QL(1.6 cada 30 dÍas)	PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES		
ARANESP 200 MCG/ML (IN POLYSORBATE) INJECTION[NP]	*	QL(4 cada 30 dÍas)	PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES		
ARANESP 25 MCG/0.42 ML (IN POLYSORBATE) INJECTION SYRINGE[NP]	*	QL(1.68 cada 30 dÍas)	PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES		
ARANESP 25 MCG/ML (IN POLYSORBATE) INJECTION[NP]	*	QL(4 cada 30 dÍas)	PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES		

• NP – no preferido • OTC – sin receta • PA – autorización previa • QL – Límite de cantidad
• ST – Terapia por fases

Nombre del medicamento	Grupo del nivel del medica-mento	Requisitos de manejo de utilización	Nombre de la categoría terapéutica	Edad mínima	Edad máxima
ARANESP 300 MCG/0.6 ML (IN POLYSORBATE) INJECTION SYRINGE[NP]	*	QL(2.4 cada 30 días)	PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES		
ARANESP 40 MCG/0.4 ML (IN POLYSORBATE) INJECTION SYRINGE[NP]	*	QL(1.6 cada 30 días)	PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES		
ARANESP 40 MCG/ML (IN POLYSORBATE) INJECTION[NP]	*	QL(4 cada 30 días)	PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES		
ARANESP 500 MCG/ML (IN POLYSORBATE) INJECTION SYRINGE[NP]	*	QL(4 cada 30 días)	PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES		
ARANESP 60 MCG/0.3 ML (IN POLYSORBATE) INJECTION SYRINGE[NP]	*	QL(1.2 cada 30 días)	PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES		
ARANESP 60 MCG/ML (IN POLYSORBATE) INJECTION[NP]	*	QL(4 cada 30 días)	PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES		
ARIXTRA 10 MG/0.8 ML SUBCUTANEOUS SOLUTION SYRINGE[NP]	*	QL(24 cada 30 días)	PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES		
ARIXTRA 2.5 MG/0.5 ML SUBCUTANEOUS SOLUTION SYRINGE[NP]	*	QL(15 cada 30 días)	PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES		
ARIXTRA 5 MG/0.4 ML SUBCUTANEOUS SOLUTION SYRINGE[NP]	*	QL(12 cada 30 días)	PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES		
ARIXTRA 7.5 MG/0.6 ML SUBCUTANEOUS SOLUTION SYRINGE[NP]	*	QL(18 cada 30 días)	PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES		
ARMLUPEG 6 MG/0.6 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE[NP]	*	QL(1.2 cada 28 días)	PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES		
aspirin 25 mg-dipyridamole 200 mg capsule,ext.release 12 hr multiphase	1		PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES		
aspirin 81 mg chewable tablet[OTC]	1		PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES		
aspirin 81 mg tablet[OTC]	1		PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES		
aspirin 81 mg tablet,delayed release[OTC]	1		PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES		
aspirin childrens 81 mg chewable tablet[OTC]	1		PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES		
BAYER CHEWABLE LOW DOSE ASPIRIN 81 MG TABLET[OTC]	1		PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES		
bayer low dose aspirin 81 mg tablet,delayed release[OTC]	1		PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES		
BRILINTA 60 MG TABLET	1	QL(60 cada 30 días)	PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES		
BRILINTA 90 MG TABLET	1	QL(60 cada 30 días)	PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES		
children's aspirin 81 mg chewable tablet[OTC]	1		PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES		
cilostazol 100 mg tablet[NP]	*		PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES		
cilostazol 50 mg tablet[NP]	*		PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES		
clopidogrel 300 mg tablet	1	QL(1 cada 30 días)	PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES		
clopidogrel 75 mg tablet	1	QL(30 cada 30 días)	PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES		

• NP – no preferido • OTC – sin receta • PA – autorización previa • QL – Límite de cantidad
• ST – Terapia por fases

Nombre del medicamento	Grupo del nivel del medica-mento	Requisitos de manejo de utilización	Nombre de la categoría terapéutica	Edad mínima	Edad máxima
dabigatran etexilate 110 mg capsule[NP]	*	QL(60 cada 30 días)	PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES		
dabigatran etexilate 150 mg capsule[NP]	*	QL(60 cada 30 días)	PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES		
dabigatran etexilate 75 mg capsule[NP]	*	QL(60 cada 30 días)	PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES		
dipyridamole 25 mg tablet	1		PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES		
dipyridamole 50 mg tablet	1		PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES		
dipyridamole 75 mg tablet	1		PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES		
DOPTELET (10 TAB PACK) 20 MG TABLET[NP]	*	QL(60 cada 30 días)	PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES		
DOPTELET (15 TAB PACK) 20 MG TABLET[NP]	*	QL(60 cada 30 días)	PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES		
DOPTELET (30 TAB PACK) 20 MG TABLET[NP]	*	QL(60 cada 30 días)	PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES		
DOPTELET SPRINKLE 10 MG CAPSULE[NP]	*	QL(60 cada 30 días)	PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES		
ecotrin low strength 81 mg tablet,enteric coated[OTC]	1		PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES		
EFFIENT 10 MG TABLET[NP]	*	QL(30 cada 30 días)	PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES		
EFFIENT 5 MG TABLET[NP]	*	QL(30 cada 30 días)	PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES		
ELIQUIS 0.5 MG TABLET FOR ORAL SUSPENSION	1	PA,QL(592 cada 30 días)	PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES		
ELIQUIS 1.5 MG (0.5 MG X 3) TABLET FOR ORAL SUSPENSION	1	PA,QL(592 cada 30 días)	PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES		
ELIQUIS 2 MG (0.5 MG X 4) TABLET FOR ORAL SUSPENSION	1	PA,QL(592 cada 30 días)	PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES		
ELIQUIS 2.5 MG TABLET	1	PA,QL(60 cada 30 días)	PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES		
ELIQUIS 5 MG TABLET	1	PA,QL(74 cada 30 días)	PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES		
ELIQUIS DVT-PE TREATMENT 30-DAY STARTER 5 MG (74 TABLETS) IN DOSE PACK	1	PA,QL(74 cada 30 días)	PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES		
ELIQUIS SPRINKLE 0.15 MG CAPSULE	1	PA,QL(74 cada 30 días)	PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES		
ELOCTATE 1,000 UNIT INTRAVENOUS SOLUTION	1	PA	PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES		
ELOCTATE 1,500 UNIT INTRAVENOUS SOLUTION	1	PA	PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES		
ELOCTATE 2,000 UNIT INTRAVENOUS SOLUTION	1	PA	PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES		
ELOCTATE 250 UNIT INTRAVENOUS SOLUTION	1	PA	PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES		
ELOCTATE 3,000 UNIT INTRAVENOUS SOLUTION	1	PA	PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES		

• NP – no preferido • OTC – sin receta • PA – autorización previa • QL – Límite de cantidad
• ST – Terapia por fases

Nombre del medicamento	Grupo del nivel del medica-mento	Requisitos de manejo de utilización	Nombre de la categoría terapéutica	Edad mínima	Edad máxima
ELOCTATE 4,000 UNIT INTRAVENOUS SOLUTION	1	PA	PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES		
ELOCTATE 5,000 UNIT INTRAVENOUS SOLUTION	1	PA	PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES		
ELOCTATE 500 UNIT INTRAVENOUS SOLUTION	1	PA	PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES		
ELOCTATE 6,000 UNIT INTRAVENOUS SOLUTION	1	PA	PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES		
ELOCTATE 750 UNIT INTRAVENOUS SOLUTION	1	PA	PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES		
eltrombopag 12.5 mg powder packet for oral suspension[NP]	*	QL(360 cada 30 días)	PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES		
eltrombopag olamine 12.5 mg tablet[NP]	*	QL(60 cada 30 días)	PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES		
eltrombopag olamine 25 mg oral powder packet[NP]	*	QL(180 cada 30 días)	PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES		
eltrombopag olamine 25 mg tablet[NP]	*	QL(30 cada 30 días)	PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES		
eltrombopag olamine 50 mg tablet[NP]	*	QL(90 cada 30 días)	PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES		
eltrombopag olamine 75 mg tablet[NP]	*	QL(60 cada 30 días)	PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES		
enoxaparin 100 mg/ml subcutaneous syringe	1	QL(28 cada 28 días)	PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES		
enoxaparin 120 mg/0.8 ml subcutaneous syringe	1	QL(22.4 cada 28 días)	PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES		
enoxaparin 150 mg/ml subcutaneous syringe	1	QL(28 cada 28 días)	PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES		
enoxaparin 30 mg/0.3 ml subcutaneous syringe	1	QL(16.8 cada 28 días)	PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES		
enoxaparin 300 mg/3 ml subcutaneous solution	1	QL(84 cada 28 días)	PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES		
enoxaparin 40 mg/0.4 ml subcutaneous syringe	1	QL(11.2 cada 28 días)	PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES		
enoxaparin 60 mg/0.6 ml subcutaneous syringe	1	QL(16.8 cada 28 días)	PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES		
enoxaparin 80 mg/0.8 ml subcutaneous syringe	1	QL(22.4 cada 28 días)	PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES		
EPOGEN 10,000 UNIT/ML INJECTION SOLUTION	1	PA,QL(14 cada 30 días)	PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES		
EPOGEN 2,000 UNIT/ML INJECTION SOLUTION	1	PA,QL(14 cada 30 días)	PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES		
EPOGEN 20,000 UNIT/2 ML INJECTION SOLUTION	1	PA,QL(28 cada 30 días)	PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES		
EPOGEN 20,000 UNIT/ML INJECTION SOLUTION	1	PA,QL(14 cada 30 días)	PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES		
EPOGEN 3,000 UNIT/ML INJECTION SOLUTION	1	PA,QL(14 cada 30 días)	PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES		
EPOGEN 4,000 UNIT/ML INJECTION SOLUTION	1	PA,QL(14 cada 30 días)	PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES		

• NP – no preferido • OTC – sin receta • PA – autorización previa • QL – Límite de cantidad
• ST – Terapia por fases

Nombre del medicamento	Grupo del nivel del medica-mento	Requisitos de manejo de utilización	Nombre de la categoría terapéutica	Edad mínima	Edad máxima
ESPEROCT 1,000 (+/-) UNIT INTRAVENOUS SOLUTION	1	PA	PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES		
ESPEROCT 1,500 (+/-) UNIT INTRAVENOUS SOLUTION	1	PA	PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES		
ESPEROCT 2,000 (+/-) UNIT INTRAVENOUS SOLUTION	1	PA	PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES		
ESPEROCT 3,000 (+/-) UNIT INTRAVENOUS SOLUTION	1	PA	PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES		
ESPEROCT 4,000 (+/-) UNIT INTRAVENOUS SOLUTION	1	PA	PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES		
ESPEROCT 500 (+/-) UNIT INTRAVENOUS SOLUTION	1	PA	PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES		
FEIBA NF 1,750 UNIT-3,250 UNIT INTRAVENOUS SOLUTION	1	PA	PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES		
FEIBA NF 350 UNIT-650 UNIT INTRAVENOUS SOLUTION	1	PA	PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES		
FEIBA NF 700 UNIT-1,300 UNIT INTRAVENOUS SOLUTION	1	PA	PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES		
FESILTY 1 GRAM INTRAVENOUS SOLUTION[NP]	*		PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES		
FIBRYGA 1 GRAM (700 MG-1,300 MG) INTRAVENOUS SOLUTION[NP]	*		PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES		
FIBRYGA 2 GRAM (1,400 MG-2,600 MG) INTRAVENOUS SOLUTION[NP]	*		PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES		
FILKRI 300 MCG/0.5 ML INJECTION SYRINGE[NP]	*		PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES		
FILKRI 480 MCG/0.8 ML INJECTION SYRINGE[NP]	*		PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES		
fondaparinux 10 mg/0.8 ml subcutaneous solution syringe	1	QL(24 cada 30 días)	PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES		
fondaparinux 2.5 mg/0.5 ml subcutaneous solution syringe	1	QL(15 cada 30 días)	PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES		
fondaparinux 5 mg/0.4 ml subcutaneous solution syringe	1	QL(12 cada 30 días)	PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES		
fondaparinux 7.5 mg/0.6 ml subcutaneous solution syringe	1	QL(18 cada 30 días)	PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES		
FRAGMIN 10,000 ANTI-XA UNIT/ML SUBCUTANEOUS SYRINGE	1	QL(30 cada 30 días)	PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES		
FRAGMIN 12,500 ANTI-XA UNIT/0.5 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE	1	QL(15 cada 30 días)	PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES		
FRAGMIN 15,000 ANTI-XA UNIT/0.6 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE	1	QL(18 cada 30 días)	PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES		
FRAGMIN 18,000 ANTI-XA UNIT/0.72 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE	1	QL(21.6 cada 30 días)	PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES		
FRAGMIN 2,500 ANTI-XA UNIT/0.2 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE	1	QL(6 cada 30 días)	PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES		
FRAGMIN 2,500 ANTI-XA UNIT/ML SUBCUTANEOUS SOLUTION	1	QL(120 cada 30 días)	PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES		
FRAGMIN 25,000 ANTI-XA UNIT/ML SUBCUTANEOUS SOLUTION	1	QL(22.8 cada 30 días)	PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES		

• NP – no preferido • OTC – sin receta • PA – autorización previa • QL – Límite de cantidad
• ST – Terapia por fases

Nombre del medicamento	Grupo del nivel del medica-mento	Requisitos de manejo de utilización	Nombre de la categoría terapéutica	Edad mínima	Edad máxima
FRAGMIN 5,000 ANTI-XA UNIT/0.2 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE	1	QL(6 cada 30 días)	PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES		
FRAGMIN 7,500 ANTI-XA UNIT/0.3 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE	1	QL(9 cada 30 días)	PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES		
FULPHILA 6 MG/0.6 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE[NP]	*	QL(1.2 cada 28 días)	PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES		
FYLNETRA 6 MG/0.6 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE[NP]	*	QL(1.2 cada 28 días)	PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES		
GRANIX 300 MCG/0.5 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE[NP]	*		PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES		
GRANIX 300 MCG/ML SUBCUTANEOUS SOLUTION[NP]	*		PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES		
GRANIX 480 MCG/0.8 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE[NP]	*		PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES		
GRANIX 480 MCG/1.6 ML SUBCUTANEOUS SOLUTION[NP]	*		PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES		
HEMOFIL M HIGH 801 UNIT-1,500 UNIT INTRAVENOUS SOLUTION	1	PA	PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES		
HEMOFIL M LOW 220 UNIT-400 UNIT INTRAVENOUS SOLUTION	1	PA	PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES		
HEMOFIL M MID 401 UNIT-800 UNIT INTRAVENOUS SOLUTION	1	PA	PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES		
HEMOFIL M SUPER HIGH 1,501 UNIT-2,000 UNIT INTRAVENOUS SOLUTION	1	PA	PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES		
hep flush-10 (pf) 10 unit/ml intravenous solution	1		PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES		
heparin (porcine) 1,000 unit/ml injection solution	1		PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES		
heparin (porcine) 10,000 unit/ml injection solution	1		PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES		
heparin (porcine) 20,000 unit/ml injection solution	1		PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES		
heparin (porcine) 5,000 unit/ml (1 ml) injection cartridge	1		PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES		
heparin (porcine) 5,000 unit/ml injection solution	1		PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES		
heparin (porcine) 5,000 unit/ml injection syringe	1		PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES		
heparin lock flush (porcine) (pf) 10 unit/ml intravenous syringe	1		PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES		
heparin lock flush (porcine) (pf) 100 unit/ml intravenous syringe	1		PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES		
heparin, porcine (pf) 1 unit/ml intravenous syringe	1		PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES		
heparin, porcine (pf) 1,000 unit/ml injection solution	1		PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES		
heparin, porcine (pf) 10 unit/ml intravenous syringe	1		PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES		
heparin, porcine (pf) 100 unit/ml intravenous syringe	1		PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES		

• NP – no preferido • OTC – sin receta • PA – autorización previa • QL – Límite de cantidad
• ST – Terapia por fases

Nombre del medicamento	Grupo del nivel del medica-mento	Requisitos de manejo de utilización	Nombre de la categoría terapéutica	Edad mínima	Edad máxima
heparin, porcine (pf) 5,000 unit/0.5 ml injection solution	1		PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES		
heparin, porcine (pf) 5,000 unit/0.5 ml injection syringe	1		PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES		
heparin, porcine (pf) 5,000 unit/ml injection syringe	1		PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES		
HUMATE-P 1,000 UNIT-2,400 UNIT INTRAVENOUS SOLUTION	1	PA	PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES		
HUMATE-P 250 UNIT-600 UNIT INTRAVENOUS SOLUTION	1	PA	PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES		
HUMATE-P 500 UNIT-1,200 UNIT INTRAVENOUS SOLUTION	1	PA	PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES		
jantoven 1 mg tablet	1		PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES		
jantoven 10 mg tablet	1		PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES		
jantoven 2 mg tablet	1		PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES		
jantoven 2.5 mg tablet	1		PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES		
jantoven 3 mg tablet	1		PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES		
jantoven 4 mg tablet	1		PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES		
jantoven 5 mg tablet	1		PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES		
jantoven 6 mg tablet	1		PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES		
jantoven 7.5 mg tablet	1		PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES		
JIVI 1,000 (+/-) UNIT INTRAVENOUS SOLUTION	1	PA	PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES		
JIVI 2,000 (+/-) UNIT INTRAVENOUS SOLUTION	1	PA	PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES		
JIVI 3,000 (+/-) UNIT INTRAVENOUS SOLUTION	1	PA	PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES		
JIVI 4,000 (+/-) UNIT INTRAVENOUS SOLUTION	1	PA	PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES		
JIVI 500 (+/-) UNIT INTRAVENOUS SOLUTION	1	PA	PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES		
KOATE 1,000 (+/-) UNIT INTRAVENOUS SOLUTION	1	PA	PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES		
KOATE 250 (+/-) UNIT INTRAVENOUS SOLUTION	1	PA	PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES		
KOATE 500 (+/-) UNIT INTRAVENOUS SOLUTION	1	PA	PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES		
KOVALTRY 1,000 (+/-) UNIT INTRAVENOUS SOLUTION	1	PA	PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES		
KOVALTRY 2,000 (+/-) UNIT INTRAVENOUS SOLUTION	1	PA	PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES		

Nombre del medicamento	Grupo del nivel del medica-mento	Requisitos de manejo de utilización	Nombre de la categoría terapéutica	Edad mínima	Edad máxima
KOVALTRY 250 (+/-) UNIT INTRAVENOUS SOLUTION	1	PA	PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES		
KOVALTRY 3,000 (+/-) UNIT INTRAVENOUS SOLUTION	1	PA	PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES		
KOVALTRY 500 (+/-) UNIT INTRAVENOUS SOLUTION	1	PA	PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES		
LEUKINE 250 MCG SOLUTION FOR INJECTION	1	QL(28 cada 28 días)	PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES		
LOVENOX 100 MG/ML SUBCUTANEOUS SYRINGE[NP]	*	QL(28 cada 28 días)	PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES		
LOVENOX 120 MG/0.8 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE[NP]	*	QL(22.4 cada 28 días)	PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES		
LOVENOX 150 MG/ML SUBCUTANEOUS SYRINGE[NP]	*	QL(28 cada 28 días)	PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES		
LOVENOX 30 MG/0.3 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE[NP]	*	QL(16.8 cada 28 días)	PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES		
LOVENOX 300 MG/3 ML SUBCUTANEOUS SOLUTION[NP]	*	QL(84 cada 28 días)	PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES		
LOVENOX 40 MG/0.4 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE[NP]	*	QL(11.2 cada 28 días)	PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES		
LOVENOX 60 MG/0.6 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE[NP]	*	QL(16.8 cada 28 días)	PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES		
LOVENOX 80 MG/0.8 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE[NP]	*	QL(22.4 cada 28 días)	PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES		
MIRCERA 100 MCG/0.3 ML INJECTION SYRINGE[NP]	*	QL(1.2 cada 28 días)	PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES		
MIRCERA 120 MCG/0.3 ML INJECTION SYRINGE[NP]	*	QL(0.9 cada 28 días)	PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES		
MIRCERA 150 MCG/0.3 ML INJECTION SYRINGE[NP]	*	QL(0.6 cada 28 días)	PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES		
MIRCERA 200 MCG/0.3 ML INJECTION SYRINGE[NP]	*	QL(0.6 cada 28 días)	PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES		
MIRCERA 30 MCG/0.3 ML INJECTION SYRINGE[NP]	*	QL(0.6 cada 28 días)	PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES		
MIRCERA 50 MCG/0.3 ML INJECTION SYRINGE[NP]	*	QL(0.9 cada 28 días)	PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES		
MIRCERA 75 MCG/0.3 ML INJECTION SYRINGE[NP]	*	QL(0.9 cada 28 días)	PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES		
MULPLETA 3 MG TABLET[NP]	*		PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES		
NEULASTA 4 MG/0.4 ML SUBCUTANEOUS SOLUTION[NP]	*	QL(0.8 cada 28 días)	PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES		
NEULASTA 6 MG/0.6 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE[NP]	*	QL(1.2 cada 28 días)	PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES		
NEULASTA ONPRO 6 MG/0.6 ML WITH WEARABLE SUBCUTANEOUS INJECTOR[NP]	*	QL(1.2 cada 28 días)	PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES		
NEUPOGEN 300 MCG/0.5 ML INJECTION SYRINGE	1		PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES		
NEUPOGEN 300 MCG/ML INJECTION SOLUTION	1		PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES		

