2026
Lista de medicamentos preferidos

Humana Healthy Horizons® in Indiana - Indiana PathWays for Aging

POR FAVOR LEA: ESTE DOCUMENTO CONTIENE INFORMACIÓN ACERCA DE LOS MEDICAMENTOS CUBIERTOS POR ESTE PLAN. ESTE FORMULARIO FUE ACTUALIZADO EL 09/02/2026.

Humana Healthy Horizons® in Indiana | PathWays FOR AGING

Lista de Medicamentos Preferidos de Humana
La Lista de Medicamentos Preferidos de Humana®, también conocida como formulario, entra en vigencia el 1 de enero, 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.
- **Medicamento no preferido:** medicamento cubierto designado como segunda opción dentro de una clase terapéutica. Por lo general, los medicamentos no preferidos requieren autorización previa. Consulte **"¿Existen límites para mis medicamentos?**" para obtener más información sobre las autorizaciones previas.

¿Qué es la Lista de Medicamentos Preferidos?
Esta es una lista de medicamentos que pagará su plan. Debe obtenerlos en una farmacia que trabaje con su plan. Usted no tiene que pagar nada adicional 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 (FDA, por sus siglas en inglés) verifica que los medicamentos genéricos sean seguros y tengan el mismo efecto que los medicamentos de marca.

- **Nivel *:** Grupo de Medicamentos identificados como medicamentos de segunda opción y también se conocen como medicamentos no preferidos.
- **Nivel 1:** Son medicamentos cubiertos por su plan.

¿La Lista de Medicamentos Preferidos puede cambiar?
Sí. Se añaden nuevos medicamentos o se eliminan según sea necesario. Se le notificará por carta si un medicamento que toma se elimina de la lista.

Para obtener información sobre sus medicamentos:
Puede visitar **es-www.humana.com/HealthyIndiana** e iniciar sesión en **MyHumana**.
- Busque "Drug Pricing Tool" (Herramienta de precios de medicamentos) en "Tools & Resources" (Herramientas y recursos) en la parte inferior de la página.
- Ingrese el nombre del medicamento o la afección que se está tratando.

Recuerde: MyHumana solo muestra sus beneficios de hoy.

¿Existen límites para mis medicamentos?
Algunos medicamentos pueden tener límites o no ser preferidos por Humana. Estos límites pueden incluir:

- **Autorización previa (PA, por sus siglas en inglés):** Algunos medicamentos deben ser aprobados por su plan para que estén cubiertos.
- **Límites de cantidad (QL, por sus siglas en inglés):** Es posible que usted tenga un límite en la cantidad de medicamentos que puede obtener de una sola 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 la 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, se le puede pedir que pruebe al menos otro medicamento primero de la misma clase terapéutica.

Si su médico considera que no existe otra opción que pueda ser cubierta, puede llamar a Revisión de Farmacia Clínica de Humana al **800-555-2546** para solicitar una excepción. Humana necesita 24 horas para realizar una revisión y responder a su médico.

Para obtener más información

Si desea obtener más información sobre su plan de medicamentos de Humana Healthy Horizons®, revise su Manual para los afiliados y otros materiales del plan.

Si ya está inscrito en un plan de Humana, llame al número que figura en su tarjeta de identificación de Humana o visite **MyHumana.com**.

Si desea inscribirse en un plan de Humana, llame al número de Servicios para afiliados que aparece en sus materiales de inscripción.

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

Cómo leer la Lista de Medicamentos Preferidos
En la primera columna se enumeran los nombres de los medicamentos. Los nombres de los medicamentos de marca están escritos con MAYÚSCULAS, y los nombres de los medicamentos genéricos están escritos en minúsculas. Hay algunos medicamentos que se pueden comprar sin una receta de su médico, pero Humana los pagará si tiene una receta de su médico. “OTC” aparece al lado de su nombre.

Medicamento no preferidos (NP, por sus siglas en inglés): medicamento cubierto designado como segunda opción dentro de una clase terapéutica. Por lo general, los medicamentos no preferidos requieren autorización previa.

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

La tercera columna indica si hay reglas 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 2 para obtener más información sobre los requisitos de medicamentos de su plan.

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	GRUPO DE NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
CIPRO HC 0.2 %-1 % EAR DROPS,SUSPENSION	1		AGENTES ÓTICOS
ciprofloxacin 0.2 % ear drops in a dropperette	1		AGENTES ÓTICOS
ciprofloxacin 0.2 %-hydrocortisone 1 % ear drops,suspension[NP]	*		AGENTES ÓTICOS
ciprofloxacin 0.3 %-dexamethasone 0.1 % ear drops,suspension	1		AGENTES ÓTICOS
ciprofloxacin 0.3 %-fluocinolone 0.025 % (0.25 ml) ear solution[NP]	*		AGENTES ÓTICOS
CORTISPORIN-TC 3.3 MG-3 MG-10 MG-0.5 MG/ML EAR DROPS,SUSPENSION	1		AGENTES ÓTICOS
DERMOTIC OIL 0.01 % EAR DROPS[NP]	*		AGENTES ÓTICOS
fluocinolone acetonide oil 0.01 % ear drops	1		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
ADLARITY 10 MG/24 HOUR WEEKLY TRANSDERMAL PATCH[NP]	*		AGENTES ANTIDEMENCIA
ADLARITY 5 MG/24 HOUR WEEKLY TRANSDERMAL PATCH[NP]	*		AGENTES ANTIDEMENCIA
ARICEPT 10 MG TABLET[NP]	*	PA,QL(30 cada 30 días)	AGENTES ANTIDEMENCIA
ARICEPT 23 MG TABLET[NP]	*	PA,QL(30 cada 30 días)	AGENTES ANTIDEMENCIA
ARICEPT 5 MG TABLET[NP]	*	PA,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(30 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]	*	PA,QL(30 cada 30 días)	AGENTES ANTIDEMENCIA
EXELON PATCH 4.6 MG/24 HOUR TRANSDERMAL[NP]	*	PA,QL(30 cada 30 días)	AGENTES ANTIDEMENCIA
EXELON PATCH 9.5 MG/24 HOUR TRANSDERMAL[NP]	*	PA,QL(30 cada 30 días)	AGENTES ANTIDEMENCIA
galantamine 12 mg tablet	1	QL(60 cada 30 días)	AGENTES ANTIDEMENCIA
galantamine 4 mg tablet	1	QL(60 cada 30 días)	AGENTES ANTIDEMENCIA
galantamine 4 mg/ml oral solution	1	PA,QL(180 cada 30 días)	AGENTES ANTIDEMENCIA
galantamine 8 mg tablet	1	QL(60 cada 30 días)	AGENTES ANTIDEMENCIA

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	GRUPO DE NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
galantamine er 16 mg 24 hr capsule,extended release	1	QL(30 cada 30 días)	AGENTES ANTIDEMENCIA
galantamine er 24 mg 24 hr capsule,extended release	1	QL(30 cada 30 días)	AGENTES ANTIDEMENCIA
galantamine er 8 mg 24 hr capsule,extended release	1	QL(30 cada 30 días)	AGENTES ANTIDEMENCIA
memantine 10 mg tablet	1	QL(60 cada 30 días)	AGENTES ANTIDEMENCIA
memantine 14 mg capsule sprinkle,extended release 24hr	1	QL(30 cada 30 días)	AGENTES ANTIDEMENCIA
memantine 2 mg/ml oral solution	1	QL(300 cada 30 días)	AGENTES ANTIDEMENCIA
memantine 21 mg capsule sprinkle,extended release 24hr	1	QL(30 cada 30 días)	AGENTES ANTIDEMENCIA
memantine 28 mg capsule sprinkle,extended release 24hr	1	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	1	QL(49 cada 90 días)	AGENTES ANTIDEMENCIA
memantine 7 mg capsule sprinkle,extended release 24hr	1	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	1	QL(60 cada 30 días)	AGENTES ANTIDEMENCIA
rivastigmine 13.3 mg/24 hour transdermal patch	1	QL(30 cada 30 días)	AGENTES ANTIDEMENCIA
rivastigmine 3 mg capsule	1	QL(60 cada 30 días)	AGENTES ANTIDEMENCIA
rivastigmine 4.5 mg capsule	1	QL(60 cada 30 días)	AGENTES ANTIDEMENCIA
rivastigmine 4.6 mg/24 hour transdermal patch	1	QL(30 cada 30 días)	AGENTES ANTIDEMENCIA
rivastigmine 6 mg capsule	1	QL(60 cada 30 días)	AGENTES ANTIDEMENCIA
rivastigmine 9.5 mg/24 hour transdermal patch	1	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