• NP – no preferido • OTC – sin receta • PA – autorización previa • QL – Límite de cantidad
• ST – Terapia por fases

Nombre del medicamento	Grupo del nivel del medica-mento	Requisitos de manejo de utilización	Nombre de la categoría terapéutica	Edad mínima	Edad máxima
NEUPOGEN 480 MCG/0.8 ML INJECTION SYRINGE	1		PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES		
NEUPOGEN 480 MCG/1.6 ML INJECTION SOLUTION	1		PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES		
NIVESTYM 300 MCG/0.5 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE[NP]	*		PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES		
NIVESTYM 300 MCG/ML INJECTION SOLUTION[NP]	*		PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES		
NIVESTYM 480 MCG/0.8 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE[NP]	*		PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES		
NIVESTYM 480 MCG/1.6 ML INJECTION SOLUTION[NP]	*		PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES		
NOVOEIGHT 1,000 (+/-) UNIT INTRAVENOUS SOLUTION	1	PA	PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES		
NOVOEIGHT 1,500 (+/-) UNIT INTRAVENOUS SOLUTION	1	PA	PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES		
NOVOEIGHT 2,000 (+/-) UNIT INTRAVENOUS SOLUTION	1	PA	PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES		
NOVOEIGHT 250 (+/-) UNIT INTRAVENOUS SOLUTION	1	PA	PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES		
NOVOEIGHT 3,000 (+/-) UNIT INTRAVENOUS SOLUTION	1	PA	PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES		
NOVOEIGHT 500 (+/-) UNIT INTRAVENOUS SOLUTION	1	PA	PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES		
NOVOSEVEN RT 1 MG (1,000 MCG) INTRAVENOUS SOLUTION	1	PA	PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES		
NOVOSEVEN RT 2 MG (2,000 MCG) INTRAVENOUS SOLUTION	1	PA	PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES		
NOVOSEVEN RT 5 MG (5,000 MCG) INTRAVENOUS SOLUTION	1	PA	PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES		
NOVOSEVEN RT 8 MG (8,000 MCG) INTRAVENOUS SOLUTION	1	PA	PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES		
NPLATE 125 MCG SUBCUTANEOUS SOLUTION[NP]	*	QL(48 cada 30 dÍas)	PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES		
NPLATE 250 MCG SUBCUTANEOUS SOLUTION[NP]	*	QL(24 cada 30 dÍas)	PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES		
NPLATE 500 MCG SUBCUTANEOUS SOLUTION[NP]	*	QL(12 cada 30 dÍas)	PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES		
NUWIQ 1,000 UNIT INTRAVENOUS SOLUTION	1	PA	PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES		
NUWIQ 1,500 UNIT INTRAVENOUS SOLUTION	1	PA	PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES		
NUWIQ 2,000 UNIT INTRAVENOUS SOLUTION	1	PA	PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES		
NUWIQ 2,500 UNIT INTRAVENOUS SOLUTION	1	PA	PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES		
NUWIQ 250 UNIT INTRAVENOUS SOLUTION	1	PA	PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES		
NUWIQ 3,000 UNIT INTRAVENOUS SOLUTION	1	PA	PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES		

• NP – no preferido • OTC – sin receta • PA – autorización previa • QL – Límite de cantidad
• ST – Terapia por fases

Nombre del medicamento	Grupo del nivel del medica-mento	Requisitos de manejo de utilización	Nombre de la categoría terapéutica	Edad mínima	Edad máxima
NUWIQ 4,000 UNIT INTRAVENOUS SOLUTION	1	PA	PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES		
NUWIQ 500 UNIT INTRAVENOUS SOLUTION	1	PA	PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES		
NYPOZI 300 MCG/0.5 ML INJECTION SYRINGE[NP]	*		PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES		
NYPOZI 480 MCG/0.8 ML INJECTION SYRINGE[NP]	*		PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES		
NYVEPRIA 6 MG/0.6 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE[NP]	*	QL(1.2 cada 28 dÍas)	PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES		
OBIZUR 500 (+/-) UNIT RANGE INTRAVENOUS SOLUTION	1	PA	PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES		
PLAVIX 75 MG TABLET[NP]	*	QL(30 cada 30 dÍas)	PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES		
PRADAXA 110 MG CAPSULE[NP]	*	QL(60 cada 30 dÍas)	PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES		
PRADAXA 110 MG ORAL PELLETS IN PACKET[NP]	*	QL(120 cada 30 dÍas)	PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES		
PRADAXA 150 MG CAPSULE[NP]	*	QL(60 cada 30 dÍas)	PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES		
PRADAXA 150 MG ORAL PELLETS IN PACKET[NP]	*	QL(60 cada 30 dÍas)	PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES		
PRADAXA 20 MG ORAL PELLETS IN PACKET[NP]	*	QL(60 cada 30 dÍas)	PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES		
PRADAXA 30 MG ORAL PELLETS IN PACKET[NP]	*	QL(120 cada 30 dÍas)	PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES		
PRADAXA 40 MG ORAL PELLETS IN PACKET[NP]	*	QL(120 cada 30 dÍas)	PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES		
PRADAXA 50 MG ORAL PELLETS IN PACKET[NP]	*	QL(120 cada 30 dÍas)	PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES		
PRADAXA 75 MG CAPSULE[NP]	*	QL(60 cada 30 dÍas)	PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES		
prasugrel hcl 10 mg tablet[NP]	*	QL(30 cada 30 dÍas)	PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES		
prasugrel hcl 5 mg tablet[NP]	*	QL(30 cada 30 dÍas)	PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES		
PROCRIT 10,000 UNIT/ML INJECTION SOLUTION	1	PA,QL(14 cada 30 dÍas)	PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES		
PROCRIT 2,000 UNIT/ML INJECTION SOLUTION	1	PA,QL(14 cada 30 dÍas)	PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES		
PROCRIT 20,000 UNIT/2 ML INJECTION SOLUTION	1	PA,QL(28 cada 30 dÍas)	PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES		
PROCRIT 20,000 UNIT/ML INJECTION SOLUTION	1	PA,QL(14 cada 30 dÍas)	PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES		
PROCRIT 3,000 UNIT/ML INJECTION SOLUTION	1	PA,QL(14 cada 30 dÍas)	PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES		
PROCRIT 4,000 UNIT/ML INJECTION SOLUTION	1	PA,QL(14 cada 30 dÍas)	PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES		
PROCRIT 40,000 UNIT/ML INJECTION SOLUTION	1	PA,QL(14 cada 30 dÍas)	PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES		

• NP – no preferido • OTC – sin receta • PA – autorización previa • QL – Límite de cantidad
• ST – Terapia por fases

Nombre del medicamento	Grupo del nivel del medica-mento	Requisitos de manejo de utilización	Nombre de la categoría terapéutica	Edad mínima	Edad máxima
PROMACTA 12.5 MG ORAL POWDER PACKET[NP]	*	QL(360 cada 30 días)	PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES		
PROMACTA 12.5 MG TABLET[NP]	*	QL(60 cada 30 días)	PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES		
PROMACTA 25 MG ORAL POWDER PACKET[NP]	*	QL(180 cada 30 días)	PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES		
PROMACTA 25 MG TABLET[NP]	*	QL(30 cada 30 días)	PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES		
PROMACTA 50 MG TABLET[NP]	*	QL(90 cada 30 días)	PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES		
PROMACTA 75 MG TABLET[NP]	*	QL(60 cada 30 días)	PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES		
REBLOZYL 25 MG SUBCUTANEOUS SOLUTION[NP]	*		PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES		
REBLOZYL 75 MG SUBCUTANEOUS SOLUTION[NP]	*		PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES		
RECOMBINATE 1,000 (+/-) UNIT INTRAVENOUS SOLUTION	1	PA	PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES		
RECOMBINATE 1,500 (+/-) UNIT INTRAVENOUS SOLUTION	1	PA	PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES		
RECOMBINATE 2,000 (+/-) UNIT INTRAVENOUS SOLUTION	1	PA	PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES		
RECOMBINATE 250 (+/-) UNIT INTRAVENOUS SOLUTION	1	PA	PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES		
RECOMBINATE 500 (+/-) UNIT INTRAVENOUS SOLUTION	1	PA	PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES		
RELEUKO 300 MCG/0.5 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE[NP]	*		PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES		
RELEUKO 480 MCG/0.8 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE[NP]	*		PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES		
RETACRIT 10,000 UNIT/ML INJECTION SOLUTION[NP]	*	QL(14 cada 30 días)	PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES		
RETACRIT 2,000 UNIT/ML INJECTION SOLUTION[NP]	*	QL(14 cada 30 días)	PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES		
RETACRIT 20,000 UNIT/2 ML INJECTION SOLUTION[NP]	*	QL(14 cada 30 días)	PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES		
RETACRIT 20,000 UNIT/ML INJECTION SOLUTION[NP]	*	QL(14 cada 30 días)	PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES		
RETACRIT 3,000 UNIT/ML INJECTION SOLUTION[NP]	*	QL(14 cada 30 días)	PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES		
RETACRIT 4,000 UNIT/ML INJECTION SOLUTION[NP]	*	QL(14 cada 30 días)	PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES		
RETACRIT 40,000 UNIT/ML INJECTION SOLUTION[NP]	*	QL(14 cada 30 días)	PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES		
RHAPSIDO 25 MG TABLET[NP]	*	QL(60 cada 30 días)	PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES		
RIASTAP 1 GRAM (900 MG-1,300 MG) INTRAVENOUS SOLUTION[NP]	*		PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES		
rivaroxaban 1 mg/ml oral suspension[NP]	*	QL(600 cada 30 días)	PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES		

• NP – no preferido • OTC – sin receta • PA – autorización previa • QL – Límite de cantidad
• ST – Terapia por fases

Nombre del medicamento	Grupo del nivel del medica-mento	Requisitos de manejo de utilización	Nombre de la categoría terapéutica	Edad mínima	Edad máxima
rivaroxaban 2.5 mg tablet[NP]	*	QL(60 cada 30 días)	PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES		
ROLVEDON 13.2 MG/0.6 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE[NP]	*	QL(1.2 cada 28 días)	PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES		
RYZNEUTA 20 MG/ML SUBCUTANEOUS SYRINGE[NP]	*	QL(2 cada 28 días)	PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES		
SAVAYSA 15 MG TABLET[NP]	*	QL(30 cada 30 días)	PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES		
SAVAYSA 30 MG TABLET[NP]	*	QL(30 cada 30 días)	PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES		
SAVAYSA 60 MG TABLET[NP]	*	QL(30 cada 30 días)	PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES		
SEVENFACT 1 MG (1,000 MCG) INTRAVENOUS SOLUTION	1	PA	PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES		
SEVENFACT 2 MG (2,000 MCG) INTRAVENOUS SOLUTION	1	PA	PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES		
SEVENFACT 5 MG (5,000 MCG) INTRAVENOUS SOLUTION	1	PA	PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES		
st joseph aspirin 81 mg chewable tablet[OTC]	1		PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES		
st. joseph aspirin 81 mg tablet,delayed release[OTC]	1		PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES		
STIMUFEND 6 MG/0.6 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE[NP]	*	QL(1.2 cada 28 días)	PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES		
TAVALISSE 100 MG TABLET[NP]	*	QL(60 cada 30 días)	PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES		
TAVALISSE 150 MG TABLET[NP]	*	QL(60 cada 30 días)	PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES		
ticagrelor 60 mg tablet	1	QL(60 cada 30 días)	PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES		
ticagrelor 90 mg tablet	1	QL(60 cada 30 días)	PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES		
UDENYCA 6 MG/0.6 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE[NP]	*	QL(1.2 cada 28 días)	PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES		
UDENYCA AUTOINJECTOR 6 MG/0.6 ML SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR[NP]	*	QL(1.2 cada 28 días)	PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES		
UDENYCA ONBODY 6 MG/0.6 ML WITH WEARABLE SUBCUTANEOUS INJECTOR[NP]	*	QL(1.2 cada 28 días)	PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES		
VAFSEO 150 MG TABLET[NP]	*	QL(30 cada 30 días)	PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES		
VAFSEO 300 MG TABLET[NP]	*	QL(60 cada 30 días)	PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES		
warfarin 1 mg tablet	1		PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES		
warfarin 10 mg tablet	1		PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES		
warfarin 2 mg tablet	1		PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES		
warfarin 2.5 mg tablet	1		PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES		

• NP – no preferido • OTC – sin receta • PA – autorización previa • QL – Límite de cantidad
• ST – Terapia por fases

Nombre del medicamento	Grupo del nivel del medica-mento	Requisitos de manejo de utilización	Nombre de la categoría terapéutica	Edad mínima	Edad máxima
warfarin 3 mg tablet	1		PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES		
warfarin 4 mg tablet	1		PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES		
warfarin 5 mg tablet	1		PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES		
warfarin 6 mg tablet	1		PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES		
warfarin 7.5 mg tablet	1		PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES		
WAYRILZ 400 MG TABLET[NP]	*	QL(60 cada 30 dÍas)	PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES		
WILATE 1,000 UNIT-1,000 UNIT INTRAVENOUS SOLUTION	1	PA	PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES		
WILATE 500 UNIT-500 UNIT INTRAVENOUS SOLUTION	1	PA	PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES		
XARELTO 1 MG/ML ORAL SUSPENSION	1	PA,QL(600 cada 30 dÍas)	PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES		
XARELTO 10 MG TABLET	1	PA,QL(30 cada 30 dÍas)	PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES		
XARELTO 15 MG TABLET	1	PA,QL(60 cada 30 dÍas)	PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES		
XARELTO 2.5 MG TABLET	1	PA,QL(60 cada 30 dÍas)	PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES		
XARELTO 20 MG TABLET	1	PA,QL(30 cada 30 dÍas)	PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES		
XARELTO DVT-PE TREATMENT 30-DAY STARTER 15 MG(42)-20 MG(9) TABLET PACK	1	PA,QL(51 cada 30 dÍas)	PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES		
XYNTHA 1,000 (+/-) UNIT INTRAVENOUS SOLUTION	1	PA	PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES		
XYNTHA 2,000 (+/-) UNIT INTRAVENOUS SOLUTION	1	PA	PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES		
XYNTHA 250 (+/-) UNIT INTRAVENOUS SOLUTION	1	PA	PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES		
XYNTHA 500 (+/-) UNIT INTRAVENOUS SOLUTION	1	PA	PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES		
XYNTHA SOLOFUSE 1,000 (+/-) UNIT INTRAVENOUS SYRINGE	1	PA	PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES		
XYNTHA SOLOFUSE 2,000 (+/-) UNIT INTRAVENOUS SYRINGE	1	PA	PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES		
XYNTHA SOLOFUSE 250 (+/-) UNIT INTRAVENOUS SYRINGE	1	PA	PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES		
XYNTHA SOLOFUSE 3,000 (+/-) UNIT INTRAVENOUS SYRINGE	1	PA	PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES		
XYNTHA SOLOFUSE 500 (+/-) UNIT INTRAVENOUS SYRINGE	1	PA	PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES		
ZARXIO 300 MCG/0.5 ML INJECTION SYRINGE[NP]	*		PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES		
ZARXIO 480 MCG/0.8 ML INJECTION SYRINGE[NP]	*		PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES		

• NP – no preferido • OTC – sin receta • PA – autorización previa • QL – Límite de cantidad
• ST – Terapia por fases

Nombre del medicamento	Grupo del nivel del medica-mento	Requisitos de manejo de utilización	Nombre de la categoría terapéutica	Edad mínima	Edad máxima
ZIEXTENZO 6 MG/0.6 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE[NP]	*	QL(1.2 cada 28 días)	PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES		
acarbose 100 mg tablet	1		REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE		
acarbose 25 mg tablet	1		REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE		
acarbose 50 mg tablet	1		REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE		
ACTOPLUS MET 15 MG-850 MG TABLET[NP]	*	QL(90 cada 30 días)	REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE		
ACTOS 15 MG TABLET[NP]	*	QL(30 cada 30 días)	REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE		
ACTOS 30 MG TABLET[NP]	*	QL(30 cada 30 días)	REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE		
ACTOS 45 MG TABLET[NP]	*	QL(30 cada 30 días)	REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE		
ADMELOG SOLOSTAR U-100 INSULIN LISPRO 100 UNIT/ML SUBCUTANEOUS PEN[NP]	*		REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE		
ADMELOG U-100 INSULIN LISPRO 100 UNIT/ML SUBCUTANEOUS SOLUTION[NP]	*		REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE		
AFREZZA (REGULAR INSULIN) 8 UNIT (90)/12 UNIT (90) CARTRIDGE,INHALER[NP]	*	QL(180 cada 30 días)	REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE		
AFREZZA 12 UNIT CARTRIDGE WITH INHALER[NP]	*	QL(90 cada 30 días)	REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE		
AFREZZA 4 UNIT (60)/8 UNIT (60)/12 UNIT (60) CARTRIDGE WITH INHALER[NP]	*	QL(180 cada 30 días)	REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE		
AFREZZA 4 UNIT (90)/8 UNIT (90) CARTRIDGE WITH INHALER[NP]	*	QL(180 cada 30 días)	REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE		
AFREZZA 4 UNIT CARTRIDGE WITH INHALER[NP]	*	QL(90 cada 30 días)	REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE		
AFREZZA 8 UNIT CARTRIDGE WITH INHALER[NP]	*	QL(90 cada 30 días)	REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE		
alogliptin 12.5 mg tablet[NP]	*	QL(30 cada 30 días)	REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE		
alogliptin 12.5 mg-metformin 1,000 mg tablet[NP]	*	QL(60 cada 30 días)	REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE		
alogliptin 12.5 mg-metformin 500 mg tablet[NP]	*	QL(60 cada 30 días)	REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE		
alogliptin 12.5 mg-pioglitazone 30 mg tablet[NP]	*	QL(30 cada 30 días)	REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE		
alogliptin 25 mg tablet[NP]	*	QL(30 cada 30 días)	REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE		
alogliptin 25 mg-pioglitazone 15 mg tablet[NP]	*	QL(30 cada 30 días)	REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE		
alogliptin 25 mg-pioglitazone 30 mg tablet[NP]	*	QL(30 cada 30 días)	REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE		
alogliptin 25 mg-pioglitazone 45 mg tablet[NP]	*	QL(30 cada 30 días)	REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE		
alogliptin 6.25 mg tablet[NP]	*	QL(30 cada 30 días)	REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE		

• NP – no preferido • OTC – sin receta • PA – autorización previa • QL – Límite de cantidad
• ST – Terapia por fases

Nombre del medicamento	Grupo del nivel del medica-mento	Requisitos de manejo de utilización	Nombre de la categoría terapéutica	Edad mínima	Edad máxima
APIDRA SOLOSTAR U-100 INSULIN 100 UNIT/ML SUBCUTANEOUS PEN[NP]	*		REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE		
APIDRA U-100 INSULIN 100 UNIT/ML SUBCUTANEOUS SOLUTION[NP]	*		REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE		
AWIQLI FLEXTOUCH (U-700) 700 UNIT/ML (1.5 ML) SUBCUTANEOUS INSULIN PEN[NP]	*		REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE		
BAQSIMI 3 MG/ACTUATION NASAL SPRAY	1		REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE		
BASAGLAR KWIKPEN U-100 INSULIN 100 UNIT/ML (3 ML) SUBCUTANEOUS[NP]	*		REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE		
BRYNOVIN 25 MG/ML ORAL SOLUTION[NP]	*	QL(120 cada 30 días)	REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE		
BYETTA 10 MCG/DOSE(250 MCG/ML)2.4 ML SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR[NP]	*	QL(2.4 cada 30 días)	REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE		
BYETTA 5 MCG/DOSE (250 MCG/ML)1.2 ML SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR[NP]	*	QL(2.4 cada 30 días)	REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE		
CYCLOSET 0.8 MG TABLET[NP]	*	QL(180 cada 30 días)	REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE		
dapagliflozin 10 mg tablet[NP]	*	QL(30 cada 30 días)	REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE		
dapagliflozin 10 mg-metformin er 1,000 mg tablet,ext rel 24hr[NP]	*	QL(30 cada 30 días)	REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE		
dapagliflozin 10 mg-metformin er 500 mg tablet, ext rel 24hr[NP]	*	QL(30 cada 30 días)	REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE		
dapagliflozin 10 mg-saxagliptin 5 mg tablet[NP]	*	QL(30 cada 30 días)	REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE		
dapagliflozin 5 mg tablet[NP]	*	QL(30 cada 30 días)	REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE		
dapagliflozin 5 mg-metformin er 1,000 mg tablet, ext rel 24hr[NP]	*	QL(60 cada 30 días)	REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE		
dapagliflozin 5 mg-metformin er 500 mg tablet,ext rel 24hr[NP]	*	QL(30 cada 30 días)	REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE		
diazoxide 50 mg/ml oral suspension	1		REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE		
DUETACT 30 MG-2 MG TABLET[NP]	*	QL(30 cada 30 días)	REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE		
DUETACT 30 MG-4 MG TABLET[NP]	*	QL(30 cada 30 días)	REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE		
exenatide 10 mcg/dose(250 mcg/ml)2.4 ml subcutaneous pen injector[NP]	*	QL(2.4 cada 30 días)	REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE		
exenatide 5 mcg/dose (250 mcg/ml)1.2 ml subcutaneous pen injector[NP]	*	QL(2.4 cada 30 días)	REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE		
FARXIGA 10 MG TABLET	1	QL(30 cada 30 días)	REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE		
FARXIGA 5 MG TABLET	1	QL(30 cada 30 días)	REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE		
FIASP FLEXTOUCH U-100 INSULIN 100 UNIT/ML (3 ML) SUBCUTANEOUS PEN[NP]	*		REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE		

• NP – no preferido • OTC – sin receta • PA – autorización previa • QL – Límite de cantidad
• ST – Terapia por fases

Nombre del medicamento	Grupo del nivel del medica-mento	Requisitos de manejo de utilización	Nombre de la categoría terapéutica	Edad mínima	Edad máxima
FIASP PENFILL U-100 INSULIN 100 UNIT/ML (3 ML) SUBCUTANEOUS CARTRIDGE[NP]	*		REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE		
FIASP PUMPCART 100 UNIT/ML (1.6 ML) SUBCUTANEOUS CARTRIDGE[NP]	*		REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE		
FIASP U-100 INSULIN 100 UNIT/ML SUBCUTANEOUS SOLUTION[NP]	*		REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE		
glimepiride 1 mg tablet	1		REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE		
glimepiride 2 mg tablet	1		REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE		
glimepiride 3 mg tablet	1		REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE		
glimepiride 4 mg tablet	1		REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE		
glipizide 10 mg tablet	1		REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE		
glipizide 15 mg tablet	1		REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE		
glipizide 2.5 mg tablet	1		REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE		
glipizide 2.5 mg-metformin 250 mg tablet	1		REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE		
glipizide 2.5 mg-metformin 500 mg tablet	1		REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE		
glipizide 5 mg tablet	1		REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE		
glipizide 5 mg-metformin 500 mg tablet	1		REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE		
glipizide er 10 mg tablet, extended release 24 hr	1		REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE		
glipizide er 2.5 mg tablet, extended release 24 hr	1		REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE		
glipizide er 5 mg tablet, extended release 24 hr	1		REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE		
GLUCAGON (HCL) EMERGENCY KIT 1 MG SOLUTION FOR INJECTION	1		REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE		
GLUCAGON EMERGENCY KIT 1 MG SOLUTION FOR INJECTION	1		REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE		
GLUCOTROL XL 5 MG TABLET,EXTENDED RELEASE[NP]	*		REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE		
glyburide 1.25 mg tablet	1		REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE		
glyburide 1.25 mg-metformin 250 mg tablet	1		REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE		
glyburide 2.5 mg tablet	1		REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE		
glyburide 2.5 mg-metformin 500 mg tablet	1		REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE		
glyburide 5 mg tablet	1		REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE		

• NP – no preferido • OTC – sin receta • PA – autorización previa • QL – Límite de cantidad
• ST – Terapia por fases

Nombre del medicamento	Grupo del nivel del medica-mento	Requisitos de manejo de utilización	Nombre de la categoría terapéutica	Edad mínima	Edad máxima
glyburide 5 mg-metformin 500 mg tablet	1		REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE		
glyburide micronized 3 mg tablet	1		REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE		
glyburide micronized 6 mg tablet	1		REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE		
GLYXAMBI 10 MG-5 MG TABLET[NP]	*	QL(30 cada 30 dÍas)	REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE		
GLYXAMBI 25 MG-5 MG TABLET[NP]	*	QL(30 cada 30 dÍas)	REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE		
GVOKE 1 MG/0.2 ML SUBCUTANEOUS SOLUTION	1		REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE		
GVOKE HYPOPEN 1-PACK 0.5 MG/0.1 ML SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR	1		REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE		
GVOKE HYPOPEN 1-PACK 1 MG/0.2 ML SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR	1		REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE		
GVOKE HYPOPEN 2-PACK 0.5 MG/0.1 ML SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR	1		REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE		
GVOKE HYPOPEN 2-PACK 1 MG/0.2 ML SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR	1		REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE		
GVOKE PFS 1-PACK 1 MG/0.2 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE	1		REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE		
GVOKE PFS 2-PACK 1 MG/0.2 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE	1		REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE		
HUMALOG JUNIOR KWIKPEN (U-100) 100 UNIT/ML SUBCUTANEOUS HALF-UNIT PEN	1		REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE		
HUMALOG KWIKPEN (U-100) INSULIN 100 UNIT/ML SUBCUTANEOUS	1		REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE		
HUMALOG KWIKPEN U-200 INSULIN 200 UNIT/ML (3 ML) SUBCUTANEOUS	1		REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE		
HUMALOG MIX 50-50 KWIKPEN U-100 INSULIN 100 UNIT/ML SUBCUTANEOUS PEN	1		REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE		
HUMALOG MIX 75-25 (U-100) INSULIN 100 UNIT/ML SUBCUTANEOUS SUSPENSION	1		REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE		
HUMALOG MIX 75-25 KWIKPEN U-100 INSULIN 100 UNIT/ML SUBCUTANEOUS PEN	1		REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE		
HUMALOG TEMPO PEN (U-100) INSULIN 100 UNIT/ML SUBCUTANEOUS PEN, SENSOR[NP]	*		REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE		
HUMALOG U-100 INSULIN 100 UNIT/ML SUBCUTANEOUS CARTRIDGE	1		REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE		
HUMALOG U-100 INSULIN 100 UNIT/ML SUBCUTANEOUS SOLUTION	1		REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE		
HUMULIN 70/30 U-100 INSULIN 100 UNIT/ML SUBCUTANEOUS SUSPENSION[OTC]	1		REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE		

• NP – no preferido • OTC – sin receta • PA – autorización previa • QL – Límite de cantidad
• ST – Terapia por fases

Nombre del medicamento	Grupo del nivel del medica-mento	Requisitos de manejo de utilización	Nombre de la categoría terapéutica	Edad mínima	Edad máxima
HUMULIN 70/30 U-100 INSULIN KWIKPEN 100 UNIT/ML SUBCUTANEOUS[OTC]	1		REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE		
HUMULIN N NPH U-100 INSULIN (ISOPHANE SUSP) 100 UNIT/ML SUBCUTANEOUS[OTC]	1		REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE		
HUMULIN N NPH U-100 INSULIN KWIKPEN 100 UNIT/ML (3 ML) SUBCUTANEOUS[OTC]	1		REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE		
HUMULIN R REGULAR U-100 INSULIN 100 UNIT/ML INJECTION SOLUTION[OTC]	1		REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE		
HUMULIN R U-500 (CONC) INSULIN KWIKPEN 500 UNIT/ML (3 ML) SUBCUTANEOUS	1		REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE		
INSULIN ASPAR PROT-INSULIN ASPART 100 UNIT/ML (70-30) SUBCUTANEOUS PEN[NP]	*		REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE		
INSULIN ASPAR PRT-INSULIN ASPART 100 UNIT/ML (70-30) SUBCUTANEOUS SOLN[NP]	*		REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE		
INSULIN ASPART (U-100) 100 UNIT/ML (3 ML) SUBCUTANEOUS PEN	1		REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE		
INSULIN ASPART U-100 100 UNIT/ML SUBCUTANEOUS CARTRIDGE	1		REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE		
INSULIN ASPART U-100 100 UNIT/ML SUBCUTANEOUS SOLUTION	1		REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE		
INSULIN DEGLUDEC (U-100) 100 UNIT/ML (3 ML) SUBCUTANEOUS PEN	1		REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE		
INSULIN DEGLUDEC (U-100) 100 UNIT/ML SUBCUTANEOUS SOLUTION	1		REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE		
INSULIN DEGLUDEC (U-200) 200 UNIT/ML (3 ML) SUBCUTANEOUS PEN	1		REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE		
INSULIN GLARGINE (U-300) CONC. 300 UNIT/ML (1.5 ML) SUBCUTANEOUS PEN[NP]	*		REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE		
INSULIN GLARGINE (U-300) CONC. 300 UNIT/ML (3 ML) SUBCUTANEOUS PEN[NP]	*		REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE		
INSULIN GLARGINE-YFGN (U-100) 100 UNIT/ML (3 ML) SUBCUTANEOUS PEN	1		REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE		
INSULIN GLARGINE-YFGN (U-100) 100 UNIT/ML SUBCUTANEOUS SOLUTION[NP]	*		REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE		
INSULIN LISPRO (U-100) 100 UNIT/ML SUBCUTANEOUS HALF-UNIT PEN	1		REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE		
INSULIN LISPRO (U-100) 100 UNIT/ML SUBCUTANEOUS PEN	1		REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE		
INSULIN LISPRO (U-100) 100 UNIT/ML SUBCUTANEOUS SOLUTION	1		REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE		
INSULIN LISPRO PROTAMINE-LISPRO 100 UNIT/ML (75-25) SUBCUTANEOUS PEN	1		REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE		
INVOKAMET 150 MG-1,000 MG TABLET[NP]	*	QL(60 cada 30 dÍas)	REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE		
INVOKAMET 150 MG-500 MG TABLET[NP]	*	QL(60 cada 30 dÍas)	REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE		

• NP – no preferido • OTC – sin receta • PA – autorización previa • QL – Límite de cantidad
• ST – Terapia por fases

Nombre del medicamento	Grupo del nivel del medica-mento	Requisitos de manejo de utilización	Nombre de la categoría terapéutica	Edad mínima	Edad máxima
INVOKAMET 50 MG-1,000 MG TABLET[NP]	*	QL(60 cada 30 días)	REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE		
INVOKAMET 50 MG-500 MG TABLET[NP]	*	QL(60 cada 30 días)	REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE		
INVOKAMET XR 150 MG-1,000 MG TABLET, EXTENDED RELEASE[NP]	*	QL(60 cada 30 días)	REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE		
INVOKAMET XR 150 MG-500 MG TABLET, EXTENDED RELEASE[NP]	*	QL(60 cada 30 días)	REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE		
INVOKAMET XR 50 MG-1,000 MG TABLET, EXTENDED RELEASE[NP]	*	QL(60 cada 30 días)	REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE		
INVOKAMET XR 50 MG-500 MG TABLET, EXTENDED RELEASE[NP]	*	QL(60 cada 30 días)	REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE		
INVOKANA 100 MG TABLET	1	QL(60 cada 30 días)	REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE		
INVOKANA 300 MG TABLET	1	QL(30 cada 30 días)	REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE		
JANUMET 50 MG-1,000 MG TABLET[NP]	*	QL(60 cada 30 días)	REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE		
JANUMET 50 MG-500 MG TABLET[NP]	*	QL(60 cada 30 días)	REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE		
JANUMET XR 100 MG-1,000 MG TABLET,EXTENDED RELEASE[NP]	*	QL(30 cada 30 días)	REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE		
JANUMET XR 50 MG-1,000 MG TABLET,EXTENDED RELEASE[NP]	*	QL(60 cada 30 días)	REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE		
JANUMET XR 50 MG-500 MG TABLET,EXTENDED RELEASE[NP]	*	QL(60 cada 30 días)	REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE		
JANUVIA 100 MG TABLET	1	QL(30 cada 30 días)	REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE		
JANUVIA 25 MG TABLET	1	QL(30 cada 30 días)	REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE		
JANUVIA 50 MG TABLET	1	QL(30 cada 30 días)	REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE		
JARDIANCE 10 MG TABLET	1	QL(30 cada 30 días)	REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE		
JARDIANCE 25 MG TABLET	1	QL(30 cada 30 días)	REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE		
JENTADUETO 2.5 MG-1,000 MG TABLET[NP]	*	QL(60 cada 30 días)	REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE		
JENTADUETO 2.5 MG-500 MG TABLET[NP]	*	QL(60 cada 30 días)	REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE		
JENTADUETO 2.5 MG-850 MG TABLET[NP]	*	QL(60 cada 30 días)	REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE		
JENTADUETO XR 2.5 MG-1,000 MG TABLET, EXTENDED RELEASE[NP]	*	QL(60 cada 30 días)	REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE		
JENTADUETO XR 5 MG-1,000 MG TABLET, EXTENDED RELEASE[NP]	*	QL(30 cada 30 días)	REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE		
KAZANO 12.5 MG-1,000 MG TABLET[NP]	*	QL(60 cada 30 días)	REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE		
KIRSTY 100 UNIT/ML SUBCUTANEOUS SOLUTION[NP]	*		REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE		

• NP – no preferido • OTC – sin receta • PA – autorización previa • QL – Límite de cantidad
• ST – Terapia por fases

Nombre del medicamento	Grupo del nivel del medica-mento	Requisitos de manejo de utilización	Nombre de la categoría terapéutica	Edad mínima	Edad máxima
KIRSTY PEN 100 UNIT/ML (3 ML) SUBCUTANEOUS[NP]	*		REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE		
LANTUS SOLOSTAR U-100 INSULIN 100 UNIT/ML (3 ML) SUBCUTANEOUS PEN	1		REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE		
LANTUS U-100 INSULIN 100 UNIT/ML SUBCUTANEOUS SOLUTION	1		REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE		
LEVEMIR FLEXPEN 100 UNIT/ML (3 ML) SOLUTION SUBCUTANEOUS INSULIN PEN	1		REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE		
LEVEMIR U-100 INSULIN 100 UNIT/ML SUBCUTANEOUS SOLUTION	1		REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE		
liraglutide 0.6 mg/0.1 ml (18 mg/3 ml) subcutaneous pen injector	1	QL(9 cada 30 días)	REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE		
LYUMJEV KWIKPEN U-100 INSULIN 100 UNIT/ML SUBCUTANEOUS[NP]	*		REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE		
LYUMJEV KWIKPEN U-200 INSULIN 200 UNIT/ML (3 ML) SUBCUTANEOUS[NP]	*		REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE		
LYUMJEV TEMPO PEN (U-100) INSULIN 100 UNIT/ML SUBCUTANEOUS PEN, SENSOR[NP]	*		REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE		
LYUMJEV U-100 INSULIN 100 UNIT/ML SUBCUTANEOUS SOLUTION[NP]	*		REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE		
MERILOG 100 UNIT/ML SUBCUTANEOUS SOLUTION[NP]	*		REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE		
MERILOG SOLOSTAR 100 UNIT/ML (3 ML) SUBCUTANEOUS INSULIN PEN[NP]	*		REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE		
metformin 1,000 mg tablet	1		REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE		
metformin 500 mg tablet	1		REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE		
metformin 500 mg/5 ml oral solution[NP]	*	QL(750 cada 30 días)	REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE		
metformin 625 mg tablet[NP]	*	QL(120 cada 30 días)	REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE		
metformin 750 mg tablet	1		REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE		
metformin 850 mg tablet	1		REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE		
metformin er 1,000 mg 24 hr tablet,extended release (gastric reten.)[NP]	*	QL(60 cada 30 días)	REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE		
metformin er 1,000 mg tablet,extended release 24hr (osmotic)[NP]	*	QL(60 cada 30 días)	REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE		
metformin er 500 mg 24 hr tablet,extended release (gastric retention)[NP]	*	QL(120 cada 30 días)	REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE		
metformin er 500 mg tablet,extended release 24 hr	1	QL(120 cada 30 días)	REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE		
metformin er 500 mg tablet,extended release 24hr (osmotic)[NP]	*	QL(150 cada 30 días)	REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE		
metformin er 750 mg tablet,extended release 24 hr	1	QL(60 cada 30 días)	REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE		

• NP – no preferido • OTC – sin receta • PA – autorización previa • QL – Límite de cantidad
• ST – Terapia por fases

Nombre del medicamento	Grupo del nivel del medica-mento	Requisitos de manejo de utilización	Nombre de la categoría terapéutica	Edad mínima	Edad máxima
miglitol 100 mg tablet	1		REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE		
miglitol 25 mg tablet	1		REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE		
miglitol 50 mg tablet	1		REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE		
MOUNJARO 10 MG/0.5 ML SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR[NP]	*	PA,QL(2 cada 28 días)	REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE		
MOUNJARO 12.5 MG/0.5 ML SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR[NP]	*	PA,QL(2 cada 28 días)	REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE		
MOUNJARO 15 MG/0.5 ML SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR[NP]	*	PA,QL(2 cada 28 días)	REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE		
MOUNJARO 2.5 MG/0.5 ML SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR[NP]	*	PA,QL(2 cada 28 días)	REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE		
MOUNJARO 5 MG/0.5 ML SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR[NP]	*	PA,QL(2 cada 28 días)	REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE		
MOUNJARO 7.5 MG/0.5 ML SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR[NP]	*	PA,QL(2 cada 28 días)	REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE		
nateglinide 120 mg tablet	1		REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE		
nateglinide 60 mg tablet	1		REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE		
NESINA 25 MG TABLET[NP]	*	QL(30 cada 30 días)	REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE		
NOVOLIN 70-30 FLEXPEN U-100 INSULIN 100 UNIT/ML (70-30) SUBCUTANEOUS[NP]	*		REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE		
NOVOLIN 70/30 U-100 INSULIN 100 UNIT/ML SUBCUTANEOUS SUSPENSION[NP]	*		REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE		
NOVOLIN N FLEXPEN 100 UNIT/ML (3 ML) SUBCUTANEOUS INSULIN PEN[NP]	*		REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE		
NOVOLIN N NPH U-100 INSULIN ISOPHANE 100 UNIT/ML SUBCUTANEOUS SUSP[NP]	*		REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE		
NOVOLIN R FLEXPEN 100 UNIT/ML (3 ML) SUBCUTANEOUS INSULIN PEN[NP]	*		REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE		
NOVOLIN R REGULAR U-100 INSULIN 100 UNIT/ML INJECTION SOLUTION[NP]	*		REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE		
NOVOLOG FLEXPEN U-100 INSULIN ASPART 100 UNIT/ML (3 ML) SUBCUTANEOUS[NP]	*		REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE		
NOVOLOG MIX 70-30 FLEXPEN U-100 INSULIN 100 UNIT/ML SUBCUTANEOUS PEN[NP]	*		REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE		
NOVOLOG MIX 70-30 U-100 INSULIN 100 UNIT/ML SUBCUTANEOUS SOLUTION[NP]	*		REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE		
NOVOLOG PENFILL U-100 INSULIN ASPART 100 UNIT/ML SUBCUTANEOUS CARTRIDG[NP]	*		REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE		
NOVOLOG U-100 INSULIN ASPART 100 UNIT/ML SUBCUTANEOUS SOLUTION[NP]	*		REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE		
OZEMPIC 0.25 MG OR 0.5 MG (2 MG/3 ML) SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR[NP]	*	PA,QL(3 cada 28 días)	REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE		

• NP – no preferido • OTC – sin receta • PA – autorización previa • QL – Límite de cantidad
• ST – Terapia por fases

Nombre del medicamento	Grupo del nivel del medica-mento	Requisitos de manejo de utilización	Nombre de la categoría terapéutica	Edad mínima	Edad máxima
OZEMPIC 1 MG/DOSE (4 MG/3 ML) SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR[NP]	*	PA,QL(3 cada 28 días)	REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE		
OZEMPIC 1.5 MG TABLET	1	PA,QL(30 cada 30 días)	REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE		
OZEMPIC 2 MG/DOSE (8 MG/3 ML) SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR[NP]	*	PA,QL(3 cada 28 días)	REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE		
OZEMPIC 4 MG TABLET	1	PA,QL(30 cada 30 días)	REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE		
OZEMPIC 9 MG TABLET	1	PA,QL(30 cada 30 días)	REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE		
pioglitazone 15 mg tablet	1	QL(30 cada 30 días)	REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE		
pioglitazone 15 mg-metformin 500 mg tablet[NP]	*	QL(90 cada 30 días)	REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE		
pioglitazone 15 mg-metformin 850 mg tablet[NP]	*	QL(90 cada 30 días)	REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE		
pioglitazone 30 mg tablet	1	QL(30 cada 30 días)	REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE		
pioglitazone 30 mg-glimepiride 2 mg tablet[NP]	*	QL(30 cada 30 días)	REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE		
pioglitazone 30 mg-glimepiride 4 mg tablet[NP]	*	QL(30 cada 30 días)	REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE		
pioglitazone 45 mg tablet	1	QL(30 cada 30 días)	REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE		
PROGLYCEM 50 MG/ML ORAL SUSPENSION	1		REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE		
repaglinide 0.5 mg tablet[NP]	*		REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE		
repaglinide 1 mg tablet[NP]	*		REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE		
repaglinide 2 mg tablet[NP]	*		REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE		
REZVOGLAR KWIKPEN 100 UNIT/ML (3 ML) SUBCUTANEOUS[NP]	*		REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE		
RYBELSUS 14 MG TABLET	1	PA,QL(30 cada 30 días)	REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE		
RYBELSUS 3 MG TABLET	1	PA,QL(30 cada 30 días)	REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE		
RYBELSUS 7 MG TABLET	1	PA,QL(30 cada 30 días)	REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE		
saxagliptin 2.5 mg tablet[NP]	*	QL(30 cada 30 días)	REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE		
saxagliptin 2.5 mg-metformin er 1,000 mg tablet,extend release 24hr mp[NP]	*	QL(60 cada 30 días)	REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE		
saxagliptin 5 mg tablet[NP]	*	QL(30 cada 30 días)	REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE		
saxagliptin 5 mg-metformin er 1,000 mg tablet,extend release 24hr mp[NP]	*	QL(30 cada 30 días)	REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE		
saxagliptin 5 mg-metformin er 500 mg tablet,extend release 24hr mp[NP]	*	QL(30 cada 30 días)	REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE		