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	GRUPO DE NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
ZUNVEYL 5 MG TABLET,DELAYED RELEASE[NP]	*	QL(60 cada 30 días)	AGENTES ANTIDEMENCIA
baclofen 10 mg tablet	1		AGENTES ANTIESPASTICIDAD
baclofen 10 mg/5 ml (2 mg/ml) oral solution	1	PA	AGENTES ANTIESPASTICIDAD
baclofen 15 mg tablet	1		AGENTES ANTIESPASTICIDAD
baclofen 20 mg tablet	1		AGENTES ANTIESPASTICIDAD
baclofen 25 mg/5 ml (5 mg/ml) oral suspension	1	PA	AGENTES ANTIESPASTICIDAD
baclofen 5 mg tablet	1		AGENTES ANTIESPASTICIDAD
baclofen 5 mg/5 ml oral solution	1	PA	AGENTES ANTIESPASTICIDAD
DANTRIUM 25 MG CAPSULE[NP]	*		AGENTES ANTIESPASTICIDAD
dantrolene 100 mg capsule[NP]	*		AGENTES ANTIESPASTICIDAD
dantrolene 25 mg capsule[NP]	*		AGENTES ANTIESPASTICIDAD
dantrolene 50 mg capsule[NP]	*		AGENTES ANTIESPASTICIDAD
FLEQSUVY 25 MG/5 ML (5 MG/ML) ORAL SUSPENSION[NP]	*		AGENTES ANTIESPASTICIDAD
LYVISPAH 5 MG ORAL GRANULES IN PACKET	1	PA	AGENTES ANTIESPASTICIDAD
ONTRALFY 2 MG/5 ML ORAL SOLUTION[NP]	*		AGENTES ANTIESPASTICIDAD
OZOBAX DS 10 MG/5 ML (2 MG/ML) ORAL SOLUTION[NP]	*		AGENTES ANTIESPASTICIDAD
tizanidine 2 mg capsule[NP]	*		AGENTES ANTIESPASTICIDAD
tizanidine 2 mg tablet	1		AGENTES ANTIESPASTICIDAD
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 300 mg tablet	1		AGENTES ANTIGOTA
colchicine 0.6 mg tablet	1		AGENTES ANTIGOTA
febuxostat 40 mg tablet	1		AGENTES ANTIGOTA
febuxostat 80 mg tablet	1		AGENTES ANTIGOTA
probenecid 500 mg tablet	1		AGENTES ANTIGOTA
probenecid 500 mg-colchicine 0.5 mg tablet	1		AGENTES ANTIGOTA
pyridostigmine bromide 30 mg tablet	1		AGENTES ANTIMIASTÉNICOS
pyridostigmine bromide 60 mg tablet	1		AGENTES ANTIMIASTÉNICOS
AIMOVIG AUTOINJECTOR 140 MG/ML SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR	1	PA,QL(1 cada 30 días)	AGENTES ANTIMIGRAÑOSOS
AIMOVIG AUTOINJECTOR 70 MG/ML SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR	1	PA,QL(2 cada 30 días)	AGENTES ANTIMIGRAÑOSOS
AJOVY 225 MG/1.5 ML SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR	1	PA,QL(1.5 cada 30 días)	AGENTES ANTIMIGRAÑOSOS
AJOVY SYRINGE 225 MG/1.5 ML SUBCUTANEOUS	1	PA,QL(1.5 cada 30 días)	AGENTES ANTIMIGRAÑOSOS
almotriptan malate 12.5 mg tablet[NP]	*	QL(6 cada 30 días)	AGENTES ANTIMIGRAÑOSOS
almotriptan malate 6.25 mg tablet[NP]	*	QL(6 cada 30 días)	AGENTES ANTIMIGRAÑOSOS
eletriptan 20 mg tablet[NP]	*	QL(6 cada 30 días)	AGENTES ANTIMIGRAÑOSOS
eletriptan 40 mg tablet[NP]	*	QL(6 cada 30 días)	AGENTES ANTIMIGRAÑOSOS

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	GRUPO DE NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
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
FROVA 2.5 MG TABLET[NP]	*	QL(9 cada 30 días)	AGENTES ANTIMIGRAÑOSOS
frovatriptan 2.5 mg tablet[NP]	*	QL(9 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
IMITREX 50 MG TABLET[NP]	*	QL(9 cada 30 días)	AGENTES ANTIMIGRAÑOSOS
IMITREX STATDOSE PEN 4 MG/0.5 ML SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR[NP]	*	QL(1 cada 30 días)	AGENTES ANTIMIGRAÑOSOS
IMITREX STATDOSE PEN 6 MG/0.5 ML SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR[NP]	*	QL(1 cada 30 días)	AGENTES ANTIMIGRAÑOSOS
IMITREX STATDOSE REFILL 4 MG/0.5 ML SUBCUTANEOUS CARTRIDGE[NP]	*	QL(1 cada 30 días)	AGENTES ANTIMIGRAÑOSOS
IMITREX STATDOSE REFILL 6 MG/0.5 ML SUBCUTANEOUS CARTRIDGE[NP]	*	QL(1 cada 30 días)	AGENTES ANTIMIGRAÑOSOS
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
naratriptan 1 mg tablet[NP]	*	QL(9 cada 30 días)	AGENTES ANTIMIGRAÑOSOS
naratriptan 2.5 mg tablet[NP]	*	QL(9 cada 30 días)	AGENTES ANTIMIGRAÑOSOS
NURTEC ODT 75 MG DISINTEGRATING TABLET	1	PA,QL(16 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(6 cada 30 días)	AGENTES ANTIMIGRAÑOSOS
RELPAX 40 MG TABLET[NP]	*	QL(6 cada 30 días)	AGENTES ANTIMIGRAÑOSOS
REYVOW 100 MG TABLET[NP]	*	PA,QL(8 cada 30 días)	AGENTES ANTIMIGRAÑOSOS
REYVOW 50 MG TABLET[NP]	*	PA,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(6 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(6 cada 30 días)	AGENTES ANTIMIGRAÑOSOS
sumatriptan 50 mg tablet	1	QL(9 cada 30 días)	AGENTES ANTIMIGRAÑOSOS