• NP – no preferido • OTC – sin receta • PA – autorización previa • QL – Límite de cantidad
• ST – Terapia por fases

Nombre del medicamento	Grupo del nivel del medica-mento	Requisitos de manejo de utilización	Nombre de la categoría terapéutica	Edad mínima	Edad máxima
SEGLUROMET 2.5 MG-1,000 MG TABLET[NP]	*	QL(60 cada 30 días)	REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE		
SEGLUROMET 2.5 MG-500 MG TABLET[NP]	*	QL(60 cada 30 días)	REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE		
SEGLUROMET 7.5 MG-1,000 MG TABLET[NP]	*	QL(60 cada 30 días)	REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE		
SEGLUROMET 7.5 MG-500 MG TABLET[NP]	*	QL(60 cada 30 días)	REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE		
SEMGLEE (INSULIN GLARGINE-YFGN) 100 UNIT/ML SUBCUTANEOUS SOLUTION[NP]	*		REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE		
SEMGLEE (INSULIN GLARGINE-YFGN) PEN 100 UNIT/ML (3 ML) SUBCUTANEOUS[NP]	*		REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE		
sitagliptin 100 mg tablet[NP]	*	QL(30 cada 30 días)	REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE		
sitagliptin 100 mg-metformin er 1,000 mg tablet,extend rel 24h mphase[NP]	*	QL(30 cada 30 días)	REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE		
sitagliptin 25 mg tablet[NP]	*	QL(30 cada 30 días)	REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE		
sitagliptin 50 mg tablet[NP]	*	QL(30 cada 30 días)	REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE		
sitagliptin 50 mg-metformin 1,000 mg tablet	1	QL(60 cada 30 días)	REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE		
sitagliptin 50 mg-metformin 500 mg tablet	1	QL(60 cada 30 días)	REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE		
sitagliptin 50 mg-metformin er 1,000 mg tablet,extended rel 24h mphase[NP]	*	QL(60 cada 30 días)	REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE		
sitagliptin 50 mg-metformin er 500 mg tablet,extended rel 24hr mphase[NP]	*	QL(60 cada 30 días)	REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE		
sitagliptin phos 100 mg-metformin er 1,000 mg tablet,extend rel 24h mp[NP]	*	QL(30 cada 30 días)	REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE		
sitagliptin phos 50 mg-metformin er 1,000 mg tablet,extend rel 24h mp[NP]	*	QL(60 cada 30 días)	REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE		
sitagliptin phos 50 mg-metformin er 500 mg tablet,extended rel 24h mp[NP]	*	QL(60 cada 30 días)	REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE		
sitagliptin phosphate 100 mg tablet[NP]	*	QL(30 cada 30 días)	REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE		
sitagliptin phosphate 25 mg tablet[NP]	*	QL(30 cada 30 días)	REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE		
sitagliptin phosphate 50 mg tablet[NP]	*	QL(30 cada 30 días)	REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE		
sitagliptin phosphate 50 mg-metformin 1,000 mg tablet[NP]	*	QL(60 cada 30 días)	REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE		
sitagliptin phosphate 50 mg-metformin 500 mg tablet[NP]	*	QL(60 cada 30 días)	REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE		
SOLIQUA 100/33 100 UNIT-33 MCG/ML SUBCUTANEOUS INSULIN PEN[NP]	*	QL(15 cada 24 días)	REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE		
STEGLATRO 15 MG TABLET[NP]	*	QL(30 cada 30 días)	REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE		
STEGLATRO 5 MG TABLET[NP]	*	QL(30 cada 30 días)	REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE		

• NP – no preferido • OTC – sin receta • PA – autorización previa • QL – Límite de cantidad
• ST – Terapia por fases

Nombre del medicamento	Grupo del nivel del medica-mento	Requisitos de manejo de utilización	Nombre de la categoría terapéutica	Edad mínima	Edad máxima
STEGLUJAN 15 MG-100 MG TABLET[NP]	*	QL(30 cada 30 días)	REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE		
STEGLUJAN 5 MG-100 MG TABLET[NP]	*	QL(30 cada 30 días)	REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE		
SYMLINPEN 120 2,700 MCG/2.7 ML SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR[NP]	*	QL(10.8 cada 30 días)	REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE		
SYMLINPEN 60 1,500 MCG/1.5 ML SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR[NP]	*	QL(10.5 cada 28 días)	REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE		
SYNJARDY 12.5 MG-1,000 MG TABLET[NP]	*	QL(60 cada 30 días)	REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE		
SYNJARDY 12.5 MG-500 MG TABLET[NP]	*	QL(60 cada 30 días)	REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE		
SYNJARDY 5 MG-1,000 MG TABLET[NP]	*	QL(60 cada 30 días)	REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE		
SYNJARDY 5 MG-500 MG TABLET[NP]	*	QL(60 cada 30 días)	REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE		
SYNJARDY XR 10 MG-1,000 MG TABLET, EXTENDED RELEASE[NP]	*	QL(30 cada 30 días)	REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE		
SYNJARDY XR 12.5 MG-1,000 MG TABLET, EXTENDED RELEASE[NP]	*	QL(60 cada 30 días)	REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE		
SYNJARDY XR 25 MG-1,000 MG TABLET, EXTENDED RELEASE[NP]	*	QL(30 cada 30 días)	REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE		
SYNJARDY XR 5 MG-1,000 MG TABLET, EXTENDED RELEASE[NP]	*	QL(60 cada 30 días)	REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE		
TOUJEO MAX U-300 SOLOSTAR 300 UNIT/ML (3 ML) SUBCUTANEOUS INSULIN PEN[NP]	*		REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE		
TOUJEO SOLOSTAR U-300 INSULIN 300 UNIT/ML (1.5 ML) SUBCUTANEOUS PEN[NP]	*		REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE		
TRADJENTA 5 MG TABLET	1	QL(30 cada 30 días)	REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE		
TRESIBA FLEXTOUCH U-100 INSULIN 100 UNIT/ML (3 ML) SUBCUTANEOUS PEN[NP]	*		REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE		
TRESIBA FLEXTOUCH U-200 INSULIN 200 UNIT/ML (3 ML) SUBCUTANEOUS PEN[NP]	*		REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE		
TRESIBA U-100 INSULIN 100 UNIT/ML SUBCUTANEOUS SOLUTION[NP]	*		REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE		
TRIJARDY XR 10 MG-5 MG-1,000 MG TABLET, EXTENDED RELEASE[NP]	*	QL(30 cada 30 días)	REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE		
TRIJARDY XR 12.5 MG-2.5 MG-1,000 MG TABLET, EXTENDED RELEASE[NP]	*	QL(60 cada 30 días)	REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE		
TRIJARDY XR 25 MG-5 MG-1,000 MG TABLET, EXTENDED RELEASE[NP]	*	QL(30 cada 30 días)	REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE		
TRIJARDY XR 5 MG-2.5 MG-1,000 MG TABLET, EXTENDED RELEASE[NP]	*	QL(60 cada 30 días)	REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE		
TRULICITY 0.75 MG/0.5 ML SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR	1	QL(2 cada 28 días)	REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE		
TRULICITY 1.5 MG/0.5 ML SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR	1	QL(2 cada 28 días)	REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE		
TRULICITY 3 MG/0.5 ML SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR	1	QL(2 cada 28 días)	REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE		

• NP – no preferido • OTC – sin receta • PA – autorización previa • QL – Límite de cantidad
• ST – Terapia por fases

Nombre del medicamento	Grupo del nivel del medica-mento	Requisitos de manejo de utilización	Nombre de la categoría terapéutica	Edad mínima	Edad máxima
TRULICITY 4.5 MG/0.5 ML SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR	1	QL(2 cada 28 días)	REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE		
VICTOZA 2-PAK 0.6 MG/0.1 ML (18 MG/3 ML) SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR	1	QL(9 cada 30 días)	REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE		
VICTOZA 3-PAK 0.6 MG/0.1 ML (18 MG/3 ML) SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR	1	QL(9 cada 30 días)	REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE		
XIGDUO XR 10 MG-1,000 MG TABLET,EXTENDED RELEASE[NP]	*	QL(30 cada 30 días)	REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE		
XIGDUO XR 10 MG-500 MG TABLET,EXTENDED RELEASE[NP]	*	QL(30 cada 30 días)	REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE		
XIGDUO XR 2.5 MG-1,000 MG TABLET,EXTENDED RELEASE[NP]	*	QL(60 cada 30 días)	REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE		
XIGDUO XR 5 MG-1,000 MG TABLET,EXTENDED RELEASE[NP]	*	QL(60 cada 30 días)	REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE		
XIGDUO XR 5 MG-500 MG TABLET,EXTENDED RELEASE[NP]	*	QL(30 cada 30 días)	REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE		
XULTOPHY 100/3.6 100 UNIT-3.6 MG/ML (3 ML) SUBCUTANEOUS INSULIN PEN[NP]	*	QL(15 cada 30 días)	REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE		
ZEGALOGUE 0.6 MG/0.6 ML SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR	1		REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE		
ZEGALOGUE 0.6 MG/0.6 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE	1		REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE		
ZITUVIMET 50 MG-1,000 MG TABLET[NP]	*	QL(60 cada 30 días)	REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE		
ZITUVIMET 50 MG-500 MG TABLET[NP]	*	QL(60 cada 30 días)	REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE		
ZITUVIMET XR 100 MG-1,000 MG TABLET,EXTENDED RELEASE[NP]	*	QL(30 cada 30 días)	REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE		
ZITUVIMET XR 50 MG-1,000 MG TABLET,EXTENDED RELEASE[NP]	*	QL(60 cada 30 días)	REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE		
ZITUVIMET XR 50 MG-500 MG TABLET,EXTENDED RELEASE[NP]	*	QL(60 cada 30 días)	REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE		
ZITUVIO 100 MG TABLET[NP]	*	QL(30 cada 30 días)	REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE		
ZITUVIO 25 MG TABLET[NP]	*	QL(30 cada 30 días)	REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE		
ZITUVIO 50 MG TABLET[NP]	*	QL(30 cada 30 días)	REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE		
AMRIX 15 MG CAPSULE,EXTENDED RELEASE[NP]	*	QL(21 cada 30 días)	RELAJANTES DEL MÚSCULO ESQUELÉTICO		
AMRIX 30 MG CAPSULE,EXTENDED RELEASE[NP]	*	QL(21 cada 30 días)	RELAJANTES DEL MÚSCULO ESQUELÉTICO		
ATMEKSI 750 MG/5 ML ORAL SUSPENSION[NP]	*		RELAJANTES DEL MÚSCULO ESQUELÉTICO		
carisoprodol 250 mg tablet[NP]	*	QL(120 cada 30 días)	RELAJANTES DEL MÚSCULO ESQUELÉTICO		
carisoprodol 350 mg tablet[NP]	*	QL(120 cada 30 días)	RELAJANTES DEL MÚSCULO ESQUELÉTICO		
chlorzoxazone 250 mg tablet	1	QL(120 cada 30 días)	RELAJANTES DEL MÚSCULO ESQUELÉTICO		

• NP – no preferido • OTC – sin receta • PA – autorización previa • QL – Límite de cantidad
• ST – Terapia por fases

Nombre del medicamento	Grupo del nivel del medica-mento	Requisitos de manejo de utilización	Nombre de la categoría terapéutica	Edad mínima	Edad máxima
chlorzoxazone 375 mg tablet	1	QL(120 cada 30 días)	RELAJANTES DEL MÚSCULO ESQUELÉTICO		
chlorzoxazone 500 mg tablet	1	QL(120 cada 30 días)	RELAJANTES DEL MÚSCULO ESQUELÉTICO		
chlorzoxazone 750 mg tablet	1	QL(120 cada 30 días)	RELAJANTES DEL MÚSCULO ESQUELÉTICO		
cyclobenzaprine 10 mg tablet	1		RELAJANTES DEL MÚSCULO ESQUELÉTICO		
cyclobenzaprine 5 mg tablet	1		RELAJANTES DEL MÚSCULO ESQUELÉTICO		
cyclobenzaprine 7.5 mg tablet	1	QL(90 cada 30 días)	RELAJANTES DEL MÚSCULO ESQUELÉTICO		
cyclobenzaprine er 15 mg capsule,extended release 24 hr[NP]	*	QL(21 cada 30 días)	RELAJANTES DEL MÚSCULO ESQUELÉTICO		
cyclobenzaprine er 30 mg capsule,extended release 24 hr[NP]	*	QL(21 cada 30 días)	RELAJANTES DEL MÚSCULO ESQUELÉTICO		
FEXMID 7.5 MG TABLET	1	QL(90 cada 30 días)	RELAJANTES DEL MÚSCULO ESQUELÉTICO		
metaxalone 400 mg tablet[NP]	*	QL(120 cada 30 días)	RELAJANTES DEL MÚSCULO ESQUELÉTICO		
METAXALONE 640 MG TABLET[NP]	*	QL(120 cada 30 días)	RELAJANTES DEL MÚSCULO ESQUELÉTICO		
metaxalone 800 mg tablet[NP]	*	QL(120 cada 30 días)	RELAJANTES DEL MÚSCULO ESQUELÉTICO		
methocarbamol 1,000 mg tablet[NP]	*		RELAJANTES DEL MÚSCULO ESQUELÉTICO		
methocarbamol 500 mg tablet	1		RELAJANTES DEL MÚSCULO ESQUELÉTICO		
methocarbamol 750 mg tablet	1		RELAJANTES DEL MÚSCULO ESQUELÉTICO		
norgesic 25 mg-385 mg-30 mg tablet[NP]	*	QL(240 cada 30 días)	RELAJANTES DEL MÚSCULO ESQUELÉTICO		
NORGESIC FORTE 50 MG-770 MG-60 MG TABLET[NP]	*	QL(120 cada 30 días)	RELAJANTES DEL MÚSCULO ESQUELÉTICO		
orphenadrine citrate er 100 mg tablet,extended release	1		RELAJANTES DEL MÚSCULO ESQUELÉTICO		
orphenadrine-asa-caffeine 25 mg-385 mg-30 mg tablet	1	QL(240 cada 30 días)	RELAJANTES DEL MÚSCULO ESQUELÉTICO		
orphengesic forte 50 mg-770 mg-60 mg tablet[NP]	*	QL(120 cada 30 días)	RELAJANTES DEL MÚSCULO ESQUELÉTICO		
SOMA 250 MG TABLET[NP]	*	QL(120 cada 30 días)	RELAJANTES DEL MÚSCULO ESQUELÉTICO		
SOMA 350 MG TABLET[NP]	*	QL(120 cada 30 días)	RELAJANTES DEL MÚSCULO ESQUELÉTICO		
tanlor 1,000 mg tablet[NP]	*		RELAJANTES DEL MÚSCULO ESQUELÉTICO		
TONMYA 2.8 MG SUBLINGUAL TABLET[NP]	*	QL(60 cada 30 días)	RELAJANTES DEL MÚSCULO ESQUELÉTICO		
24hour allergy 10 mg tablet[OTC]	1		TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES		

• NP – no preferido • OTC – sin receta • PA – autorización previa • QL – Límite de cantidad
• ST – Terapia por fases

Nombre del medicamento	Grupo del nivel del medica-mento	Requisitos de manejo de utilización	Nombre de la categoría terapéutica	Edad mínima	Edad máxima
acetylcysteine 100 mg/ml (10 %) solution	1		TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES		
acetylcysteine 200 mg/ml (20 %) solution	1		TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES		
ADCIRCA 20 MG TABLET	1	PA,QL(60 cada 30 días)	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES		
ADEMPAS 0.5 MG TABLET[NP]	*	QL(90 cada 30 días)	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES		
ADEMPAS 1 MG TABLET[NP]	*	QL(90 cada 30 días)	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES		
ADEMPAS 1.5 MG TABLET[NP]	*	QL(90 cada 30 días)	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES		
ADEMPAS 2 MG TABLET[NP]	*	QL(90 cada 30 días)	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES		
ADEMPAS 2.5 MG TABLET[NP]	*	QL(90 cada 30 días)	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES		
ADVAIR DISKUS 100 MCG-50 MCG/DOSE POWDER FOR INHALATION	1	QL(60 cada 30 días)	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES		
ADVAIR DISKUS 250 MCG-50 MCG/DOSE POWDER FOR INHALATION	1	QL(60 cada 30 días)	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES		
ADVAIR DISKUS 500 MCG-50 MCG/DOSE POWDER FOR INHALATION	1	QL(60 cada 30 días)	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES		
ADVAIR HFA 115 MCG-21 MCG/ACTUATION AEROSOL INHALER	1	QL(12 cada 30 días)	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES		
ADVAIR HFA 230 MCG-21 MCG/ACTUATION AEROSOL INHALER	1	QL(12 cada 30 días)	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES		
ADVAIR HFA 45 MCG-21 MCG/ACTUATION AEROSOL INHALER	1	QL(12 cada 30 días)	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES		
AIRSUPRA 90 MCG-80 MCG/ACTUATION HFA AEROSOL INHALER	1	QL(32.1 cada 30 días)	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES		
ALAVERT 10 MG DISINTEGRATING TABLET[OTC]	1		TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES		
albuterol sulfate 0.63 mg/3 ml solution for nebulization	1		TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES		

• NP – no preferido • OTC – sin receta • PA – autorización previa • QL – Límite de cantidad
• ST – Terapia por fases

Nombre del medicamento	Grupo del nivel del medica-mento	Requisitos de manejo de utilización	Nombre de la categoría terapéutica	Edad mínima	Edad máxima
albuterol sulfate 1.25 mg/3 ml solution for nebulization	1		TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES		
albuterol sulfate 2 mg tablet[NP]	*		TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES		
albuterol sulfate 2 mg/5 ml oral syrup[NP]	*		TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES		
albuterol sulfate 2.5 mg/3 ml (0.083 %) solution for nebulization	1		TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES		
albuterol sulfate 4 mg tablet[NP]	*		TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES		
albuterol sulfate concentrate 2.5 mg/0.5 ml solution for nebulization	1		TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES		
albuterol sulfate hfa 90 mcg/actuation aerosol inhaler	1	QL(36 cada 30 dÍas)	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES		
aler-cap 25 mg capsule[OTC]	1		TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES		
all day allergy (cetirizine) 1 mg/ml oral solution[OTC]	1	QL(300 cada 30 dÍas)	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES		
all day allergy (cetirizine) 10 mg capsule[OTC]	1		TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES		
all day allergy (cetirizine) 10 mg tablet[OTC]	1		TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES		
aller-g-time 25 mg tablet[OTC]	1		TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES		
aller-tec 10 mg tablet[OTC]	1		TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES		
allerclear 10 mg tablet[OTC]	1		TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES		
allergy (diphenhydramine) 12.5 mg/5 ml oral liquid[OTC]	1		TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES		
allergy (diphenhydramine) 25 mg capsule[OTC]	1		TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES		
allergy (diphenhydramine) 25 mg tablet[OTC]	1		TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES		

• NP – no preferido • OTC – sin receta • PA – autorización previa • QL – Límite de cantidad
• ST – Terapia por fases

Nombre del medicamento	Grupo del nivel del medica-mento	Requisitos de manejo de utilización	Nombre de la categoría terapéutica	Edad mínima	Edad máxima
allergy 12.5 mg/5 ml oral liquid[OTC]	1		TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES		
allergy 25 mg tablet[OTC]	1		TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES		7
allergy medication 25 mg capsule[OTC]	1		TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES		
allergy medicine 25 mg tablet[OTC]	1		TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES		
allergy relief (cetirizine) 1 mg/ml oral solution[OTC]	1	QL(300 cada 30 dÍas)	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES		
allergy relief (cetirizine) 10 mg capsule[OTC]	1		TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES		
allergy relief (cetirizine) 10 mg tablet[OTC]	1		TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES		
allergy relief (cetirizine) 5 mg tablet[OTC]	1		TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES		
allergy relief (diphenhydramine) 12.5 mg/5 ml oral liquid[OTC]	1		TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES		
allergy relief (diphenhydramine) 25 mg capsule[OTC]	1		TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES		
allergy relief (diphenhydramine) 25 mg chewable tablet[OTC]	1		TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES		
allergy relief (diphenhydramine) 25 mg tablet[OTC]	1		TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES		
allergy relief (loratadine) 10 mg capsule[OTC]	1		TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES		
allergy relief (loratadine) 10 mg disintegrating tablet[OTC]	1		TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES		7
allergy relief (loratadine) 10 mg tablet[OTC]	1		TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES		7
allergy relief (loratadine) 5 mg disintegrating tablet[OTC]	1		TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES		
allergy relief (loratadine) 5 mg/5 ml oral solution[OTC]	1		TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES		

• NP – no preferido • OTC – sin receta • PA – autorización previa • QL – Límite de cantidad
• ST – Terapia por fases

Nombre del medicamento	Grupo del nivel del medica-mento	Requisitos de manejo de utilización	Nombre de la categoría terapéutica	Edad mínima	Edad máxima
ALVESCO 160 MCG/ACTUATION AEROSOL INHALER[NP]	*	QL(18.3 cada 28 días)	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES		
ALVESCO 80 MCG/ACTUATION AEROSOL INHALER[NP]	*	QL(18.3 cada 28 días)	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES		7
ALYFTREK 10 MG-50 MG-125 MG TABLET[NP]	*	PA,QL(56 cada 28 días)	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES		
ALYFTREK 4 MG-20 MG-50 MG TABLET[NP]	*	PA,QL(84 cada 28 días)	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES		
alyq 20 mg tablet	1	PA,QL(60 cada 30 días)	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES		7
ambrisentan 10 mg tablet[NP]	*	QL(30 cada 30 días)	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES		
ambrisentan 5 mg tablet[NP]	*	QL(30 cada 30 días)	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES		
ANORO ELLIPTA 62.5 MCG-25 MCG/ACTUATION POWDER FOR INHALATION	1	QL(60 cada 30 días)	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES		7
arformoterol 15 mcg/2 ml solution for nebulization[NP]	*	QL(120 cada 30 días)	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES		
ARNUITY ELLIPTA 100 MCG/ACTUATION POWDER FOR INHALATION	1	QL(30 cada 30 días)	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES		
ARNUITY ELLIPTA 200 MCG/ACTUATION POWDER FOR INHALATION	1	QL(30 cada 30 días)	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES		
ARNUITY ELLIPTA 50 MCG/ACTUATION POWDER FOR INHALATION	1	QL(30 cada 30 días)	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES		
ASMANEX HFA 100 MCG/ACTUATION AEROSOL INHALER[NP]	*	QL(13 cada 30 días)	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES		
ASMANEX HFA 200 MCG/ACTUATION AEROSOL INHALER[NP]	*	QL(13 cada 30 días)	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES		
ASMANEX HFA 50 MCG/ACTUATION AEROSOL INHALER[NP]	*	QL(13 cada 30 días)	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES		
ASMANEX TWISTHALER 110 MCG/ACTUATION(30 DOSES) BREATH ACTIVATED INHALR	1	QL(1 cada 28 días)	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES		
ASMANEX TWISTHALER 220 MCG/ACTUATION(120 DOSES) BREATH ACTIVATED INHLR	1	QL(1 cada 28 días)	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES		

• NP – no preferido • OTC – sin receta • PA – autorización previa • QL – Límite de cantidad
• ST – Terapia por fases

Nombre del medicamento	Grupo del nivel del medica-mento	Requisitos de manejo de utilización	Nombre de la categoría terapéutica	Edad mínima	Edad máxima
ASMANEX TWISTHALER 220 MCG/ACTUATION(14 DOSES) BREATH ACTIVATED INHALR	1	QL(1 cada 28 días)	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES		
ASMANEX TWISTHALER 220 MCG/ACTUATION(30 DOSES) BREATH ACTIVATED INHALR	1	QL(1 cada 28 días)	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES		
ASMANEX TWISTHALER 220 MCG/ACTUATION(60 DOSES) BREATH ACTIVATED INHALR	1	QL(1 cada 28 días)	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES		
ATROVENT HFA 17 MCG/ACTUATION AEROSOL INHALER	1	QL(25.8 cada 30 días)	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES		
AUVI-Q 0.1 MG/0.1 ML INJECTION,AUTO-INJECTOR	1	QL(4 cada 30 días)	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES		
AUVI-Q 0.15 MG/0.15 ML AUTO-INJECTOR (FOR 33 LB TO 66 LB PATIENTS)	1	QL(4 cada 30 días)	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES		
AUVI-Q 0.3 MG/0.3 ML INJECTION, AUTO-INJECTOR	1	QL(4 cada 30 días)	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES		
azelastine 137 mcg (0.1 %) nasal spray	1	QL(30 cada 25 días)	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES		
azelastine 137 mcg-fluticasone 50 mcg/spray nasal spray[NP]	*	QL(23 cada 28 días)	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES		
banophen 25 mg capsule[OTC]	1		TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES		
banophen 25 mg tablet[OTC]	1		TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES		
banophen 50 mg capsule[OTC]	1		TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES		
beclomethasone dipropionate 40 mcg/actuation aerosol inhaler	1	QL(8.7 cada 30 días)	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES		
beclomethasone dipropionate 80 mcg/actuation aerosol inhaler	1	QL(17.4 cada 30 días)	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES		
BENADRYL 25 MG CAPSULE[OTC]	1		TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES		
BENADRYL ALLERGY 12.5 MG/5 ML ORAL LIQUID[OTC]	1		TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES		
benadryl allergy 25 mg tablet[OTC]	1		TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES		

• NP – no preferido • OTC – sin receta • PA – autorización previa • QL – Límite de cantidad
• ST – Terapia por fases

Nombre del medicamento	Grupo del nivel del medica-mento	Requisitos de manejo de utilización	Nombre de la categoría terapéutica	Edad mínima	Edad máxima
BEVESPI AEROSPHERE 9 MCG-4.8 MCG HFA AEROSOL INHALER[NP]	*	QL(10.7 cada 30 días)	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES		
bosentan 125 mg tablet[NP]	*	QL(60 cada 30 días)	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES		
bosentan 32 mg tablet for oral suspension[NP]	*	QL(120 cada 30 días)	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES		
bosentan 62.5 mg tablet[NP]	*	QL(60 cada 30 días)	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES		
BREO ELLIPTA 100 MCG-25 MCG/DOSE POWDER FOR INHALATION[NP]	*	QL(60 cada 30 días)	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES		
BREO ELLIPTA 200 MCG-25 MCG/DOSE POWDER FOR INHALATION[NP]	*	QL(60 cada 30 días)	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES		
BREO ELLIPTA 50 MCG-25 MCG/DOSE POWDER FOR INHALATION[NP]	*	QL(60 cada 30 días)	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES		
breyna 160 mcg-4.5 mcg/actuation hfa aerosol inhaler[NP]	*	QL(30.9 cada 30 días)	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES		
breyna 80 mcg-4.5 mcg/actuation hfa aerosol inhaler[NP]	*	QL(30.9 cada 30 días)	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES		
BREZTRI AEROSPHERE 160 MCG-9MCG-4.8MCG/ACTUATION HFA AEROSOL INHALER[NP]	*	QL(10.7 cada 30 días)	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES		
BREZTRI AEROSPHERE 160MCG-18MCG-4.8MCG/ACTUATION HFA AEROSOL INHALER[NP]	*	QL(10.7 cada 30 días)	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES		
BROVANA 15 MCG/2 ML SOLUTION FOR NEBULIZATION[NP]	*	QL(120 cada 30 días)	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES		
budesonide 0.25 mg/2 ml suspension for nebulization	1	QL(240 cada 30 días)	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES		
budesonide 0.5 mg/2 ml suspension for nebulization	1	QL(240 cada 30 días)	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES		
budesonide 1 mg/2 ml suspension for nebulization	1	QL(120 cada 30 días)	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES		
budesonide-formoterol hfa 160 mcg-4.5 mcg/actuation aerosol inhaler[NP]	*	QL(30.9 cada 30 días)	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES		
budesonide-formoterol hfa 80 mcg-4.5 mcg/actuation aerosol inhaler[NP]	*	QL(30.9 cada 30 días)	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES		

• NP – no preferido • OTC – sin receta • PA – autorización previa • QL – Límite de cantidad
• ST – Terapia por fases

Nombre del medicamento	Grupo del nivel del medica-mento	Requisitos de manejo de utilización	Nombre de la categoría terapéutica	Edad mínima	Edad máxima
carbinoxamine 4 mg tablet	1		TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES		
CAYSTON 75 MG/ML SOLUTION FOR NEBULIZATION[NP]	*	QL(84 cada 28 días)	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES		
cetirizine 1 mg/ml oral solution[OTC]	1	QL(300 cada 30 días)	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES		
cetirizine 1 mg/ml oral solution	1	QL(300 cada 30 días)	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES		
cetirizine 10 mg chewable tablet[OTC]	1		TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES		
cetirizine 10 mg tablet[OTC]	1		TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES		
cetirizine 5 mg chewable tablet[OTC]	1		TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES		
cetirizine 5 mg tablet[OTC]	1		TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES		
cetirizine 5 mg/5 ml oral solution[OTC]	1	QL(300 cada 30 días)	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES		
child dimetapp cough-allergy 12.5 mg chewable tablet[OTC]	1		TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES		
children's all day allergy (cetirizine) 1 mg/ml oral solution[OTC]	1	QL(300 cada 30 días)	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES		
children's aller-tec 1 mg/ml oral solution[OTC]	1	QL(300 cada 30 días)	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES		
children's allergy (cetirizine) 1 mg/ml oral solution[OTC]	1	QL(300 cada 30 días)	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES		
children's allergy (diphenhydramine) 12.5 mg chewable tablet[OTC]	1		TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES		
children's allergy (diphenhydramine) 12.5 mg/5 ml oral liquid[OTC]	1		TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES		
children's allergy relief (cetirizine) 1 mg/ml oral solution[OTC]	1	QL(300 cada 30 días)	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES		
children's allergy relief (diphenhyd) 12.5 mg disintegrating tablet[OTC]	1		TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES		

• NP – no preferido • OTC – sin receta • PA – autorización previa • QL – Límite de cantidad
• ST – Terapia por fases

Nombre del medicamento	Grupo del nivel del medica-mento	Requisitos de manejo de utilización	Nombre de la categoría terapéutica	Edad mínima	Edad máxima
children's allergy relief (loratadine) 5 mg chewable tablet[OTC]	1		TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES		
children's allergy relief (loratadine) 5 mg/5 ml oral solution[OTC]	1		TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES		
children's benadryl allergy 12.5 mg chewable tablet[OTC]	1		TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES		
children's cetirizine 1 mg/ml oral solution[OTC]	1	QL(300 cada 30 dÍas)	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES		
children's cetirizine 10 mg chewable tablet[OTC]	1		TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES		
children's cetirizine 5 mg chewable tablet[OTC]	1		TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES		
CHILDREN'S CLARITIN 5 MG CHEWABLE TABLET[OTC]	1		TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES		
CHILDREN'S CLARITIN 5 MG/5 ML ORAL SOLUTION[OTC]	1		TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES		
children's loratadine 5 mg chewable tablet[OTC]	1		TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES		
children's wal-dryl allergy 12.5 mg disintegrating tablet[OTC]	1		TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES		
children's wal-dryl allergy 12.5 mg/5 ml oral liquid[OTC]	1		TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES		
children's wal-dryl allergy 12.5 mg/5 ml prefilled spoon[OTC]	1		TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES		
children's wal-zyr 1 mg/ml oral solution[OTC]	1	QL(300 cada 30 dÍas)	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES		
children's wal-zyr 10 mg chewable tablet[OTC]	1		TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES		
children's wal-zyr 10 mg disintegrating tablet[OTC]	1		TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES		
CHILDREN'S ZYRTEC ALLERGY 1 MG/ML ORAL SOLUTION[OTC]	1	QL(300 cada 30 dÍas)	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES		
CHILDREN'S ZYRTEC ALLERGY 10 MG CHEWABLE TABLET[OTC]	1		TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES		

• NP – no preferido • OTC – sin receta • PA – autorización previa • QL – Límite de cantidad
• ST – Terapia por fases

Nombre del medicamento	Grupo del nivel del medica-mento	Requisitos de manejo de utilización	Nombre de la categoría terapéutica	Edad mínima	Edad máxima
CHILDREN'S ZYRTEC ALLERGY 10 MG DISINTEGRATING TABLET[OTC]	1		TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES		
CHILDREN'S ZYRTEC ALLERGY 2.5 MG CHEWABLE TABLET[OTC]	1		TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES		
CINQAIR 10 MG/ML INTRAVENOUS SOLUTION	1	PA	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES		
CLARITIN 10 MG CHEWABLE TABLET[OTC]	1		TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES		
CLARITIN 10 MG TABLET[OTC]	1		TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES		
CLARITIN 5 MG/5 ML ORAL SOLUTION[OTC]	1		TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES		
CLARITIN LIQUI-GEL 10 MG CAPSULE[OTC]	1		TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES		
CLARITIN REDITABS 10 MG DISINTEGRATING TABLET[OTC]	1		TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES		
CLARITIN REDITABS 5 MG DISINTEGRATING TABLET[OTC]	1		TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES		
clemastine 2.68 mg tablet	1		TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES		
COMBIVENT RESPIMAT 20 MCG-100 MCG/ACTUATION SOLUTION FOR INHALATION[NP]	*	QL(4 cada 20 días)	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES		
complete allergy 25 mg tablet[OTC]	1		TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES		
complete allergy medicine 25 mg capsule[OTC]	1		TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES		
complete allergy medicine 25 mg tablet[OTC]	1		TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES		
cromolyn 100 mg/5 ml oral concentrate	1		TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES		
cromolyn 20 mg/2 ml solution for nebulization	1		TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES		
cyproheptadine 2 mg/5 ml oral syrup	1		TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES		

• NP – no preferido • OTC – sin receta • PA – autorización previa • QL – Límite de cantidad
• ST – Terapia por fases

Nombre del medicamento	Grupo del nivel del medica-mento	Requisitos de manejo de utilización	Nombre de la categoría terapéutica	Edad mínima	Edad máxima
cyproheptadine 4 mg tablet	1		TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES		
DALIRESP 250 MCG TABLET[NP]	*	QL(28 cada 365 dÍas)	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES		
DALIRESP 500 MCG TABLET[NP]	*	QL(30 cada 30 dÍas)	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES		
dimetane (diphenhydramine hcl) 25 mg capsule[OTC]	1		TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES		
dimetane (diphenhydramine hcl) 50 mg capsule[OTC]	1		TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES		
diphedryl 12.5 mg/5 ml oral liquid[OTC]	1		TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES		
diphedryl allergy 12.5 mg/5 ml oral liquid[OTC]	1		TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES		
diphen 25 mg tablet[OTC]	1		TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES		
diphenhydramine 12.5 mg chewable tablet[OTC]	1		TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES		
diphenhydramine 12.5 mg/5 ml oral elixir	1		TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES		
diphenhydramine 12.5 mg/5 ml oral elixir[OTC]	1		TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES		
diphenhydramine 12.5 mg/5 ml oral liquid[OTC]	1		TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES		
diphenhydramine 25 mg capsule[OTC]	1		TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES		
diphenhydramine 25 mg tablet[OTC]	1		TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES		
diphenhydramine 50 mg capsule[OTC]	1		TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES		
DUAKLIR PRESSAIR 400 MCG-12 MCG/ACTUATION BREATH ACTIVATED[NP]	*	QL(1 cada 30 dÍas)	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES		
DULERA 100 MCG-5 MCG/ACTUATION HFA AEROSOL INHALER	1	QL(39 cada 30 dÍas)	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES		

• NP – no preferido • OTC – sin receta • PA – autorización previa • QL – Límite de cantidad
• ST – Terapia por fases

Nombre del medicamento	Grupo del nivel del medica-mento	Requisitos de manejo de utilización	Nombre de la categoría terapéutica	Edad mínima	Edad máxima
DULERA 200 MCG-5 MCG/ACTUATION HFA AEROSOL INHALER	1	QL(39 cada 30 días)	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES		
DULERA 50 MCG-5 MCG/ACTUATION HFA AEROSOL INHALER	1	QL(39 cada 30 días)	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES		
DYMISTA 137 MCG-50 MCG/SPRAY NASAL SPRAY[NP]	*	QL(23 cada 28 días)	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES		
epinephrine (jr) 0.15 mg/0.3 ml injection,auto-injector	1	QL(4 cada 30 días)	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES		
epinephrine 0.15 mg/0.15 ml auto-injector (for 33 to 66 lb patients)	1	QL(4 cada 30 días)	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES		
epinephrine 0.3 mg/0.3 ml injection, auto-injector	1	QL(4 cada 30 días)	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES		
EPIPEN 0.3 MG/0.3 ML INJECTION, AUTO-INJECTOR[NP]	*	QL(4 cada 30 días)	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES		
EPIPEN 2-PAK 0.3 MG/0.3 ML INJECTION, AUTO-INJECTOR[NP]	*	QL(4 cada 30 días)	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES		
EPIPEN JR 2-PAK 0.15 MG/0.3 ML INJECTION,AUTO-INJECTOR[NP]	*	QL(4 cada 30 días)	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES		
epoprostenol 0.5 mg intravenous solution	1	PA	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES		
epoprostenol 1.5 mg intravenous solution	1	PA	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES		
ESBRIET 267 MG TABLET[NP]	*	PA,QL(270 cada 30 días)	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES		
ESBRIET 801 MG TABLET[NP]	*	PA,QL(90 cada 30 días)	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES		
EXDENSUR 100 MG/ML SUBCUTANEOUS SYRINGE[NP]	*	QL(1 cada 180 días)	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES		
FASENRA 10 MG/0.5 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE	1	PA,QL(1 cada 56 días)	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES		
FASENRA 30 MG/ML SUBCUTANEOUS SYRINGE	1	PA,QL(2 cada 56 días)	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES		
FASENRA PEN 30 MG/ML SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR	1	PA,QL(2 cada 56 días)	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES		

• NP – no preferido • OTC – sin receta • PA – autorización previa • QL – Límite de cantidad
• ST – Terapia por fases

Nombre del medicamento	Grupo del nivel del medica-mento	Requisitos de manejo de utilización	Nombre de la categoría terapéutica	Edad mínima	Edad máxima
flunisolide 25 mcg (0.025 %) nasal spray	1	QL(50 cada 30 días)	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES		
fluticasone 100 mcg-salmeterol 50 mcg/dose blistr powdr for inhalation[NP]	*	QL(60 cada 30 días)	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES		
fluticasone 113 mcg-salmeterol 14 mcg/actuation breath activated powdr[NP]	*	QL(1 cada 30 días)	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES		
fluticasone 232 mcg-salmeterol 14 mcg/actuation breath activated powdr[NP]	*	QL(1 cada 30 días)	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES		
fluticasone 250 mcg-salmeterol 50 mcg/dose blistr powdr for inhalation[NP]	*	QL(60 cada 30 días)	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES		
fluticasone 500 mcg-salmeterol 50 mcg/dose blistr powdr for inhalation[NP]	*	QL(60 cada 30 días)	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES		
fluticasone 55 mcg-salmeterol 14 mcg/actuation breath activated powder[NP]	*	QL(1 cada 30 días)	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES		
fluticasone furoate 100 mcg-vilanterol 25 mcg/dose inhalation powder[NP]	*	QL(60 cada 30 días)	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES		
fluticasone furoate 100 mcg/actuation blister powder for inhalation	1	QL(30 cada 30 días)	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES		
fluticasone furoate 200 mcg-vilanterol 25 mcg/dose inhalation powder[NP]	*	QL(60 cada 30 días)	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES		
fluticasone furoate 200 mcg/actuation blister powder for inhalation	1	QL(30 cada 30 días)	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES		
fluticasone furoate 50 mcg/actuation blister powder for inhalation	1	QL(30 cada 30 días)	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES		
fluticasone propionate 100 mcg/actuation blister powder for inhalation	1	QL(60 cada 30 días)	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES		
fluticasone propionate 110 mcg/actuation hfa aerosol inhaler	1	QL(24 cada 30 días)	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES		
fluticasone propionate 115 mcg-salmeterol 21 mcg/actuation hfa inhaler[NP]	*	QL(12 cada 30 días)	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES		
fluticasone propionate 220 mcg/actuation hfa aerosol inhaler	1	QL(24 cada 30 días)	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES		
fluticasone propionate 230 mcg-salmeterol 21 mcg/actuation hfa inhaler[NP]	*	QL(12 cada 30 días)	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES		

• NP – no preferido • OTC – sin receta • PA – autorización previa • QL – Límite de cantidad
• ST – Terapia por fases