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	GRUPO DE NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
sumatriptan 6 mg/0.5 ml subcutaneous pen injector	1	QL(1 cada 30 días)	AGENTES ANTIMIGRAÑOSOS
sumatriptan 6 mg/0.5 ml subcutaneous solution	1	QL(1 cada 30 días)	AGENTES ANTIMIGRAÑOSOS
sumatriptan 85 mg-naproxen 500 mg tablet[NP]	*	QL(9 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]	*		AGENTES ANTIMIGRAÑOSOS
UBRELVY 100 MG TABLET	1	PA,QL(10 cada 20 días)	AGENTES ANTIMIGRAÑOSOS
UBRELVY 50 MG TABLET	1	PA,QL(10 cada 20 días)	AGENTES ANTIMIGRAÑOSOS
VYEPTI 100 MG/ML INTRAVENOUS SOLUTION[NP]	*	PA,QL(3 cada 90 días)	AGENTES ANTIMIGRAÑOSOS
ZAVZPRET 10 MG/ACTUATION NASAL SPRAY[NP]	*	PA,QL(6 cada 22 días)	AGENTES ANTIMIGRAÑOSOS
ZEMBRACE SYMTOUCH 3 MG/0.5 ML SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR[NP]	*	QL(2 cada 30 días)	AGENTES ANTIMIGRAÑOSOS
zolmitriptan 2.5 mg disintegrating tablet[NP]	*	QL(6 cada 30 días)	AGENTES ANTIMIGRAÑOSOS
zolmitriptan 2.5 mg nasal spray[NP]	*	QL(6 cada 30 días)	AGENTES ANTIMIGRAÑOSOS
zolmitriptan 2.5 mg tablet[NP]	*	QL(6 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(6 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(6 cada 30 días)	AGENTES ANTIMIGRAÑOSOS
zomig 2.5 mg tablet[NP]	*	QL(6 cada 30 días)	AGENTES ANTIMIGRAÑOSOS
ZOMIG 5 MG NASAL SPRAY[NP]	*	QL(6 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
benztropine 0.5 mg tablet	1		AGENTES ANTIPARKINSON
benztropine 1 mg tablet	1		AGENTES ANTIPARKINSON
benztropine 1 mg/ml injection solution	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	1		AGENTES ANTIPARKINSON
carbidopa 10 mg-levodopa 100 mg tablet	1		AGENTES ANTIPARKINSON
carbidopa 12.5 mg-levodopa 50 mg-entacapone 200 mg tablet	1		AGENTES ANTIPARKINSON
carbidopa 18.75 mg-levodopa 75 mg-entacapone 200 mg tablet	1		AGENTES ANTIPARKINSON
carbidopa 25 mg tablet	1		AGENTES ANTIPARKINSON
carbidopa 25 mg-levodopa 100 mg disintegrating tablet	1		AGENTES ANTIPARKINSON
carbidopa 25 mg-levodopa 100 mg tablet	1		AGENTES ANTIPARKINSON
carbidopa 25 mg-levodopa 100 mg-entacapone 200 mg tablet	1		AGENTES ANTIPARKINSON
carbidopa 25 mg-levodopa 250 mg disintegrating tablet	1		AGENTES ANTIPARKINSON
carbidopa 25 mg-levodopa 250 mg tablet	1		AGENTES ANTIPARKINSON

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	GRUPO DE NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
carbidopa 31.25 mg-levodopa 125 mg-entacapone 200 mg tablet	1		AGENTES ANTIPARKINSON
carbidopa 37.5 mg-levodopa 150 mg-entacapone 200 mg tablet	1		AGENTES ANTIPARKINSON
carbidopa 50 mg-levodopa 200 mg-entacapone 200 mg tablet	1		AGENTES ANTIPARKINSON
carbidopa er 25 mg-levodopa 100 mg tablet,extended release	1		AGENTES ANTIPARKINSON
carbidopa er 50 mg-levodopa 200 mg tablet,extended release	1		AGENTES ANTIPARKINSON
entacapone 200 mg tablet	1		AGENTES ANTIPARKINSON
LODOSYN 25 MG TABLET	1		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
pramipexole 1 mg tablet	1		AGENTES ANTIPARKINSON
pramipexole 1.5 mg tablet	1		AGENTES ANTIPARKINSON
rasagiline 0.5 mg tablet	1		AGENTES ANTIPARKINSON
rasagiline 1 mg tablet	1		AGENTES ANTIPARKINSON
ropinirole 0.25 mg tablet	1		AGENTES ANTIPARKINSON
ropinirole 0.5 mg tablet	1		AGENTES ANTIPARKINSON
ropinirole 1 mg tablet	1		AGENTES ANTIPARKINSON
ropinirole 2 mg tablet	1		AGENTES ANTIPARKINSON
ropinirole 3 mg tablet	1		AGENTES ANTIPARKINSON
ropinirole 4 mg tablet	1		AGENTES ANTIPARKINSON
ropinirole 5 mg tablet	1		AGENTES ANTIPARKINSON
selegiline 5 mg capsule	1		AGENTES ANTIPARKINSON
selegiline 5 mg tablet	1		AGENTES ANTIPARKINSON
trihexyphenidyl 0.4 mg/ml oral elixir	1		AGENTES ANTIPARKINSON
trihexyphenidyl 2 mg tablet	1		AGENTES ANTIPARKINSON
trihexyphenidyl 5 mg tablet	1		AGENTES ANTIPARKINSON
ACCUPRIL 10 MG TABLET[NP]	*		AGENTES CARDIOVASCULARES
ACCUPRIL 20 MG TABLET[NP]	*		AGENTES CARDIOVASCULARES
ACCUPRIL 40 MG TABLET[NP]	*		AGENTES CARDIOVASCULARES
ACCUPRIL 5 MG TABLET[NP]	*		AGENTES CARDIOVASCULARES
ACCURETIC 10 MG-12.5 MG TABLET[NP]	*		AGENTES CARDIOVASCULARES
ACCURETIC 20 MG-12.5 MG TABLET[NP]	*		AGENTES CARDIOVASCULARES
acebutolol 200 mg capsule	1		AGENTES CARDIOVASCULARES
acebutolol 400 mg capsule	1		AGENTES CARDIOVASCULARES
acetazolamide 125 mg tablet	1		AGENTES CARDIOVASCULARES
acetazolamide 250 mg tablet	1		AGENTES CARDIOVASCULARES

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	GRUPO DE NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
acetazolamide er 500 mg capsule,extended release	1		AGENTES CARDIOVASCULARES
ALTACE 10 MG CAPSULE[NP]	*		AGENTES CARDIOVASCULARES
ALTACE 2.5 MG CAPSULE[NP]	*		AGENTES CARDIOVASCULARES
ALTOPREV 20 MG TABLET,EXTENDED RELEASE[NP]	*		AGENTES CARDIOVASCULARES
ALTOPREV 40 MG TABLET,EXTENDED RELEASE[NP]	*		AGENTES CARDIOVASCULARES
ALTOPREV 60 MG TABLET,EXTENDED RELEASE[NP]	*		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		AGENTES CARDIOVASCULARES
amlodipine 10 mg-atorvastatin 10 mg tablet[NP]	*		AGENTES CARDIOVASCULARES
amlodipine 10 mg-atorvastatin 20 mg tablet[NP]	*		AGENTES CARDIOVASCULARES
amlodipine 10 mg-atorvastatin 40 mg tablet[NP]	*		AGENTES CARDIOVASCULARES
amlodipine 10 mg-atorvastatin 80 mg tablet[NP]	*		AGENTES CARDIOVASCULARES
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
amlodipine 10 mg-olmesartan 20 mg tablet[NP]	*		AGENTES CARDIOVASCULARES
amlodipine 10 mg-olmesartan 40 mg tablet[NP]	*		AGENTES CARDIOVASCULARES
amlodipine 10 mg-valsartan 160 mg tablet[NP]	*		AGENTES CARDIOVASCULARES
amlodipine 10 mg-valsartan 160 mg-hydrochlorothiazide 12.5 mg tablet[NP]	*		AGENTES CARDIOVASCULARES
amlodipine 10 mg-valsartan 160 mg-hydrochlorothiazide 25 mg tablet[NP]	*		AGENTES CARDIOVASCULARES
amlodipine 10 mg-valsartan 320 mg tablet[NP]	*		AGENTES CARDIOVASCULARES
amlodipine 10 mg-valsartan 320 mg-hydrochlorothiazide 25 mg tablet[NP]	*		AGENTES CARDIOVASCULARES
amlodipine 2.5 mg tablet	1		AGENTES CARDIOVASCULARES
amlodipine 2.5 mg-atorvastatin 10 mg tablet[NP]	*		AGENTES CARDIOVASCULARES

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	GRUPO DE NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
amlodipine 2.5 mg-atorvastatin 20 mg tablet[NP]	*		AGENTES CARDIOVASCULARES
amlodipine 2.5 mg-atorvastatin 40 mg tablet[NP]	*		AGENTES CARDIOVASCULARES
amlodipine 2.5 mg-benazepril 10 mg capsule	1	QL(30 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES
amlodipine 5 mg tablet	1		AGENTES CARDIOVASCULARES
amlodipine 5 mg-atorvastatin 10 mg tablet[NP]	*		AGENTES CARDIOVASCULARES
amlodipine 5 mg-atorvastatin 20 mg tablet[NP]	*		AGENTES CARDIOVASCULARES
amlodipine 5 mg-atorvastatin 40 mg tablet[NP]	*		AGENTES CARDIOVASCULARES
amlodipine 5 mg-atorvastatin 80 mg tablet[NP]	*		AGENTES CARDIOVASCULARES
amlodipine 5 mg-benazepril 10 mg capsule	1	QL(30 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES
amlodipine 5 mg-benazepril 20 mg capsule	1	QL(30 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES
amlodipine 5 mg-benazepril 40 mg capsule	1	QL(30 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES
amlodipine 5 mg-olmesartan 20 mg tablet[NP]	*		AGENTES CARDIOVASCULARES
amlodipine 5 mg-olmesartan 40 mg tablet[NP]	*		AGENTES CARDIOVASCULARES
amlodipine 5 mg-valsartan 160 mg tablet[NP]	*		AGENTES CARDIOVASCULARES
amlodipine 5 mg-valsartan 160 mg-hydrochlorothiazide 12.5 mg tablet[NP]	*		AGENTES CARDIOVASCULARES
amlodipine 5 mg-valsartan 160 mg-hydrochlorothiazide 25 mg tablet[NP]	*		AGENTES CARDIOVASCULARES
amlodipine 5 mg-valsartan 320 mg tablet[NP]	*		AGENTES CARDIOVASCULARES
ARBLI 10 MG/ML ORAL SUSPENSION[NP]	*		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]	*		AGENTES CARDIOVASCULARES
ATACAND HCT 32 MG-12.5 MG TABLET[NP]	*		AGENTES CARDIOVASCULARES
ATACAND HCT 32 MG-25 MG TABLET[NP]	*		AGENTES CARDIOVASCULARES
atenolol 100 mg tablet	1		AGENTES CARDIOVASCULARES
atenolol 100 mg-chlorthalidone 25 mg tablet	1		AGENTES CARDIOVASCULARES

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	GRUPO DE NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
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	1		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]	*		AGENTES CARDIOVASCULARES
AVALIDE 300 MG-12.5 MG TABLET[NP]	*		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
AVAPRO 75 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]	*		AGENTES CARDIOVASCULARES
AZOR 10 MG-40 MG TABLET[NP]	*		AGENTES CARDIOVASCULARES
AZOR 5 MG-20 MG TABLET[NP]	*		AGENTES CARDIOVASCULARES
AZOR 5 MG-40 MG TABLET[NP]	*		AGENTES CARDIOVASCULARES
benazepril 10 mg tablet	1		AGENTES CARDIOVASCULARES
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

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	GRUPO DE NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
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(90 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES
BENICAR HCT 20 MG-12.5 MG TABLET[NP]	*		AGENTES CARDIOVASCULARES
BENICAR HCT 40 MG-12.5 MG TABLET[NP]	*		AGENTES CARDIOVASCULARES
BENICAR HCT 40 MG-25 MG TABLET[NP]	*		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]	*	PA	AGENTES CARDIOVASCULARES
BETAPACE AF 160 MG TABLET[NP]	*	PA	AGENTES CARDIOVASCULARES
BETAPACE AF 80 MG TABLET[NP]	*	PA	AGENTES CARDIOVASCULARES
betaxolol 10 mg tablet[NP]	*		AGENTES CARDIOVASCULARES
betaxolol 20 mg tablet[NP]	*		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
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]	*		AGENTES CARDIOVASCULARES
BYSTOLIC 2.5 MG TABLET[NP]	*		AGENTES CARDIOVASCULARES
BYSTOLIC 20 MG TABLET[NP]	*		AGENTES CARDIOVASCULARES
BYSTOLIC 5 MG TABLET[NP]	*		AGENTES CARDIOVASCULARES

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	GRUPO DE NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
CADUET 10 MG-10 MG TABLET[NP]	*		AGENTES CARDIOVASCULARES
CADUET 10 MG-20 MG TABLET[NP]	*		AGENTES CARDIOVASCULARES
CADUET 10 MG-40 MG TABLET[NP]	*		AGENTES CARDIOVASCULARES
CADUET 10 MG-80 MG TABLET[NP]	*		AGENTES CARDIOVASCULARES
CADUET 5 MG-10 MG TABLET[NP]	*		AGENTES CARDIOVASCULARES
CADUET 5 MG-20 MG TABLET[NP]	*		AGENTES CARDIOVASCULARES
CADUET 5 MG-40 MG TABLET[NP]	*		AGENTES CARDIOVASCULARES
CADUET 5 MG-80 MG TABLET[NP]	*		AGENTES CARDIOVASCULARES
CAMZYOS 10 MG CAPSULE[NP]	*	PA,QL(30 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES
CAMZYOS 15 MG CAPSULE[NP]	*	PA,QL(30 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES
CAMZYOS 2.5 MG CAPSULE[NP]	*	PA,QL(30 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES
CAMZYOS 5 MG CAPSULE[NP]	*	PA,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[NP]	*		AGENTES CARDIOVASCULARES
candesartan 32 mg tablet[NP]	*	QL(30 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES
candesartan 32 mg-hydrochlorothiazide 12.5 mg tablet[NP]	*		AGENTES CARDIOVASCULARES
candesartan 32 mg-hydrochlorothiazide 25 mg tablet[NP]	*		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[NP]	*		AGENTES CARDIOVASCULARES
captopril 12.5 mg tablet[NP]	*		AGENTES CARDIOVASCULARES
captopril 25 mg tablet[NP]	*		AGENTES CARDIOVASCULARES
captopril 25 mg-hydrochlorothiazide 15 mg tablet[NP]	*		AGENTES CARDIOVASCULARES
captopril 25 mg-hydrochlorothiazide 25 mg tablet[NP]	*		AGENTES CARDIOVASCULARES
captopril 50 mg tablet[NP]	*		AGENTES CARDIOVASCULARES
captopril 50 mg-hydrochlorothiazide 15 mg tablet[NP]	*		AGENTES CARDIOVASCULARES
captopril 50 mg-hydrochlorothiazide 25 mg tablet[NP]	*		AGENTES CARDIOVASCULARES