Nombre del medicamento	Grupo del nivel del medica-mento	Requisitos de manejo de utilización	Nombre de la categoría terapéutica	Edad mínima	Edad máxima
fluticasone propionate 250 mcg/actuation blister powder for inhalation	1	QL(60 cada 30 dÍas)	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES		
fluticasone propionate 44 mcg/actuation hfa aerosol inhaler	1	QL(10.6 cada 30 dÍas)	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES		
fluticasone propionate 45 mcg-salmeterol 21 mcg/actuation hfa inhaler[NP]	*	QL(12 cada 30 dÍas)	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES		
fluticasone propionate 50 mcg/actuation blister powder for inhalation	1	QL(60 cada 30 dÍas)	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES		
fluticasone propionate 50 mcg/actuation nasal spray,suspension	1	QL(16 cada 30 dÍas)	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES		
fluticasone propionate 50 mcg/actuation nasal spray,suspension[OTC]	1		TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES		
formoterol fumarate 20 mcg/2 ml solution for nebulization[NP]	*	QL(120 cada 30 dÍas)	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES		
GASTROCROM 100 MG/5 ML ORAL CONCENTRATE[NP]	*		TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES		
geri-dryl 12.5 mg/5 ml oral liquid[OTC]	1		TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES		
geri-dryl 25 mg tablet[OTC]	1		TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES		
hydroxyzine pamoate 100 mg capsule	1		TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES		
hydroxyzine pamoate 25 mg capsule	1		TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES		
hydroxyzine pamoate 50 mg capsule	1		TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES		
INCRUSE ELLIPTA 62.5 MCG/ACTUATION POWDER FOR INHALATION	1	QL(30 cada 30 dÍas)	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES		
ipratropium 0.5 mg-albuterol 3 mg (2.5 mg base)/3 ml nebulization soln	1		TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES		
ipratropium bromide 0.02 % solution for inhalation	1		TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES		
ipratropium bromide 17 mcg/actuation hfa aerosol inhaler	1	QL(25.8 cada 30 dÍas)	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES		

• NP – no preferido • OTC – sin receta • PA – autorización previa • QL – Límite de cantidad
• ST – Terapia por fases

Nombre del medicamento	Grupo del nivel del medica-mento	Requisitos de manejo de utilización	Nombre de la categoría terapéutica	Edad mínima	Edad máxima
ipratropium bromide 21 mcg (0.03 %) nasal spray[NP]	*	QL(30 cada 30 días)	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES		
ipratropium bromide 42 mcg (0.06 %) nasal spray[NP]	*	QL(45 cada 30 días)	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES		
JASCAYD 18 MG TABLET[NP]	*	QL(60 cada 30 días)	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES		
JASCAYD 9 MG TABLET[NP]	*	QL(60 cada 30 días)	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES		
KALYDECO 13.4 MG ORAL GRANULES IN PACKET[NP]	*	PA,QL(56 cada 28 días)	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES		
KALYDECO 150 MG TABLET[NP]	*	PA,QL(60 cada 30 días)	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES		
KALYDECO 25 MG ORAL GRANULES IN PACKET[NP]	*	PA,QL(56 cada 28 días)	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES		
KALYDECO 5.8 MG ORAL GRANULES IN PACKET[NP]	*	PA,QL(56 cada 28 días)	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES		
KALYDECO 50 MG ORAL GRANULES IN PACKET[NP]	*	PA,QL(56 cada 28 días)	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES		
KALYDECO 75 MG ORAL GRANULES IN PACKET[NP]	*	PA,QL(56 cada 28 días)	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES		
LETAIRIS 10 MG TABLET	1	PA,QL(30 cada 30 días)	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES		
LETAIRIS 5 MG TABLET	1	PA,QL(30 cada 30 días)	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES		
levalbuterol 0.31 mg/3 ml solution for nebulization[NP]	*		TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES		
levalbuterol 0.63 mg/3 ml solution for nebulization[NP]	*		TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES		
levalbuterol 1.25 mg/3 ml solution for nebulization[NP]	*		TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES		
levalbuterol concentrate 1.25 mg/0.5 ml solution for nebulization[NP]	*		TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES		
levalbuterol hfa 45 mcg/actuation aerosol inhaler[NP]	*	QL(30 cada 30 días)	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES		

• NP – no preferido • OTC – sin receta • PA – autorización previa • QL – Límite de cantidad
• ST – Terapia por fases

Nombre del medicamento	Grupo del nivel del medica-mento	Requisitos de manejo de utilización	Nombre de la categoría terapéutica	Edad mínima	Edad máxima
levocetirizine 5 mg tablet	1	QL(30 cada 30 dÍas)	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES		
loradamed 10 mg tablet[OTC]	1		TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES		
loratadine 10 mg chewable tablet[OTC]	1		TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES		
loratadine 10 mg disintegrating tablet[OTC]	1		TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES		
loratadine 10 mg tablet[OTC]	1		TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES		
loratadine 5 mg/5 ml oral solution[OTC]	1		TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES		
m-dryl 12.5 mg/5 ml oral liquid[OTC]	1		TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES		
macitentan 10 mg tablet[NP]	*	QL(30 cada 30 dÍas)	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES		
maxallergy kids 12.5 mg/5 ml oral liquid[OTC]	1		TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES		
mometasone 50 mcg/actuation nasal spray[NP]	*	QL(34 cada 30 dÍas)	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES		
mometasone 50 mcg/actuation nasal spray[NP]	*		TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES		
montelukast 10 mg tablet	1	QL(30 cada 30 dÍas)	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES		
montelukast 4 mg chewable tablet	1	QL(30 cada 30 dÍas)	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES		
montelukast 4 mg oral granules in packet	1	QL(30 cada 30 dÍas)	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES		
montelukast 5 mg chewable tablet	1	QL(30 cada 30 dÍas)	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES		
naramin 12.5 mg/5 ml oral liquid in packet[OTC]	1		TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES		
NEFFY 1 MG/SPRAY (0.1 ML) NASAL SPRAY	1	QL(4 cada 30 dÍas)	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES		

• NP – no preferido • OTC – sin receta • PA – autorización previa • QL – Límite de cantidad
• ST – Terapia por fases

Nombre del medicamento	Grupo del nivel del medica-mento	Requisitos de manejo de utilización	Nombre de la categoría terapéutica	Edad mínima	Edad máxima
NEFFY 2 MG/SPRAY (0.1 ML) NASAL SPRAY	1	QL(4 cada 30 días)	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES		
nighttime allergy relief 25 mg tablet[OTC]	1		TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES		
nintedanib 100 mg capsule[NP]	*	QL(60 cada 30 días)	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES		
nintedanib 150 mg capsule[NP]	*	QL(60 cada 30 días)	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES		
NUCALA 100 MG SUBCUTANEOUS SOLUTION	1	PA,QL(3 cada 28 días)	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES		
NUCALA 100 MG/ML SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR	1	PA,QL(3 cada 28 días)	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES		
NUCALA 100 MG/ML SUBCUTANEOUS SYRINGE	1	PA,QL(3 cada 28 días)	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES		
NUCALA 40 MG/0.4 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE	1	PA,QL(0.4 cada 28 días)	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES		
OFEV 100 MG CAPSULE[NP]	*	QL(60 cada 30 días)	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES		
OFEV 150 MG CAPSULE[NP]	*	QL(60 cada 30 días)	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES		
OHTUVAYRE 3 MG/2.5 ML SUSPENSION FOR NEBULIZATION[NP]	*	PA,QL(150 cada 30 días)	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES		
olopatadine 0.6 % nasal spray	1	QL(30.5 cada 30 días)	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES		
OMNARIS 50 MCG NASAL SPRAY[NP]	*	QL(12.5 cada 30 días)	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES		
OPSUMIT 10 MG TABLET[NP]	*	QL(30 cada 30 días)	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES		
OPSYNVI 10 MG-20 MG TABLET[NP]	*	QL(30 cada 30 días)	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES		
OPSYNVI 10 MG-40 MG TABLET[NP]	*	QL(30 cada 30 días)	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES		
ORENITRAM 0.125 MG TABLET,EXTENDED RELEASE[NP]	*	QL(1000 cada 30 días)	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES		

• NP – no preferido • OTC – sin receta • PA – autorización previa • QL – Límite de cantidad
• ST – Terapia por fases

Nombre del medicamento	Grupo del nivel del medica-mento	Requisitos de manejo de utilización	Nombre de la categoría terapéutica	Edad mínima	Edad máxima
ORENITRAM 0.25 MG TABLET,EXTENDED RELEASE[NP]	*	QL(500 cada 30 días)	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES		
ORENITRAM 1 MG TABLET,EXTENDED RELEASE[NP]	*	QL(720 cada 30 días)	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES		
ORENITRAM 2.5 MG TABLET,EXTENDED RELEASE[NP]	*	QL(300 cada 30 días)	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES		
ORENITRAM 5 MG TABLET, EXTENDED RELEASE[NP]	*	QL(150 cada 30 días)	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES		
ORENITRAM MONTH 1 TITRATION 0.125 MG (126)-0.25 MG (42) TABLET,ER DSPK[NP]	*	QL(168 cada 28 días)	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES		
ORENITRAM MONTH 2 TITRATION 0.125 MG (126)-0.25 MG(210) TABLET,ER DSPK[NP]	*	QL(336 cada 28 días)	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES		
ORENITRAM MONTH 3 TITRATION 0.125MG(126)-0.25MG(42)-1MG TABLET,ER DSPK[NP]	*	QL(252 cada 28 días)	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES		
ORKAMBI 100 MG-125 MG ORAL GRANULES IN PACKET[NP]	*	PA,QL(56 cada 28 días)	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES		
ORKAMBI 100 MG-125 MG TABLET[NP]	*	PA,QL(112 cada 28 días)	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES		
ORKAMBI 150 MG-188 MG ORAL GRANULES IN PACKET[NP]	*	PA,QL(56 cada 28 días)	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES		
ORKAMBI 200 MG-125 MG TABLET[NP]	*	PA,QL(112 cada 28 días)	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES		
ORKAMBI 75 MG-94 MG ORAL GRANULES IN PACKET[NP]	*	PA,QL(56 cada 28 días)	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES		
PERFOROMIST 20 MCG/2 ML SOLUTION FOR NEBULIZATION[NP]	*	QL(120 cada 30 días)	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES		
pharbedryl 25 mg capsule[OTC]	1		TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES		
pharbedryl 50 mg capsule[OTC]	1		TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES		
pirfenidone 267 mg capsule[NP]	*	PA,QL(270 cada 30 días)	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES		
pirfenidone 267 mg tablet[NP]	*	PA,QL(270 cada 30 días)	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES		

• NP – no preferido • OTC – sin receta • PA – autorización previa • QL – Límite de cantidad
• ST – Terapia por fases

Nombre del medicamento	Grupo del nivel del medica-mento	Requisitos de manejo de utilización	Nombre de la categoría terapéutica	Edad mínima	Edad máxima
pirfenidone 534 mg tablet[NP]	*	QL(90 cada 30 días)	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES		
pirfenidone 801 mg tablet[NP]	*	PA,QL(90 cada 30 días)	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES		
PROAIR RESPICLICK 90 MCG/ACTUATION BREATH ACTIVATED[NP]	*	QL(2 cada 30 días)	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES		
PULMICORT 0.25 MG/2 ML SUSPENSION FOR NEBULIZATION[NP]	*	QL(240 cada 30 días)	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES		
PULMICORT 0.5 MG/2 ML SUSPENSION FOR NEBULIZATION[NP]	*	QL(240 cada 30 días)	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES		
PULMICORT 1 MG/2 ML SUSPENSION FOR NEBULIZATION[NP]	*	QL(120 cada 30 días)	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES		
PULMICORT FLEXHALER 180 MCG/ACTUATION BREATH ACTIVATED	1	QL(2 cada 30 días)	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES		
PULMICORT FLEXHALER 90 MCG/ACTUATION BREATH ACTIVATED	1	QL(2 cada 30 días)	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES		
PULMOZYME 1 MG/ML SOLUTION FOR INHALATION	1	QL(150 cada 30 días)	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES		
QNASL 40 MCG/ACTUATION NASAL AEROSOL SPRAY[NP]	*	QL(6.8 cada 30 días)	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES		
QNASL 80 MCG/ACTUATION NASAL AEROSOL SPRAY[NP]	*	QL(10.6 cada 30 días)	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES		
QVAR REDIHALER 40 MCG/ACTUATION HFA BREATH ACTIVATED AEROSOL[NP]	*	QL(10.6 cada 30 días)	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES		
QVAR REDIHALER 80 MCG/ACTUATION HFA BREATH ACTIVATED AEROSOL[NP]	*	QL(21.2 cada 30 días)	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES		
REMODULIN 0.4 MG/ML INJECTION SOLUTION[NP]	*		TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES		
REMODULIN 1 MG/ML INJECTION SOLUTION[NP]	*		TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES		
REMODULIN 10 MG/ML INJECTION SOLUTION[NP]	*		TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES		
REMODULIN 2.5 MG/ML INJECTION SOLUTION[NP]	*		TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES		

• NP – no preferido • OTC – sin receta • PA – autorización previa • QL – Límite de cantidad
• ST – Terapia por fases

Nombre del medicamento	Grupo del nivel del medica-mento	Requisitos de manejo de utilización	Nombre de la categoría terapéutica	Edad mínima	Edad máxima
REMODULIN 5 MG/ML INJECTION SOLUTION[NP]	*		TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES		
REVATIO 10 MG/12.5 ML INTRAVENOUS SOLUTION[NP]	*	QL(1125 cada 30 días)	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES		
REVATIO 20 MG TABLET[NP]	*	QL(360 cada 30 días)	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES		
roflumilast 250 mcg tablet[NP]	*	QL(28 cada 365 días)	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES		
roflumilast 500 mcg tablet[NP]	*	QL(30 cada 30 días)	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES		
RYALTRIS 665 MCG-25 MCG/SPRAY NASAL SPRAY[NP]	*	QL(29 cada 30 días)	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES		
SEREVENT DISKUS 50 MCG/DOSE POWDER FOR INHALATION	1	QL(60 cada 30 días)	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES		
sildenafil (pulmonary hypertension) 10 mg/12.5 ml intravenous solution[NP]	*	QL(1125 cada 30 días)	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES		
sildenafil (pulmonary hypertension) 10 mg/ml oral powdr for suspension[NP]	*	QL(720 cada 30 días)	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES		
sildenafil (pulmonary hypertension) 20 mg tablet	1	PA,QL(360 cada 30 días)	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES		
SINGULAIR 10 MG TABLET[NP]	*	QL(30 cada 30 días)	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES		
SINGULAIR 5 MG CHEWABLE TABLET[NP]	*	QL(30 cada 30 días)	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES		
SINUVA 1,350 MCG SINUS IMPLANT[NP]	*		TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES		
sodium chloride 10 % for nebulization	1		TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES		
sodium chloride 3 % for nebulization	1		TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES		
sodium chloride 7 % for nebulization	1		TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES		
SPIRIVA RESPIMAT 1.25 MCG/ACTUATION SOLUTION FOR INHALATION	1	QL(4 cada 28 días)	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES		

• NP – no preferido • OTC – sin receta • PA – autorización previa • QL – Límite de cantidad
• ST – Terapia por fases

Nombre del medicamento	Grupo del nivel del medica-mento	Requisitos de manejo de utilización	Nombre de la categoría terapéutica	Edad mínima	Edad máxima
SPIRIVA RESPIMAT 2.5 MCG/ACTUATION SOLUTION FOR INHALATION	1	QL(4 cada 28 días)	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES		
SPIRIVA WITH HANDIHALER 18 MCG AND INHALATION CAPSULES	1	QL(30 cada 30 días)	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES		
STIOLTO RESPIMAT 2.5 MCG-2.5 MCG/ACTUATION SOLUTION FOR INHALATION[NP]	*	QL(4 cada 28 días)	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES		
STRIVERDI RESPIMAT 2.5 MCG/ACTUATION SOLUTION FOR INHALATION[NP]	*	QL(4 cada 30 días)	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES		
SYMBICORT 160 MCG-4.5 MCG/ACTUATION HFA AEROSOL INHALER	1	QL(30.9 cada 30 días)	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES		
SYMBICORT 80 MCG-4.5 MCG/ACTUATION HFA AEROSOL INHALER	1	QL(30.9 cada 30 días)	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES		
SYMDEKO 100 MG-150 MG (DAY)/150 MG (NIGHT) TABLETS[NP]	*	PA,QL(56 cada 28 días)	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES		
SYMDEKO 50 MG-75 MG (DAY)/75 MG (NIGHT) TABLETS[NP]	*	PA,QL(56 cada 28 días)	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES		
tadalafil 20 mg tablet (pulmonary hypertension)	1	PA,QL(60 cada 30 días)	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES		
TADLIQ 20 MG/5 ML (4 MG/ML) ORAL SUSPENSION[NP]	*	QL(300 cada 30 días)	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES		
terbutaline 2.5 mg tablet	1		TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES		
terbutaline 5 mg tablet	1		TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES		
THEO-24 100 MG CAPSULE,EXTENDED RELEASE	1		TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES		
THEO-24 200 MG CAPSULE,EXTENDED RELEASE	1		TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES		
THEO-24 300 MG CAPSULE,EXTENDED RELEASE	1		TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES		
THEO-24 400 MG CAPSULE,EXTENDED RELEASE	1		TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES		
theophylline 80 mg/15 ml oral elixir	1		TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES		

• NP – no preferido • OTC – sin receta • PA – autorización previa • QL – Límite de cantidad
• ST – Terapia por fases

Nombre del medicamento	Grupo del nivel del medica-mento	Requisitos de manejo de utilización	Nombre de la categoría terapéutica	Edad mínima	Edad máxima
theophylline 80 mg/15 ml oral solution	1		TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES		
theophylline er 100 mg tablet,extended release,12 hr	1		TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES		
theophylline er 200 mg tablet,extended release,12 hr	1		TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES		
theophylline er 300 mg tablet,extended release,12 hr	1		TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES		
theophylline er 400 mg tablet,extended release 24 hr	1		TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES		
theophylline er 450 mg tablet,extended release,12 hr	1		TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES		
theophylline er 600 mg tablet,extended release 24 hr	1		TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES		
tiotropium bromide 18 mcg capsule with inhalation device	1	QL(30 cada 30 dÍas)	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES		
TOBI PODHALER 28 MG CAPSULE WITH INHALATION DEVICE[NP]	*	QL(224 cada 28 dÍas)	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES		
TRACLEER 125 MG TABLET	1	PA,QL(60 cada 30 dÍas)	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES		
TRACLEER 32 MG TABLET FOR ORAL SUSPENSION	1	PA,QL(120 cada 30 dÍas)	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES		
TRACLEER 62.5 MG TABLET	1	PA,QL(60 cada 30 dÍas)	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES		
TRELEGY ELLIPTA 100 MCG-62.5 MCG-25 MCG POWDER FOR INHALATION[NP]	*	QL(60 cada 30 dÍas)	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES		
TRELEGY ELLIPTA 200 MCG-62.5 MCG-25 MCG POWDER FOR INHALATION[NP]	*	QL(60 cada 30 dÍas)	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES		
treprostinil sodium 1 mg/ml injection solution[NP]	*		TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES		
treprostinil sodium 10 mg/ml injection solution[NP]	*		TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES		
treprostinil sodium 2.5 mg/ml injection solution[NP]	*		TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES		

• NP – no preferido • OTC – sin receta • PA – autorización previa • QL – Límite de cantidad
• ST – Terapia por fases

Nombre del medicamento	Grupo del nivel del medica-mento	Requisitos de manejo de utilización	Nombre de la categoría terapéutica	Edad mínima	Edad máxima
treprostinil sodium 5 mg/ml injection solution[NP]	*		TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES		
TRIKAFTA 100-50-75 MG (D)/150 MG (N) TABLETS[NP]	*	PA,QL(84 cada 28 días)	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES		
TRIKAFTA 100-50-75 MG (D)/75 MG (N) GRANULE PACK[NP]	*	PA,QL(56 cada 28 días)	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES		
TRIKAFTA 50-25-37.5 MG (D)/75 MG (N) TABLETS[NP]	*	PA,QL(84 cada 28 días)	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES		
TRIKAFTA 80-40-60 MG (D)/59.5 MG (N) GRANULE PACK[NP]	*	PA,QL(56 cada 28 días)	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES		
TUDORZA PRESSAIR 400 MCG/ACTUATION BREATH ACTIVATED[NP]	*	QL(1 cada 30 días)	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES		
TYVASO 1.74 MG/2.9 ML (0.6 MG/ML) SOLUTION FOR NEBULIZATION[NP]	*	QL(89.9 cada 28 días)	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES		
TYVASO DPI 16 (112)-32 (112)-48 (28) MCG CARTRIDGE WITH INHALER[NP]	*	QL(252 cada 28 días)	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES		
TYVASO DPI 16 MCG CARTRIDGE WITH INHALER[NP]	*	QL(112 cada 28 días)	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES		
TYVASO DPI 32 MCG CARTRIDGE WITH INHALER[NP]	*	QL(112 cada 28 días)	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES		
TYVASO DPI 32 MCG-64 MCG CARTRIDGE WITH INHALER[NP]	*	QL(224 cada 28 días)	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES		
TYVASO DPI 48 MCG CARTRIDGE WITH INHALER[NP]	*	QL(112 cada 28 días)	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES		
TYVASO DPI 48 MCG-64 MCG CARTRIDGE WITH INHALER[NP]	*	QL(224 cada 28 días)	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES		
TYVASO DPI 48 MCG-80 MCG CARTRIDGE WITH INHALER[NP]	*	QL(224 cada 28 días)	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES		
TYVASO DPI 64 MCG CARTRIDGE WITH INHALER[NP]	*	QL(112 cada 28 días)	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES		
TYVASO DPI 80 MCG CARTRIDGE WITH INHALER[NP]	*	QL(112 cada 28 días)	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES		
TYVASO INSTITUTIONAL STARTER KIT 1.74 MG/2.9 ML SOLN FOR NEBULIZATION[NP]	*	QL(89.9 cada 28 días)	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES		

• NP – no preferido • OTC – sin receta • PA – autorización previa • QL – Límite de cantidad
• ST – Terapia por fases

Nombre del medicamento	Grupo del nivel del medica-mento	Requisitos de manejo de utilización	Nombre de la categoría terapéutica	Edad mínima	Edad máxima
TYVASO REFILL KIT 1.74 MG/2.9 ML (0.6 MG/ML) SOLUTION FOR NEBULIZATION[NP]	*	QL(89.9 cada 28 días)	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES		
TYVASO STARTER KIT 1.74 MG/2.9 ML SOLUTION FOR NEBULIZATION[NP]	*	QL(89.9 cada 28 días)	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES		
umeclidinium 62.5 mcg-vilanterol 25 mcg/actuation powdr for inhalation	1	QL(60 cada 30 días)	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES		
umeclidinium 62.5 mcg/actuation blister powder for inhalation[NP]	*	QL(30 cada 30 días)	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES		
UPTRAVI 1,000 MCG TABLET[NP]	*	QL(60 cada 30 días)	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES		
UPTRAVI 1,200 MCG TABLET[NP]	*	QL(60 cada 30 días)	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES		
UPTRAVI 1,400 MCG TABLET[NP]	*	QL(60 cada 30 días)	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES		
UPTRAVI 1,600 MCG TABLET[NP]	*	QL(60 cada 30 días)	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES		
UPTRAVI 1,800 MCG INTRAVENOUS SOLUTION[NP]	*		TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES		
UPTRAVI 100 MCG TABLET[NP]	*	QL(60 cada 30 días)	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES		
UPTRAVI 150 MCG TABLET[NP]	*	QL(60 cada 30 días)	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES		
UPTRAVI 200 MCG (140)-800 MCG (60) TABLETS IN A DOSE PACK[NP]	*	QL(200 cada 30 días)	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES		
UPTRAVI 200 MCG TABLET[NP]	*	QL(60 cada 30 días)	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES		
UPTRAVI 400 MCG TABLET[NP]	*	QL(60 cada 30 días)	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES		
UPTRAVI 600 MCG TABLET[NP]	*	QL(60 cada 30 días)	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES		
UPTRAVI 800 MCG TABLET[NP]	*	QL(60 cada 30 días)	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES		
VELETRI 0.5 MG INTRAVENOUS SOLUTION[NP]	*		TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES		

• NP – no preferido • OTC – sin receta • PA – autorización previa • QL – Límite de cantidad
• ST – Terapia por fases

Nombre del medicamento	Grupo del nivel del medica-mento	Requisitos de manejo de utilización	Nombre de la categoría terapéutica	Edad mínima	Edad máxima
VELETRI 1.5 MG INTRAVENOUS SOLUTION[NP]	*		TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES		
VENTOLIN HFA 90 MCG/ACTUATION AEROSOL INHALER[NP]	*	QL(36 cada 30 dÍas)	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES		
wal-dryl allergy 12.5 mg/5 ml oral liquid[OTC]	1		TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES		
wal-dryl allergy 25 mg capsule[OTC]	1		TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES		
wal-dryl allergy 25 mg tablet[OTC]	1		TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES		
wal-itin 10 mg tablet[OTC]	1		TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES		
wal-itin 5 mg/5 ml oral solution[OTC]	1		TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES		
wal-zyr (cetirizine) 1 mg/ml oral solution[OTC]	1	QL(300 cada 30 dÍas)	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES		
wal-zyr (cetirizine) 10 mg capsule[OTC]	1		TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES		
wal-zyr (cetirizine) 10 mg tablet[OTC]	1		TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES		
wixela inhub 100 mcg-50 mcg/dose powder for inhalation[NP]	*	QL(60 cada 30 dÍas)	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES		
wixela inhub 250 mcg-50 mcg/dose powder for inhalation[NP]	*	QL(60 cada 30 dÍas)	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES		
wixela inhub 500 mcg-50 mcg/dose powder for inhalation[NP]	*	QL(60 cada 30 dÍas)	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES		
XHANCE 93 MCG/ACTUATION BREATH ACTIVATED AEROSOL[NP]	*	QL(32 cada 30 dÍas)	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES		
XOPENEX HFA 45 MCG/ACTUATION AEROSOL INHALER[NP]	*	QL(30 cada 30 dÍas)	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES		
YUPELRI 175 MCG/3 ML SOLUTION FOR NEBULIZATION[NP]	*	QL(90 cada 30 dÍas)	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES		
YUTREPIA 106 MCG CAPSULE WITH INHALATION DEVICE[NP]	*		TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES		

• NP – no preferido • OTC – sin receta • PA – autorización previa • QL – Límite de cantidad
• ST – Terapia por fases

Nombre del medicamento	Grupo del nivel del medica-mento	Requisitos de manejo de utilización	Nombre de la categoría terapéutica	Edad mínima	Edad máxima
YUTREPIA 26.5 MCG CAPSULE WITH INHALATION DEVICE[NP]	*		TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES		
YUTREPIA 53 MCG CAPSULE WITH INHALATION DEVICE[NP]	*		TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES		
YUTREPIA 79.5 MCG CAPSULE WITH INHALATION DEVICE[NP]	*		TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES		
zafirlukast 10 mg tablet	1	QL(60 cada 30 dÍas)	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES		
zafirlukast 20 mg tablet	1	QL(60 cada 30 dÍas)	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES		
zileuton er 600 mg tablet,extended release 12hr mphase[NP]	*	QL(120 cada 30 dÍas)	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES		
ZYFLO 600 MG TABLET[NP]	*	QL(120 cada 30 dÍas)	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES		
zyrtec 10 mg capsule[OTC]	1		TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES		
ZYRTEC 10 MG CHEWABLE TABLET[OTC]	1		TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES		
ZYRTEC 10 MG DISINTEGRATING TABLET[OTC]	1		TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES		
ZYRTEC 10 MG TABLET[OTC]	1		TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES		
ZYRTEC 5 MG TABLET[OTC]	1		TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES		
AMVUTTRA 25 MG/0.5 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE[NP]	*	QL(0.5 cada 90 dÍas)	TRASTORNO GENÉTICO O ENZIMÁTICO O PROTEICO: DE REEMPLAZO, MODIFICADORES, TRATAMIENTO		
AQVESME 100 MG TABLET[NP]	*	QL(60 cada 30 dÍas)	TRASTORNO GENÉTICO O ENZIMÁTICO O PROTEICO: DE REEMPLAZO, MODIFICADORES, TRATAMIENTO		
ATTRUBY 356 MG TABLET[NP]	*	QL(120 cada 30 dÍas)	TRASTORNO GENÉTICO O ENZIMÁTICO O PROTEICO: DE REEMPLAZO, MODIFICADORES, TRATAMIENTO		

• NP – no preferido • OTC – sin receta • PA – autorización previa • QL – Límite de cantidad
• ST – Terapia por fases

Nombre del medicamento	Grupo del nivel del medica-mento	Requisitos de manejo de utilización	Nombre de la categoría terapéutica	Edad mínima	Edad máxima
betaine 1 gram/scoop oral powder[NP]	*		TRASTORNO GENÉTICO O ENZIMÁTICO O PROTEICO: DE REEMPLAZO, MODIFICADORES, TRATAMIENTO		
BUPHENYL 0.94 GRAM/GRAM ORAL POWDER[NP]	*		TRASTORNO GENÉTICO O ENZIMÁTICO O PROTEICO: DE REEMPLAZO, MODIFICADORES, TRATAMIENTO		
BUPHENYL 500 MG TABLET[NP]	*		TRASTORNO GENÉTICO O ENZIMÁTICO O PROTEICO: DE REEMPLAZO, MODIFICADORES, TRATAMIENTO		
CERDELGA 84 MG CAPSULE[NP]	*		TRASTORNO GENÉTICO O ENZIMÁTICO O PROTEICO: DE REEMPLAZO, MODIFICADORES, TRATAMIENTO		
CHOLBAM 250 MG CAPSULE[NP]	*	QL(120 cada 30 días)	TRASTORNO GENÉTICO O ENZIMÁTICO O PROTEICO: DE REEMPLAZO, MODIFICADORES, TRATAMIENTO		
CHOLBAM 50 MG CAPSULE[NP]	*	QL(120 cada 30 días)	TRASTORNO GENÉTICO O ENZIMÁTICO O PROTEICO: DE REEMPLAZO, MODIFICADORES, TRATAMIENTO		
CREON 12,000-38,000-60,000 UNIT CAPSULE,DELAYED RELEASE	1		TRASTORNO GENÉTICO O ENZIMÁTICO O PROTEICO: DE REEMPLAZO, MODIFICADORES, TRATAMIENTO		
CREON 24,000-76,000-120,000 UNIT CAPSULE,DELAYED RELEASE	1		TRASTORNO GENÉTICO O ENZIMÁTICO O PROTEICO: DE REEMPLAZO, MODIFICADORES, TRATAMIENTO		
CREON 3,000 UNIT-9,500 UNIT-15,000 UNIT CAPSULE,DELAYED RELEASE	1		TRASTORNO GENÉTICO O ENZIMÁTICO O PROTEICO: DE REEMPLAZO, MODIFICADORES, TRATAMIENTO		
CREON 36,000 UNIT-114,000 UNIT-180,000 UNIT CAPSULE,DELAYED RELEASE	1		TRASTORNO GENÉTICO O ENZIMÁTICO O PROTEICO: DE REEMPLAZO, MODIFICADORES, TRATAMIENTO		

• NP – no preferido • OTC – sin receta • PA – autorización previa • QL – Límite de cantidad
• ST – Terapia por fases

Nombre del medicamento	Grupo del nivel del medica-mento	Requisitos de manejo de utilización	Nombre de la categoría terapéutica	Edad mínima	Edad máxima
CREON 6,000-19,000-30,000 UNIT CAPSULE,DELAYED RELEASE	1		TRASTORNO GENÉTICO O ENZIMÁTICO O PROTEICO: DE REEMPLAZO, MODIFICADORES, TRATAMIENTO		
CYSTADANE 1 GRAM/SCOOP ORAL POWDER[NP]	*		TRASTORNO GENÉTICO O ENZIMÁTICO O PROTEICO: DE REEMPLAZO, MODIFICADORES, TRATAMIENTO		
CYSTAGON 150 MG CAPSULE	1		TRASTORNO GENÉTICO O ENZIMÁTICO O PROTEICO: DE REEMPLAZO, MODIFICADORES, TRATAMIENTO		
CYSTAGON 50 MG CAPSULE	1		TRASTORNO GENÉTICO O ENZIMÁTICO O PROTEICO: DE REEMPLAZO, MODIFICADORES, TRATAMIENTO		
DAYBUE 200 MG/ML ORAL SOLUTION[NP]	*	QL(3600 cada 30 días)	TRASTORNO GENÉTICO O ENZIMÁTICO O PROTEICO: DE REEMPLAZO, MODIFICADORES, TRATAMIENTO		
DAYBUE STIX 5,000 MG ORAL POWDER PACKET[NP]	*	QL(120 cada 30 días)	TRASTORNO GENÉTICO O ENZIMÁTICO O PROTEICO: DE REEMPLAZO, MODIFICADORES, TRATAMIENTO		
DAYBUE STIX 6,000 MG ORAL POWDER PACKET[NP]	*	QL(120 cada 30 días)	TRASTORNO GENÉTICO O ENZIMÁTICO O PROTEICO: DE REEMPLAZO, MODIFICADORES, TRATAMIENTO		
DAYBUE STIX 8,000 MG ORAL POWDER PACKET[NP]	*	QL(60 cada 30 días)	TRASTORNO GENÉTICO O ENZIMÁTICO O PROTEICO: DE REEMPLAZO, MODIFICADORES, TRATAMIENTO		
dichlorphenamide 50 mg tablet[NP]	*	QL(120 cada 30 días)	TRASTORNO GENÉTICO O ENZIMÁTICO O PROTEICO: DE REEMPLAZO, MODIFICADORES, TRATAMIENTO		
DUVYZAT 8.86 MG/ML ORAL SUSPENSION[NP]	*	PA,QL(360 cada 30 días)	TRASTORNO GENÉTICO O ENZIMÁTICO O PROTEICO: DE REEMPLAZO, MODIFICADORES, TRATAMIENTO		

• NP – no preferido • OTC – sin receta • PA – autorización previa • QL – Límite de cantidad
• ST – Terapia por fases

Nombre del medicamento	Grupo del nivel del medica-mento	Requisitos de manejo de utilización	Nombre de la categoría terapéutica	Edad mínima	Edad máxima
EVRYSDI 0.75 MG/ML ORAL SOLUTION[NP]	*	QL(240 cada 30 dÍas)	TRASTORNO GENÉTICO O ENZIMÁTICO O PROTEICO: DE REEMPLAZO, MODIFICADORES, TRATAMIENTO		
EVRYSDI 5 MG TABLET[NP]	*	QL(30 cada 30 dÍas)	TRASTORNO GENÉTICO O ENZIMÁTICO O PROTEICO: DE REEMPLAZO, MODIFICADORES, TRATAMIENTO		
GALAFOLD 123 MG CAPSULE[NP]	*	QL(14 cada 28 dÍas)	TRASTORNO GENÉTICO O ENZIMÁTICO O PROTEICO: DE REEMPLAZO, MODIFICADORES, TRATAMIENTO		
glycerol phenylbutyrate 1.1 gram/ml oral liquid[NP]	*	QL(525 cada 30 dÍas)	TRASTORNO GENÉTICO O ENZIMÁTICO O PROTEICO: DE REEMPLAZO, MODIFICADORES, TRATAMIENTO		
HARLIKU 2 MG TABLET[NP]	*	QL(300 cada 30 dÍas)	TRASTORNO GENÉTICO O ENZIMÁTICO O PROTEICO: DE REEMPLAZO, MODIFICADORES, TRATAMIENTO		
IMCIVREE 10 MG/ML SUBCUTANEOUS SOLUTION[NP]	*	PA	TRASTORNO GENÉTICO O ENZIMÁTICO O PROTEICO: DE REEMPLAZO, MODIFICADORES, TRATAMIENTO		
ITVISMA 1.2 X 10EXP14 VG/3 ML INTRATHECAL SUSPENSION[NP]	*		TRASTORNO GENÉTICO O ENZIMÁTICO O PROTEICO: DE REEMPLAZO, MODIFICADORES, TRATAMIENTO		
javygtor 100 mg oral powder packet[NP]	*		TRASTORNO GENÉTICO O ENZIMÁTICO O PROTEICO: DE REEMPLAZO, MODIFICADORES, TRATAMIENTO		
javygtor 100 mg soluble tablet[NP]	*		TRASTORNO GENÉTICO O ENZIMÁTICO O PROTEICO: DE REEMPLAZO, MODIFICADORES, TRATAMIENTO		
javygtor 500 mg oral powder packet[NP]	*		TRASTORNO GENÉTICO O ENZIMÁTICO O PROTEICO: DE REEMPLAZO, MODIFICADORES, TRATAMIENTO		

• NP – no preferido • OTC – sin receta • PA – autorización previa • QL – Límite de cantidad
• ST – Terapia por fases

Nombre del medicamento	Grupo del nivel del medica-mento	Requisitos de manejo de utilización	Nombre de la categoría terapéutica	Edad mínima	Edad máxima
JOENJA 40 MG TABLET[NP]	*	QL(60 cada 30 dÍas)	TRASTORNO GENÉTICO O ENZIMÁTICO O PROTEICO: DE REEMPLAZO, MODIFICADORES, TRATAMIENTO		
JOENJA 50 MG TABLET[NP]	*	QL(60 cada 30 dÍas)	TRASTORNO GENÉTICO O ENZIMÁTICO O PROTEICO: DE REEMPLAZO, MODIFICADORES, TRATAMIENTO		
JOENJA 70 MG TABLET[NP]	*	QL(60 cada 30 dÍas)	TRASTORNO GENÉTICO O ENZIMÁTICO O PROTEICO: DE REEMPLAZO, MODIFICADORES, TRATAMIENTO		
KEVEYIS 50 MG TABLET[NP]	*	QL(120 cada 30 dÍas)	TRASTORNO GENÉTICO O ENZIMÁTICO O PROTEICO: DE REEMPLAZO, MODIFICADORES, TRATAMIENTO		
KUVAN 100 MG ORAL POWDER PACKET[NP]	*		TRASTORNO GENÉTICO O ENZIMÁTICO O PROTEICO: DE REEMPLAZO, MODIFICADORES, TRATAMIENTO		
KUVAN 100 MG SOLUBLE TABLET[NP]	*		TRASTORNO GENÉTICO O ENZIMÁTICO O PROTEICO: DE REEMPLAZO, MODIFICADORES, TRATAMIENTO		
KUVAN 500 MG ORAL POWDER PACKET[NP]	*		TRASTORNO GENÉTICO O ENZIMÁTICO O PROTEICO: DE REEMPLAZO, MODIFICADORES, TRATAMIENTO		
KYGEVVI 4 GRAM ORAL POWDER PACKET[NP]	*		TRASTORNO GENÉTICO O ENZIMÁTICO O PROTEICO: DE REEMPLAZO, MODIFICADORES, TRATAMIENTO		
LOARGYS 5 MG/ML INJECTION SOLUTION[NP]	*		TRASTORNO GENÉTICO O ENZIMÁTICO O PROTEICO: DE REEMPLAZO, MODIFICADORES, TRATAMIENTO		
miglustat 100 mg capsule[NP]	*	QL(90 cada 30 dÍas)	TRASTORNO GENÉTICO O ENZIMÁTICO O PROTEICO: DE REEMPLAZO, MODIFICADORES, TRATAMIENTO		

• NP – no preferido • OTC – sin receta • PA – autorización previa • QL – Límite de cantidad
• ST – Terapia por fases

Nombre del medicamento	Grupo del nivel del medica-mento	Requisitos de manejo de utilización	Nombre de la categoría terapéutica	Edad mínima	Edad máxima
MIPLYFFA 124 MG CAPSULE[NP]	*	QL(90 cada 30 días)	TRASTORNO GENÉTICO O ENZIMÁTICO O PROTEICO: DE REEMPLAZO, MODIFICADORES, TRATAMIENTO		
MIPLYFFA 47 MG CAPSULE[NP]	*	QL(90 cada 30 días)	TRASTORNO GENÉTICO O ENZIMÁTICO O PROTEICO: DE REEMPLAZO, MODIFICADORES, TRATAMIENTO		
MIPLYFFA 62 MG CAPSULE[NP]	*	QL(90 cada 30 días)	TRASTORNO GENÉTICO O ENZIMÁTICO O PROTEICO: DE REEMPLAZO, MODIFICADORES, TRATAMIENTO		
MIPLYFFA 93 MG CAPSULE[NP]	*	QL(90 cada 30 días)	TRASTORNO GENÉTICO O ENZIMÁTICO O PROTEICO: DE REEMPLAZO, MODIFICADORES, TRATAMIENTO		
nitisinone 10 mg capsule	1	QL(60 cada 30 días)	TRASTORNO GENÉTICO O ENZIMÁTICO O PROTEICO: DE REEMPLAZO, MODIFICADORES, TRATAMIENTO		
nitisinone 2 mg capsule	1	QL(300 cada 30 días)	TRASTORNO GENÉTICO O ENZIMÁTICO O PROTEICO: DE REEMPLAZO, MODIFICADORES, TRATAMIENTO		
nitisinone 20 mg capsule	1	QL(60 cada 30 días)	TRASTORNO GENÉTICO O ENZIMÁTICO O PROTEICO: DE REEMPLAZO, MODIFICADORES, TRATAMIENTO		
nitisinone 5 mg capsule	1	QL(120 cada 30 días)	TRASTORNO GENÉTICO O ENZIMÁTICO O PROTEICO: DE REEMPLAZO, MODIFICADORES, TRATAMIENTO		
NITYR 10 MG TABLET[NP]	*	QL(60 cada 30 días)	TRASTORNO GENÉTICO O ENZIMÁTICO O PROTEICO: DE REEMPLAZO, MODIFICADORES, TRATAMIENTO		
NITYR 2 MG TABLET[NP]	*	QL(300 cada 30 días)	TRASTORNO GENÉTICO O ENZIMÁTICO O PROTEICO: DE REEMPLAZO, MODIFICADORES, TRATAMIENTO		

• NP – no preferido • OTC – sin receta • PA – autorización previa • QL – Límite de cantidad
• ST – Terapia por fases