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	GRUPO DE NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
cartia xt 120 mg capsule,extended release	1		AGENTES CARDIOVASCULARES
cartia xt 180 mg capsule,extended release	1		AGENTES CARDIOVASCULARES
cartia xt 240 mg capsule,extended release	1		AGENTES CARDIOVASCULARES
cartia xt 300 mg capsule,extended release	1		AGENTES CARDIOVASCULARES
carvedilol 12.5 mg tablet	1		AGENTES CARDIOVASCULARES
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[NP]	*		AGENTES CARDIOVASCULARES
cholestyramine light 4 gram oral powder	1		AGENTES CARDIOVASCULARES
cholestyramine light 4 gram powder for suspension in a packet[NP]	*		AGENTES CARDIOVASCULARES
clonidine 0.1 mg/24 hr weekly transdermal patch	1	PA,QL(4 cada 28 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES
clonidine 0.2 mg/24 hr weekly transdermal patch	1	PA,QL(8 cada 28 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES
clonidine 0.3 mg/24 hr weekly transdermal patch	1	PA,QL(8 cada 28 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES
clonidine hcl 0.05 mg tablet	1	PA	AGENTES CARDIOVASCULARES
clonidine hcl 0.1 mg tablet	1	PA,QL(360 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES
clonidine hcl 0.2 mg tablet	1	PA,QL(180 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES
clonidine hcl 0.3 mg tablet	1	PA,QL(120 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES
colesevelam 3.75 gram oral powder packet	1		AGENTES CARDIOVASCULARES
colesevelam 625 mg tablet	1		AGENTES CARDIOVASCULARES

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	GRUPO DE NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
COLESTID 1 GRAM TABLET[NP]	*		AGENTES CARDIOVASCULARES
COLESTID 5 GRAM ORAL GRANULES[NP]	*		AGENTES CARDIOVASCULARES
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]	*	PA,QL(60 cada 30 dÍas)	AGENTES CARDIOVASCULARES
CORLANOR 5 MG/5 ML ORAL SOLUTION	1	PA,QL(450 cada 30 dÍas)	AGENTES CARDIOVASCULARES
CORLANOR 7.5 MG TABLET[NP]	*	PA,QL(60 cada 30 dÍas)	AGENTES CARDIOVASCULARES
COZAAR 100 MG TABLET[NP]	*	QL(30 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 10 MG TABLET[NP]	*		AGENTES CARDIOVASCULARES
CRESTOR 20 MG TABLET[NP]	*		AGENTES CARDIOVASCULARES
CRESTOR 40 MG TABLET[NP]	*		AGENTES CARDIOVASCULARES
CRESTOR 5 MG TABLET[NP]	*		AGENTES CARDIOVASCULARES
digoxin 125 mcg (0.125 mg) tablet	1		AGENTES CARDIOVASCULARES
digoxin 250 mcg (0.25 mg) tablet	1		AGENTES CARDIOVASCULARES
digoxin 50 mcg/ml (0.05 mg/ml) oral solution	1		AGENTES CARDIOVASCULARES
dilt-xr 120 mg capsule, extended release	1		AGENTES CARDIOVASCULARES
dilt-xr 180 mg capsule, extended release	1		AGENTES CARDIOVASCULARES
dilt-xr 240 mg capsule, extended release	1		AGENTES CARDIOVASCULARES
diltiazem 120 mg tablet	1		AGENTES CARDIOVASCULARES
diltiazem 30 mg tablet	1		AGENTES CARDIOVASCULARES
diltiazem 5 mg/ml intravenous solution	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		AGENTES CARDIOVASCULARES

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	GRUPO DE NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
diltiazem cd 180 mg capsule,extended release 24 hr	1		AGENTES CARDIOVASCULARES
diltiazem cd 240 mg capsule,extended release 24 hr	1		AGENTES CARDIOVASCULARES
diltiazem cd 300 mg capsule,extended release 24 hr	1		AGENTES CARDIOVASCULARES
diltiazem cd 360 mg capsule,extended release 24 hr	1		AGENTES CARDIOVASCULARES
diltiazem er (xr/xt) 120 mg capsule,extended release 24 hr, controlled	1		AGENTES CARDIOVASCULARES
diltiazem er (xr/xt) 180 mg capsule,extended release 24 hr, controlled	1		AGENTES CARDIOVASCULARES
diltiazem er (xr/xt) 240 mg capsule,extended release 24 hr, controlled	1		AGENTES CARDIOVASCULARES
diltiazem er 120 mg capsule,extended release 12 hr	1		AGENTES CARDIOVASCULARES
diltiazem er 120 mg tablet,extended release 24 hr	1		AGENTES CARDIOVASCULARES
diltiazem er 180 mg tablet,extended release 24 hr	1		AGENTES CARDIOVASCULARES
diltiazem er 240 mg tablet,extended release 24 hr	1		AGENTES CARDIOVASCULARES
diltiazem er 300 mg tablet,extended release 24 hr	1		AGENTES CARDIOVASCULARES
diltiazem er 360 mg tablet,extended release 24 hr	1		AGENTES CARDIOVASCULARES
diltiazem er 420 mg tablet,extended release 24 hr	1		AGENTES CARDIOVASCULARES
diltiazem er 60 mg capsule,extended release 12 hr	1		AGENTES CARDIOVASCULARES
diltiazem er 90 mg capsule,extended release 12 hr	1		AGENTES CARDIOVASCULARES
DIOVAN 160 MG TABLET[NP]	*	QL(60 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES
DIOVAN 320 MG TABLET[NP]	*	QL(30 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]	*		AGENTES CARDIOVASCULARES
DIOVAN HCT 160 MG-25 MG TABLET[NP]	*		AGENTES CARDIOVASCULARES
DIOVAN HCT 320 MG-12.5 MG TABLET[NP]	*		AGENTES CARDIOVASCULARES
DIOVAN HCT 320 MG-25 MG TABLET[NP]	*		AGENTES CARDIOVASCULARES
DIOVAN HCT 80 MG-12.5 MG TABLET[NP]	*		AGENTES CARDIOVASCULARES
disopyramide phosphate 100 mg capsule	1		AGENTES CARDIOVASCULARES
disopyramide phosphate 150 mg capsule	1		AGENTES CARDIOVASCULARES

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	GRUPO DE NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
dofetilide 125 mcg capsule	1		AGENTES CARDIOVASCULARES
dofetilide 250 mcg capsule	1		AGENTES CARDIOVASCULARES
dofetilide 500 mcg capsule	1		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
EDARBI 40 MG TABLET	1	QL(30 cada 30 dÍas)	AGENTES CARDIOVASCULARES
EDARBI 80 MG TABLET	1	QL(30 cada 30 dÍas)	AGENTES CARDIOVASCULARES
EDARBYCLOR 40 MG-12.5 MG TABLET	1		AGENTES CARDIOVASCULARES
EDARBYCLOR 40 MG-25 MG TABLET	1		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
ENTRESTO 24 MG-26 MG TABLET[NP]	*		AGENTES CARDIOVASCULARES
ENTRESTO 49 MG-51 MG TABLET[NP]	*		AGENTES CARDIOVASCULARES
ENTRESTO 97 MG-103 MG TABLET[NP]	*		AGENTES CARDIOVASCULARES
ENTRESTO SPRINKLE 15 MG-16 MG ORAL PELLET[NP]	*	PA	AGENTES CARDIOVASCULARES
ENTRESTO SPRINKLE 6 MG-6 MG ORAL PELLET[NP]	*	PA	AGENTES CARDIOVASCULARES
EPANED 1 MG/ML ORAL SOLUTION[NP]	*		AGENTES CARDIOVASCULARES
eplerenone 25 mg tablet	1		AGENTES CARDIOVASCULARES
eplerenone 50 mg tablet	1		AGENTES CARDIOVASCULARES
EVKEEZA 150 MG/ML INTRAVENOUS SOLUTION[NP]	*	PA	AGENTES CARDIOVASCULARES

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	GRUPO DE NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
EXFORGE 10 MG-160 MG TABLET[NP]	*		AGENTES CARDIOVASCULARES
EXFORGE 10 MG-320 MG TABLET[NP]	*		AGENTES CARDIOVASCULARES
EXFORGE 5 MG-160 MG TABLET[NP]	*		AGENTES CARDIOVASCULARES
EXFORGE 5 MG-320 MG TABLET[NP]	*		AGENTES CARDIOVASCULARES
EXFORGE HCT 10 MG-160 MG-12.5 MG TABLET[NP]	*		AGENTES CARDIOVASCULARES
EXFORGE HCT 10 MG-160 MG-25 MG TABLET[NP]	*		AGENTES CARDIOVASCULARES
EXFORGE HCT 10 MG-320 MG-25 MG TABLET[NP]	*		AGENTES CARDIOVASCULARES
EXFORGE HCT 5 MG-160 MG-12.5 MG TABLET[NP]	*		AGENTES CARDIOVASCULARES
EXFORGE HCT 5 MG-160 MG-25 MG TABLET[NP]	*		AGENTES CARDIOVASCULARES
EZALLOR SPRINKLE 10 MG CAPSULE[NP]	*		AGENTES CARDIOVASCULARES
EZALLOR SPRINKLE 20 MG CAPSULE[NP]	*		AGENTES CARDIOVASCULARES
EZALLOR SPRINKLE 40 MG CAPSULE[NP]	*		AGENTES CARDIOVASCULARES
EZALLOR SPRINKLE 5 MG CAPSULE[NP]	*		AGENTES CARDIOVASCULARES
ezetimibe 10 mg tablet	1		AGENTES CARDIOVASCULARES
ezetimibe 10 mg-simvastatin 10 mg tablet	1	ST	AGENTES CARDIOVASCULARES
ezetimibe 10 mg-simvastatin 20 mg tablet	1	ST	AGENTES CARDIOVASCULARES
ezetimibe 10 mg-simvastatin 40 mg tablet	1	ST	AGENTES CARDIOVASCULARES
ezetimibe 10 mg-simvastatin 80 mg tablet	1	ST	AGENTES CARDIOVASCULARES
felodipine er 10 mg tablet,extended release 24 hr	1		AGENTES CARDIOVASCULARES
felodipine er 2.5 mg tablet,extended release 24 hr	1		AGENTES CARDIOVASCULARES
felodipine er 5 mg tablet,extended release 24 hr	1		AGENTES CARDIOVASCULARES
fenofibrate 120 mg tablet[NP]	*		AGENTES CARDIOVASCULARES
fenofibrate 150 mg capsule[NP]	*		AGENTES CARDIOVASCULARES
fenofibrate 160 mg tablet	1		AGENTES CARDIOVASCULARES
fenofibrate 40 mg tablet[NP]	*		AGENTES CARDIOVASCULARES
fenofibrate 50 mg capsule[NP]	*		AGENTES CARDIOVASCULARES
fenofibrate 54 mg tablet	1		AGENTES CARDIOVASCULARES

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	GRUPO DE NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
fenofibrate micronized 130 mg capsule	1		AGENTES CARDIOVASCULARES
fenofibrate micronized 134 mg capsule	1		AGENTES CARDIOVASCULARES
fenofibrate micronized 200 mg capsule	1		AGENTES CARDIOVASCULARES
fenofibrate micronized 43 mg capsule	1		AGENTES CARDIOVASCULARES
fenofibrate micronized 67 mg capsule	1		AGENTES CARDIOVASCULARES
fenofibrate nanocrystallized 145 mg tablet	1		AGENTES CARDIOVASCULARES
fenofibrate nanocrystallized 48 mg tablet	1		AGENTES CARDIOVASCULARES
fenofibric acid (choline) 135 mg capsule,delayed release[NP]	*		AGENTES CARDIOVASCULARES
fenofibric acid (choline) 45 mg capsule,delayed release[NP]	*		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]	*		AGENTES CARDIOVASCULARES
fluvastatin 40 mg capsule[NP]	*		AGENTES CARDIOVASCULARES
fluvastatin er 80 mg tablet,extended release 24 hr[NP]	*		AGENTES CARDIOVASCULARES
fosinopril 10 mg tablet	1		AGENTES CARDIOVASCULARES
fosinopril 10 mg-hydrochlorothiazide 12.5 mg tablet[NP]	*		AGENTES CARDIOVASCULARES
fosinopril 20 mg tablet	1		AGENTES CARDIOVASCULARES
fosinopril 20 mg-hydrochlorothiazide 12.5 mg tablet[NP]	*		AGENTES CARDIOVASCULARES
fosinopril 40 mg tablet	1		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		AGENTES CARDIOVASCULARES
guanfacine 1 mg tablet	1	PA,QL(90 cada 30 dÍas)	AGENTES CARDIOVASCULARES

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	GRUPO DE NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
guanfacine 2 mg tablet	1	PA,QL(90 cada 30 dÍas)	AGENTES CARDIOVASCULARES
HEMANGEOL 4.28 MG/ML ORAL SOLUTION[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]	*		AGENTES CARDIOVASCULARES
HYZAAR 100 MG-25 MG TABLET[NP]	*		AGENTES CARDIOVASCULARES
HYZAAR 50 MG-12.5 MG TABLET[NP]	*		AGENTES CARDIOVASCULARES
icosapent ethyl 0.5 gram capsule	1	QL(120 cada 30 dÍas)	AGENTES CARDIOVASCULARES
icosapent ethyl 1 gram capsule	1	QL(120 cada 30 dÍas)	AGENTES CARDIOVASCULARES
indapamide 1.25 mg tablet	1		AGENTES CARDIOVASCULARES
indapamide 2.5 mg tablet	1		AGENTES CARDIOVASCULARES
INDERAL LA 120 MG CAPSULE,EXTENDED RELEASE[NP]	*		AGENTES CARDIOVASCULARES
INDERAL LA 160 MG CAPSULE,EXTENDED RELEASE[NP]	*		AGENTES CARDIOVASCULARES
INDERAL LA 60 MG CAPSULE,EXTENDED RELEASE[NP]	*		AGENTES CARDIOVASCULARES
INDERAL LA 80 MG CAPSULE,EXTENDED RELEASE[NP]	*		AGENTES CARDIOVASCULARES
INDERAL XL 120 MG CAPSULE,EXTENDED RELEASE[NP]	*		AGENTES CARDIOVASCULARES
INDERAL XL 80 MG CAPSULE,EXTENDED RELEASE[NP]	*		AGENTES CARDIOVASCULARES
INNOPRAN XL 120 MG CAPSULE,EXTENDED RELEASE[NP]	*		AGENTES CARDIOVASCULARES
INNOPRAN XL 80 MG CAPSULE,EXTENDED RELEASE[NP]	*		AGENTES CARDIOVASCULARES
INPEFA 200 MG TABLET[NP]	*		AGENTES CARDIOVASCULARES
INPEFA 400 MG TABLET[NP]	*		AGENTES CARDIOVASCULARES

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	GRUPO DE NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
irbesartan 150 mg tablet	1	QL(30 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES
irbesartan 150 mg-hydrochlorothiazide 12.5 mg tablet[NP]	*		AGENTES CARDIOVASCULARES
irbesartan 300 mg tablet	1	QL(30 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES
irbesartan 300 mg-hydrochlorothiazide 12.5 mg tablet[NP]	*		AGENTES CARDIOVASCULARES
irbesartan 75 mg tablet	1	QL(30 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES
isosorbide 20 mg-hydralazine 37.5 mg tablet	1		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
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	1	PA,QL(60 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES
ivabradine 7.5 mg tablet	1	PA,QL(60 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES
JUXTAPID 10 MG CAPSULE[NP]	*	PA,QL(30 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES
JUXTAPID 2 MG CAPSULE[NP]	*	PA	AGENTES CARDIOVASCULARES
JUXTAPID 20 MG CAPSULE[NP]	*	PA,QL(60 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES
JUXTAPID 30 MG CAPSULE[NP]	*	PA,QL(60 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES
JUXTAPID 5 MG CAPSULE[NP]	*	PA,QL(90 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES
KAPSPARGO SPRINKLE 100 MG CAPSULE,EXTENDED RELEASE[NP]	*		AGENTES CARDIOVASCULARES
KAPSPARGO SPRINKLE 200 MG CAPSULE,EXTENDED RELEASE[NP]	*		AGENTES CARDIOVASCULARES