Nombre del medicamento	Grupo del nivel del medica-mento	Requisitos de manejo de utilización	Nombre de la categoría terapéutica	Edad mínima	Edad máxima
NITYR 5 MG TABLET[NP]	*	QL(120 cada 30 dÍas)	TRASTORNO GENÉTICO O ENZIMÁTICO O PROTEICO: DE REEMPLAZO, MODIFICADORES, TRATAMIENTO		
OLPRUVA 2 GRAM ORAL PELLETS IN PACKET[NP]	*		TRASTORNO GENÉTICO O ENZIMÁTICO O PROTEICO: DE REEMPLAZO, MODIFICADORES, TRATAMIENTO		
OLPRUVA 3 GRAM ORAL PELLETS IN PACKET[NP]	*		TRASTORNO GENÉTICO O ENZIMÁTICO O PROTEICO: DE REEMPLAZO, MODIFICADORES, TRATAMIENTO		
OLPRUVA 4 GRAM ORAL PELLETS IN PACKET[NP]	*		TRASTORNO GENÉTICO O ENZIMÁTICO O PROTEICO: DE REEMPLAZO, MODIFICADORES, TRATAMIENTO		
OLPRUVA 5 GRAM ORAL PELLETS IN PACKET[NP]	*		TRASTORNO GENÉTICO O ENZIMÁTICO O PROTEICO: DE REEMPLAZO, MODIFICADORES, TRATAMIENTO		
OLPRUVA 6 GRAM ORAL PELLETS IN PACKET[NP]	*		TRASTORNO GENÉTICO O ENZIMÁTICO O PROTEICO: DE REEMPLAZO, MODIFICADORES, TRATAMIENTO		
OLPRUVA 6.67 GRAM ORAL PELLETS IN PACKET[NP]	*		TRASTORNO GENÉTICO O ENZIMÁTICO O PROTEICO: DE REEMPLAZO, MODIFICADORES, TRATAMIENTO		
OPFOLDA 65 MG CAPSULE[NP]	*		TRASTORNO GENÉTICO O ENZIMÁTICO O PROTEICO: DE REEMPLAZO, MODIFICADORES, TRATAMIENTO		
ORFADIN 10 MG CAPSULE	1	QL(60 cada 30 dÍas)	TRASTORNO GENÉTICO O ENZIMÁTICO O PROTEICO: DE REEMPLAZO, MODIFICADORES, TRATAMIENTO		
ORFADIN 2 MG CAPSULE	1	QL(300 cada 30 dÍas)	TRASTORNO GENÉTICO O ENZIMÁTICO O PROTEICO: DE REEMPLAZO, MODIFICADORES, TRATAMIENTO		

• NP – no preferido • OTC – sin receta • PA – autorización previa • QL – Límite de cantidad
• ST – Terapia por fases

Nombre del medicamento	Grupo del nivel del medica-mento	Requisitos de manejo de utilización	Nombre de la categoría terapéutica	Edad mínima	Edad máxima
ORFADIN 20 MG CAPSULE	1	QL(60 cada 30 días)	TRASTORNO GENÉTICO O ENZIMÁTICO O PROTEICO: DE REEMPLAZO, MODIFICADORES, TRATAMIENTO		
ORFADIN 4 MG/ML ORAL SUSPENSION[NP]	*	QL(150 cada 30 días)	TRASTORNO GENÉTICO O ENZIMÁTICO O PROTEICO: DE REEMPLAZO, MODIFICADORES, TRATAMIENTO		
ORFADIN 5 MG CAPSULE	1	QL(120 cada 30 días)	TRASTORNO GENÉTICO O ENZIMÁTICO O PROTEICO: DE REEMPLAZO, MODIFICADORES, TRATAMIENTO		
ormalvi 50 mg tablet[NP]	*	QL(120 cada 30 días)	TRASTORNO GENÉTICO O ENZIMÁTICO O PROTEICO: DE REEMPLAZO, MODIFICADORES, TRATAMIENTO		
PERTZYE 16,000 UNIT-57,500 UNIT-60,500 UNIT CAPSULE,DELAYED RELEASE	1	PA	TRASTORNO GENÉTICO O ENZIMÁTICO O PROTEICO: DE REEMPLAZO, MODIFICADORES, TRATAMIENTO		
PERTZYE 24,000-86,250-90,750 UNIT CAPSULE,DELAYED RELEASE	1	PA	TRASTORNO GENÉTICO O ENZIMÁTICO O PROTEICO: DE REEMPLAZO, MODIFICADORES, TRATAMIENTO		
PERTZYE 4,000 UNIT-14,375 UNIT-15,125 UNIT CAPSULE,DELAYED RELEASE	1	PA	TRASTORNO GENÉTICO O ENZIMÁTICO O PROTEICO: DE REEMPLAZO, MODIFICADORES, TRATAMIENTO		
PERTZYE 8,000 UNIT-28,750 UNIT-30,250 UNIT CAPSULE,DELAYED RELEASE	1	PA	TRASTORNO GENÉTICO O ENZIMÁTICO O PROTEICO: DE REEMPLAZO, MODIFICADORES, TRATAMIENTO		
PHEBURANE 483 MG/GRAM ORAL GRANULES[NP]	*		TRASTORNO GENÉTICO O ENZIMÁTICO O PROTEICO: DE REEMPLAZO, MODIFICADORES, TRATAMIENTO		
PROCYSBI 25 MG CAPSULE,DELAYED RELEASE SPRINKLE[NP]	*	QL(120 cada 30 días)	TRASTORNO GENÉTICO O ENZIMÁTICO O PROTEICO: DE REEMPLAZO, MODIFICADORES, TRATAMIENTO		

• NP – no preferido • OTC – sin receta • PA – autorización previa • QL – Límite de cantidad
• ST – Terapia por fases

Nombre del medicamento	Grupo del nivel del medica-mento	Requisitos de manejo de utilización	Nombre de la categoría terapéutica	Edad mínima	Edad máxima
PROCYSBI 300 MG ORAL DR GRANULES IN PACKET[NP]	*	QL(210 cada 30 días)	TRASTORNO GENÉTICO O ENZIMÁTICO O PROTEICO: DE REEMPLAZO, MODIFICADORES, TRATAMIENTO		
PROCYSBI 75 MG CAPSULE,DELAYED RELEASE SPRINKLE[NP]	*	QL(780 cada 30 días)	TRASTORNO GENÉTICO O ENZIMÁTICO O PROTEICO: DE REEMPLAZO, MODIFICADORES, TRATAMIENTO		
PROCYSBI 75 MG ORAL DR GRANULES IN PACKET[NP]	*	QL(780 cada 30 días)	TRASTORNO GENÉTICO O ENZIMÁTICO O PROTEICO: DE REEMPLAZO, MODIFICADORES, TRATAMIENTO		
PYRUKYND 20 MG (7)-5 MG (7) TABLETS IN A DOSE PACK[NP]	*	QL(14 cada 14 días)	TRASTORNO GENÉTICO O ENZIMÁTICO O PROTEICO: DE REEMPLAZO, MODIFICADORES, TRATAMIENTO		
PYRUKYND 20 MG TABLET[NP]	*	QL(60 cada 30 días)	TRASTORNO GENÉTICO O ENZIMÁTICO O PROTEICO: DE REEMPLAZO, MODIFICADORES, TRATAMIENTO		
PYRUKYND 5 MG TABLET[NP]	*	QL(60 cada 30 días)	TRASTORNO GENÉTICO O ENZIMÁTICO O PROTEICO: DE REEMPLAZO, MODIFICADORES, TRATAMIENTO		
PYRUKYND 50 MG (7)-20 MG (7) TABLETS IN A DOSE PACK[NP]	*	QL(14 cada 14 días)	TRASTORNO GENÉTICO O ENZIMÁTICO O PROTEICO: DE REEMPLAZO, MODIFICADORES, TRATAMIENTO		
PYRUKYND 50 MG TABLET[NP]	*	QL(60 cada 30 días)	TRASTORNO GENÉTICO O ENZIMÁTICO O PROTEICO: DE REEMPLAZO, MODIFICADORES, TRATAMIENTO		
RAVICTI 1.1 GRAM/ML ORAL LIQUID[NP]	*	QL(525 cada 30 días)	TRASTORNO GENÉTICO O ENZIMÁTICO O PROTEICO: DE REEMPLAZO, MODIFICADORES, TRATAMIENTO		
sapropterin 100 mg oral powder packet[NP]	*		TRASTORNO GENÉTICO O ENZIMÁTICO O PROTEICO: DE REEMPLAZO, MODIFICADORES, TRATAMIENTO		

• NP – no preferido • OTC – sin receta • PA – autorización previa • QL – Límite de cantidad
• ST – Terapia por fases

Nombre del medicamento	Grupo del nivel del medica-mento	Requisitos de manejo de utilización	Nombre de la categoría terapéutica	Edad mínima	Edad máxima
sapropterin 100 mg soluble tablet[NP]	*		TRASTORNO GENÉTICO O ENZIMÁTICO O PROTEICO: DE REEMPLAZO, MODIFICADORES, TRATAMIENTO		
sapropterin 500 mg oral powder packet[NP]	*		TRASTORNO GENÉTICO O ENZIMÁTICO O PROTEICO: DE REEMPLAZO, MODIFICADORES, TRATAMIENTO		
SEPHIENCE 1,000 MG ORAL POWDER PACKET[NP]	*		TRASTORNO GENÉTICO O ENZIMÁTICO O PROTEICO: DE REEMPLAZO, MODIFICADORES, TRATAMIENTO		
SEPHIENCE 250 MG ORAL POWDER PACKET[NP]	*		TRASTORNO GENÉTICO O ENZIMÁTICO O PROTEICO: DE REEMPLAZO, MODIFICADORES, TRATAMIENTO		
sodium phenylbutyrate 0.94 gram/gram oral powder[NP]	*		TRASTORNO GENÉTICO O ENZIMÁTICO O PROTEICO: DE REEMPLAZO, MODIFICADORES, TRATAMIENTO		
sodium phenylbutyrate 500 mg tablet[NP]	*		TRASTORNO GENÉTICO O ENZIMÁTICO O PROTEICO: DE REEMPLAZO, MODIFICADORES, TRATAMIENTO		
SPINRAZA (PF) 12 MG/5 ML INTRATHECAL SOLUTION[NP]	*	PA,QL(30 cada 365 días)	TRASTORNO GENÉTICO O ENZIMÁTICO O PROTEICO: DE REEMPLAZO, MODIFICADORES, TRATAMIENTO		
SPINRAZA (PF) 28 MG/5 ML INTRATHECAL SOLUTION[NP]	*	PA,QL(15 cada 365 días)	TRASTORNO GENÉTICO O ENZIMÁTICO O PROTEICO: DE REEMPLAZO, MODIFICADORES, TRATAMIENTO		
SPINRAZA (PF) 50 MG/5 ML INTRATHECAL SOLUTION[NP]	*	PA,QL(10 cada 365 días)	TRASTORNO GENÉTICO O ENZIMÁTICO O PROTEICO: DE REEMPLAZO, MODIFICADORES, TRATAMIENTO		
VIOKACE 10,440 UNIT-39,150 UNIT-39,150 UNIT TABLET[NP]	*		TRASTORNO GENÉTICO O ENZIMÁTICO O PROTEICO: DE REEMPLAZO, MODIFICADORES, TRATAMIENTO		

• NP – no preferido • OTC – sin receta • PA – autorización previa • QL – Límite de cantidad
• ST – Terapia por fases

Nombre del medicamento	Grupo del nivel del medica-mento	Requisitos de manejo de utilización	Nombre de la categoría terapéutica	Edad mínima	Edad máxima
VIOKACE 20,880 UNIT-78,300 UNIT-78,300 UNIT TABLET[NP]	*		TRASTORNO GENÉTICO O ENZIMÁTICO O PROTEICO: DE REEMPLAZO, MODIFICADORES, TRATAMIENTO		
VOXZOGO 0.4 MG SUBCUTANEOUS SOLUTION[NP]	*	QL(30 cada 30 dÍas)	TRASTORNO GENÉTICO O ENZIMÁTICO O PROTEICO: DE REEMPLAZO, MODIFICADORES, TRATAMIENTO		
VOXZOGO 0.56 MG SUBCUTANEOUS SOLUTION[NP]	*	QL(30 cada 30 dÍas)	TRASTORNO GENÉTICO O ENZIMÁTICO O PROTEICO: DE REEMPLAZO, MODIFICADORES, TRATAMIENTO		
VOXZOGO 1.2 MG SUBCUTANEOUS SOLUTION[NP]	*	QL(30 cada 30 dÍas)	TRASTORNO GENÉTICO O ENZIMÁTICO O PROTEICO: DE REEMPLAZO, MODIFICADORES, TRATAMIENTO		
VYNDAMAX 61 MG CAPSULE[NP]	*	QL(30 cada 30 dÍas)	TRASTORNO GENÉTICO O ENZIMÁTICO O PROTEICO: DE REEMPLAZO, MODIFICADORES, TRATAMIENTO		
VYNDAQEL 20 MG CAPSULE[NP]	*	QL(120 cada 30 dÍas)	TRASTORNO GENÉTICO O ENZIMÁTICO O PROTEICO: DE REEMPLAZO, MODIFICADORES, TRATAMIENTO		
WAINUA 45 MG/0.8 ML SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR[NP]	*	QL(0.8 cada 28 dÍas)	TRASTORNO GENÉTICO O ENZIMÁTICO O PROTEICO: DE REEMPLAZO, MODIFICADORES, TRATAMIENTO	18	
WAINUA 45 MG/0.8 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE[NP]	*	QL(0.8 cada 28 dÍas)	TRASTORNO GENÉTICO O ENZIMÁTICO O PROTEICO: DE REEMPLAZO, MODIFICADORES, TRATAMIENTO		
XURIDEN 2 GRAM ORAL GRANULES IN PACKET[NP]	*	QL(120 cada 30 dÍas)	TRASTORNO GENÉTICO O ENZIMÁTICO O PROTEICO: DE REEMPLAZO, MODIFICADORES, TRATAMIENTO		
yargesa 100 mg capsule[NP]	*	QL(90 cada 30 dÍas)	TRASTORNO GENÉTICO O ENZIMÁTICO O PROTEICO: DE REEMPLAZO, MODIFICADORES, TRATAMIENTO	18	

• NP – no preferido • OTC – sin receta • PA – autorización previa • QL – Límite de cantidad
• ST – Terapia por fases

Nombre del medicamento	Grupo del nivel del medica-mento	Requisitos de manejo de utilización	Nombre de la categoría terapéutica	Edad mínima	Edad máxima
YUVIWEL 1.3 MG SUBCUTANEOUS SOLUTION[NP]	*		TRASTORNO GENÉTICO O ENZIMÁTICO O PROTEICO: DE REEMPLAZO, MODIFICADORES, TRATAMIENTO	18	
YUVIWEL 2.8 MG SUBCUTANEOUS SOLUTION[NP]	*		TRASTORNO GENÉTICO O ENZIMÁTICO O PROTEICO: DE REEMPLAZO, MODIFICADORES, TRATAMIENTO	18	
YUVIWEL 5.5 MG SUBCUTANEOUS SOLUTION[NP]	*		TRASTORNO GENÉTICO O ENZIMÁTICO O PROTEICO: DE REEMPLAZO, MODIFICADORES, TRATAMIENTO	18	
ZAVESCA 100 MG CAPSULE[NP]	*	QL(90 cada 30 dÍas)	TRASTORNO GENÉTICO O ENZIMÁTICO O PROTEICO: DE REEMPLAZO, MODIFICADORES, TRATAMIENTO	18	
zelvysia 100 mg oral powder packet[NP]	*		TRASTORNO GENÉTICO O ENZIMÁTICO O PROTEICO: DE REEMPLAZO, MODIFICADORES, TRATAMIENTO		
zelvysia 500 mg oral powder packet[NP]	*		TRASTORNO GENÉTICO O ENZIMÁTICO O PROTEICO: DE REEMPLAZO, MODIFICADORES, TRATAMIENTO	18	
ZENPEP 10,000 UNIT-32,000 UNIT-42,000 UNIT CAPSULE,DELAYED RELEASE	1		TRASTORNO GENÉTICO O ENZIMÁTICO O PROTEICO: DE REEMPLAZO, MODIFICADORES, TRATAMIENTO	18	
ZENPEP 15,000 UNIT-47,000 UNIT-63,000 UNIT CAPSULE,DELAYED RELEASE	1		TRASTORNO GENÉTICO O ENZIMÁTICO O PROTEICO: DE REEMPLAZO, MODIFICADORES, TRATAMIENTO	18	
ZENPEP 20,000 UNIT-63,000 UNIT-84,000 UNIT CAPSULE,DELAYED RELEASE	1		TRASTORNO GENÉTICO O ENZIMÁTICO O PROTEICO: DE REEMPLAZO, MODIFICADORES, TRATAMIENTO	18	
ZENPEP 25,000 UNIT-79,000 UNIT-105,000 UNIT CAPSULE,DELAYED RELEASE	1		TRASTORNO GENÉTICO O ENZIMÁTICO O PROTEICO: DE REEMPLAZO, MODIFICADORES, TRATAMIENTO	18	

• NP – no preferido • OTC – sin receta • PA – autorización previa • QL – Límite de cantidad
• ST – Terapia por fases

Nombre del medicamento	Grupo del nivel del medica-mento	Requisitos de manejo de utilización	Nombre de la categoría terapéutica	Edad mínima	Edad máxima
ZENPEP 3,000 UNIT-10,000 UNIT-14,000 UNIT CAPSULE,DELAYED RELEASE	1		TRASTORNO GENÉTICO O ENZIMÁTICO O PROTEICO: DE REEMPLAZO, MODIFICADORES, TRATAMIENTO	18	
ZENPEP 40,000 UNIT-126,000 UNIT-168,000 UNIT CAPSULE,DELAYED RELEASE	1		TRASTORNO GENÉTICO O ENZIMÁTICO O PROTEICO: DE REEMPLAZO, MODIFICADORES, TRATAMIENTO	18	
ZENPEP 5,000 UNIT-17,000 UNIT-24,000 UNIT CAPSULE,DELAYED RELEASE	1		TRASTORNO GENÉTICO O ENZIMÁTICO O PROTEICO: DE REEMPLAZO, MODIFICADORES, TRATAMIENTO	18	
ZENPEP 60,000-189,600-252,600 UNIT CAPSULE,DELAYED RELEASE	1		TRASTORNO GENÉTICO O ENZIMÁTICO O PROTEICO: DE REEMPLAZO, MODIFICADORES, TRATAMIENTO	18	
ZOLGENSMA 2 X 10EXP13 VG/ML INTRAVENOUS SUSPENSION, KIT	1	PA	TRASTORNO GENÉTICO O ENZIMÁTICO O PROTEICO: DE REEMPLAZO, MODIFICADORES, TRATAMIENTO	18	

• NP – no preferido • OTC – sin receta • PA – autorización previa • QL – Límite de cantidad
• ST – Terapia por fases

Notas

Tiene a su disposición recursos y servicios auxiliares gratuitos. 1-800-787-3311 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora central.

Humana Inc. y sus subsidiarias cumplen con la Sección 1557 al brindar recursos y servicios auxiliares gratuitos a personas con discapacidades cuando dichos recursos y servicios auxiliares son necesarios para garantizar la igualdad de oportunidades de participación. Los servicios incluyen intérpretes de lenguaje de señas acreditados, interpretación remota por video e información escrita en otros formatos.

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

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

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

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

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

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

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

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

ગુજરાતી (Guj ar at i) મફત ભાષા સહાય સેવાઓ મેળવવા માટે ઉપર આપેલા નંબર પર કૉલ કરો.

اردو (Urdu): مفت لسانی اعانت کی خدمات موصول کرنے کے لیے درج بالا نمبر پر کال کریں۔

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

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

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

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

Ελληνικά (Greek) Καλέστε τον παραπάνω αριθμό για να λάβετε δωρεάν υπηρεσίες γλωσσικής υποστήριξης.

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

Este aviso está disponible en es-www.humana.com/IllinoisAccessibility
Humana Healthy Horizons in Illinois es un producto de Medicaid de Humana Benefit Plan of Illinois, Inc.
ILHN62RSP

Su cobertura puede incluir medicamentos de las siguientes clases de medicamentos dependiendo del estado a través del que se emita su seguro:

- Illinois: Obesidad e infertilidad
- Michigan: Obesidad
- Kansas o Colorado: Infertilidad
- Indiana: Disfunción sexual
- Nevada: Tratamiento hormonal sustitutivo

Residentes de Louisiana: Si su seguro se emite a través del estado de Louisiana 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.

Colorado y Kentucky: Si su seguro es emitido a través del estado de Colorado o Kentucky, todos los medicamentos cubiertos para trastornos por el abuso de drogas están disponibles sin necesidad de autorización previa o de terapia por fases.

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. Para obtener más información, inicie sesión en MyHumana a través de **espanol.humana.com** o llame a Atención al cliente al número que figura en el reverso de su tarjeta de identificación de Humana.

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 cuidado de la 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.

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.

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

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

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 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).

Esta comunicación proporciona una descripción general de ciertos beneficios de seguros o no seguros identificados proporcionados bajo uno o más de nuestros planes de beneficios de salud. Nuestros planes de beneficios de salud tienen exclusiones, limitaciones y términos bajo los cuales la cobertura puede continuar vigente o descontinuarse. Para conocer los costos y los detalles completos de la cobertura, consulte el documento del plan o llame o escriba a su agente de seguros de Humana o a la compañía. En caso de desacuerdo entre esta comunicación y el documento del plan, prevalecerá el documento del plan.

Humana®