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	GRUPO DE NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
KAPSPARGO SPRINKLE 25 MG CAPSULE,EXTENDED RELEASE[NP]	*		AGENTES CARDIOVASCULARES
KAPSPARGO SPRINKLE 50 MG CAPSULE,EXTENDED RELEASE[NP]	*		AGENTES CARDIOVASCULARES
KATERZIA 1 MG/ML ORAL SUSPENSION[NP]	*		AGENTES CARDIOVASCULARES
labetalol 100 mg tablet	1		AGENTES CARDIOVASCULARES
labetalol 200 mg tablet	1		AGENTES CARDIOVASCULARES
labetalol 300 mg tablet	1		AGENTES CARDIOVASCULARES
labetalol 400 mg tablet	1		AGENTES CARDIOVASCULARES
LEQVIO 284 MG/1.5 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE[NP]	*	PA,QL(4.5 cada 365 dÍas)	AGENTES CARDIOVASCULARES
LESCOL XL 80 MG TABLET,EXTENDED RELEASE[NP]	*		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]	*		AGENTES CARDIOVASCULARES
LIPOFEN 50 MG CAPSULE[NP]	*		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]	*		AGENTES CARDIOVASCULARES
LIVALO 2 MG TABLET[NP]	*		AGENTES CARDIOVASCULARES
LIVALO 4 MG TABLET[NP]	*		AGENTES CARDIOVASCULARES

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	GRUPO DE NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
LOPID 600 MG TABLET[NP]	*		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(30 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES
losartan 100 mg-hydrochlorothiazide 12.5 mg tablet	1		AGENTES CARDIOVASCULARES
losartan 100 mg-hydrochlorothiazide 25 mg tablet	1		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		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
LOTREL 10 MG-20 MG CAPSULE[NP]	*	QL(30 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES
LOTREL 10 MG-40 MG CAPSULE[NP]	*	QL(30 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES
LOTREL 5 MG-10 MG CAPSULE[NP]	*	QL(30 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES
LOTREL 5 MG-20 MG CAPSULE[NP]	*	QL(30 cada 30 días)	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[NP]	*		AGENTES CARDIOVASCULARES
matzim la 240 mg tablet,extended release[NP]	*		AGENTES CARDIOVASCULARES
matzim la 300 mg tablet,extended release[NP]	*		AGENTES CARDIOVASCULARES
matzim la 360 mg tablet,extended release[NP]	*		AGENTES CARDIOVASCULARES

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	GRUPO DE NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
matzim la 420 mg tablet,extended release[NP]	*		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[NP]	*		AGENTES CARDIOVASCULARES
metoprolol tartrate 100 mg-hydrochlorothiazide 50 mg tablet[NP]	*		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[NP]	*		AGENTES CARDIOVASCULARES
metoprolol tartrate 75 mg tablet	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 20 MG TABLET[NP]	*	QL(30 cada 30 dÍas)	AGENTES CARDIOVASCULARES
MICARDIS 40 MG TABLET[NP]	*	QL(30 cada 30 dÍas)	AGENTES CARDIOVASCULARES
MICARDIS 80 MG TABLET[NP]	*	QL(30 cada 30 dÍas)	AGENTES CARDIOVASCULARES
MICARDIS HCT 40 MG-12.5 MG TABLET[NP]	*		AGENTES CARDIOVASCULARES
MICARDIS HCT 80 MG-12.5 MG TABLET[NP]	*		AGENTES CARDIOVASCULARES

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	GRUPO DE NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
MICARDIS HCT 80 MG-25 MG TABLET[NP]	*		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[NP]	*		AGENTES CARDIOVASCULARES
moexipril 7.5 mg tablet[NP]	*		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	1		AGENTES CARDIOVASCULARES
nebivolol 2.5 mg tablet	1		AGENTES CARDIOVASCULARES
nebivolol 20 mg tablet	1		AGENTES CARDIOVASCULARES
nebivolol 5 mg tablet	1		AGENTES CARDIOVASCULARES
NEXLETOL 180 MG TABLET[NP]	*		AGENTES CARDIOVASCULARES
NEXLIZET 180 MG-10 MG TABLET[NP]	*		AGENTES CARDIOVASCULARES
niacin 500 mg tablet	1		AGENTES CARDIOVASCULARES
niacin er 1,000 mg tablet,extended release 24 hr[NP]	*	PA	AGENTES CARDIOVASCULARES
niacin er 500 mg tablet,extended release 24 hr[NP]	*	PA	AGENTES CARDIOVASCULARES
niacin er 750 mg tablet,extended release 24 hr[NP]	*	PA	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		AGENTES CARDIOVASCULARES
nifedipine er 30 mg tablet,extended release 24 hr	1		AGENTES CARDIOVASCULARES

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	GRUPO DE NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
nifedipine er 60 mg tablet,extended release	1		AGENTES CARDIOVASCULARES
nifedipine er 60 mg tablet,extended release 24 hr	1		AGENTES CARDIOVASCULARES
nifedipine er 90 mg tablet,extended release	1		AGENTES CARDIOVASCULARES
nifedipine er 90 mg tablet,extended release 24 hr	1		AGENTES CARDIOVASCULARES
nimodipine 30 mg capsule	1		AGENTES CARDIOVASCULARES
nisoldipine er 17 mg tablet,extended release 24 hr[NP]	*		AGENTES CARDIOVASCULARES
nisoldipine er 20 mg tablet,extended release 24 hr[NP]	*		AGENTES CARDIOVASCULARES
nisoldipine er 25.5 mg tablet,extended release 24 hr[NP]	*		AGENTES CARDIOVASCULARES
nisoldipine er 30 mg tablet,extended release 24 hr[NP]	*		AGENTES CARDIOVASCULARES
nisoldipine er 34 mg tablet,extended release 24 hr[NP]	*		AGENTES CARDIOVASCULARES
nisoldipine er 40 mg tablet,extended release 24 hr[NP]	*		AGENTES CARDIOVASCULARES
nisoldipine er 8.5 mg tablet,extended release 24 hr[NP]	*		AGENTES CARDIOVASCULARES
NITRO-BID 2 % TRANSDERMAL OINTMENT	1		AGENTES CARDIOVASCULARES
nitroglycerin 0.1 mg/hr transdermal 24 hour patch	1		AGENTES CARDIOVASCULARES
nitroglycerin 0.2 mg/hr transdermal 24 hour patch	1		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		AGENTES CARDIOVASCULARES
nitroglycerin 0.6 mg sublingual tablet	1		AGENTES CARDIOVASCULARES
nitroglycerin 0.6 mg/hr transdermal 24 hour patch	1		AGENTES CARDIOVASCULARES
nitroglycerin 2 % transdermal ointment	1		AGENTES CARDIOVASCULARES
NORLIQVA 1 MG/ML ORAL SOLUTION	1	PA	AGENTES CARDIOVASCULARES
NORVASC 10 MG TABLET[NP]	*		AGENTES CARDIOVASCULARES
NORVASC 2.5 MG TABLET[NP]	*		AGENTES CARDIOVASCULARES
NORVASC 5 MG TABLET[NP]	*		AGENTES CARDIOVASCULARES
NYMALIZE 30 MG/5 ML ORAL SYRINGE (FOR ORAL USE ONLY)[NP]	*		AGENTES CARDIOVASCULARES
NYMALIZE 60 MG/10 ML ORAL SOLUTION[NP]	*		AGENTES CARDIOVASCULARES

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	GRUPO DE NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
NYMALIZE 60 MG/10 ML ORAL SYRINGE (FOR ORAL USE ONLY)[NP]	*		AGENTES CARDIOVASCULARES
olmesartan 20 mg tablet	1	QL(30 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES
olmesartan 20 mg-amlodipine 5 mg-hydrochlorothiazide 12.5 mg tablet[NP]	*		AGENTES CARDIOVASCULARES
olmesartan 20 mg-hydrochlorothiazide 12.5 mg tablet[NP]	*		AGENTES CARDIOVASCULARES
olmesartan 40 mg tablet	1	QL(30 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES
olmesartan 40 mg-amlodipine 10 mg-hydrochlorothiazide 12.5 mg tablet[NP]	*		AGENTES CARDIOVASCULARES
olmesartan 40 mg-amlodipine 10 mg-hydrochlorothiazide 25 mg tablet[NP]	*		AGENTES CARDIOVASCULARES
olmesartan 40 mg-amlodipine 5 mg-hydrochlorothiazide 12.5 mg tablet[NP]	*		AGENTES CARDIOVASCULARES
olmesartan 40 mg-amlodipine 5 mg-hydrochlorothiazide 25 mg tablet[NP]	*		AGENTES CARDIOVASCULARES
olmesartan 40 mg-hydrochlorothiazide 12.5 mg tablet[NP]	*		AGENTES CARDIOVASCULARES
olmesartan 40 mg-hydrochlorothiazide 25 mg tablet[NP]	*		AGENTES CARDIOVASCULARES
olmesartan 5 mg tablet	1	QL(90 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES
omega-3 acid ethyl esters 1 gram capsule	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
pindolol 10 mg tablet[NP]	*		AGENTES CARDIOVASCULARES
pindolol 5 mg tablet[NP]	*		AGENTES CARDIOVASCULARES
pitavastatin calcium 1 mg tablet[NP]	*		AGENTES CARDIOVASCULARES
pitavastatin calcium 2 mg tablet[NP]	*		AGENTES CARDIOVASCULARES
pitavastatin calcium 4 mg tablet[NP]	*		AGENTES CARDIOVASCULARES
PRALUENT PEN 150 MG/ML SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR	1	PA,QL(2 cada 28 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES
PRALUENT PEN 75 MG/ML SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR	1	PA,QL(2 cada 28 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES
pravastatin 10 mg tablet	1		AGENTES CARDIOVASCULARES
pravastatin 20 mg tablet	1		AGENTES CARDIOVASCULARES

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	GRUPO DE NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
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]	*		AGENTES CARDIOVASCULARES
PROCARDIA XL 60 MG TABLET,EXTENDED RELEASE[NP]	*		AGENTES CARDIOVASCULARES
PROCARDIA XL 90 MG TABLET,EXTENDED RELEASE[NP]	*		AGENTES CARDIOVASCULARES
propafenone 150 mg tablet	1		AGENTES CARDIOVASCULARES
propafenone 225 mg tablet	1		AGENTES CARDIOVASCULARES
propafenone 300 mg tablet	1		AGENTES CARDIOVASCULARES
propranolol 1 mg/ml intravenous solution	1		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
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]	*		AGENTES CARDIOVASCULARES
QUESTRAN 4 GRAM ORAL POWDER[NP]	*		AGENTES CARDIOVASCULARES

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	GRUPO DE NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
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[NP]	*		AGENTES CARDIOVASCULARES
quinapril 10 mg-hydrochlorothiazide 12.5 mg tablet[NP]	*		AGENTES CARDIOVASCULARES
quinapril 20 mg tablet[NP]	*		AGENTES CARDIOVASCULARES
quinapril 20 mg-hydrochlorothiazide 12.5 mg tablet[NP]	*		AGENTES CARDIOVASCULARES
quinapril 20 mg-hydrochlorothiazide 25 mg tablet[NP]	*		AGENTES CARDIOVASCULARES
quinapril 40 mg tablet[NP]	*		AGENTES CARDIOVASCULARES
quinapril 5 mg tablet[NP]	*		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	1		AGENTES CARDIOVASCULARES
ranolazine er 500 mg tablet,extended release,12 hr	1		AGENTES CARDIOVASCULARES
REPATHA PUSHTRONEX 420 MG/3.5 ML SUBCUTANEOUS WEARABLE INJECTOR	1	PA,QL(3.5 cada 28 dÍas)	AGENTES CARDIOVASCULARES
REPATHA SURECLICK 140 MG/ML SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR	1	PA,QL(3 cada 28 dÍas)	AGENTES CARDIOVASCULARES
REPATHA SYRINGE 140 MG/ML SUBCUTANEOUS SYRINGE	1	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	1		AGENTES CARDIOVASCULARES
sacubitril 49 mg-valsartan 51 mg tablet	1		AGENTES CARDIOVASCULARES
sacubitril 97 mg-valsartan 103 mg tablet	1		AGENTES CARDIOVASCULARES

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	GRUPO DE NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
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	1		AGENTES CARDIOVASCULARES
sotalol af 160 mg tablet	1		AGENTES CARDIOVASCULARES
sotalol af 80 mg tablet	1		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
spironolactone 25 mg-hydrochlorothiazide 25 mg tablet	1		AGENTES CARDIOVASCULARES
spironolactone 50 mg tablet	1		AGENTES CARDIOVASCULARES
SULAR 17 MG TABLET,EXTENDED RELEASE[NP]	*		AGENTES CARDIOVASCULARES
SULAR 34 MG TABLET,EXTENDED RELEASE[NP]	*		AGENTES CARDIOVASCULARES
SULAR 8.5 MG TABLET,EXTENDED RELEASE[NP]	*		AGENTES CARDIOVASCULARES
TEKTURNA 150 MG TABLET	1		AGENTES CARDIOVASCULARES
TEKTURNA 300 MG TABLET	1		AGENTES CARDIOVASCULARES
telmisartan 20 mg tablet	1	QL(30 cada 30 dÍas)	AGENTES CARDIOVASCULARES
telmisartan 40 mg tablet	1	QL(30 cada 30 dÍas)	AGENTES CARDIOVASCULARES
telmisartan 40 mg-amlodipine 10 mg tablet[NP]	*		AGENTES CARDIOVASCULARES
telmisartan 40 mg-amlodipine 5 mg tablet[NP]	*		AGENTES CARDIOVASCULARES
telmisartan 40 mg-hydrochlorothiazide 12.5 mg tablet[NP]	*		AGENTES CARDIOVASCULARES

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	GRUPO DE NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
telmisartan 80 mg tablet	1	QL(30 cada 30 dÍas)	AGENTES CARDIOVASCULARES
telmisartan 80 mg-amlodipine 10 mg tablet[NP]	*		AGENTES CARDIOVASCULARES
telmisartan 80 mg-amlodipine 5 mg tablet[NP]	*		AGENTES CARDIOVASCULARES
telmisartan 80 mg-hydrochlorothiazide 12.5 mg tablet[NP]	*		AGENTES CARDIOVASCULARES
telmisartan 80 mg-hydrochlorothiazide 25 mg tablet[NP]	*		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
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
tiadylt er 120 mg capsule,extended release	1		AGENTES CARDIOVASCULARES
tiadylt er 180 mg capsule,extended release	1		AGENTES CARDIOVASCULARES
tiadylt er 240 mg capsule,extended release	1		AGENTES CARDIOVASCULARES
tiadylt er 300 mg capsule,extended release	1		AGENTES CARDIOVASCULARES
tiadylt er 360 mg capsule,extended release	1		AGENTES CARDIOVASCULARES
tiadylt er 420 mg capsule,extended release	1		AGENTES CARDIOVASCULARES
timolol 10 mg tablet[NP]	*		AGENTES CARDIOVASCULARES
timolol 20 mg tablet[NP]	*		AGENTES CARDIOVASCULARES
timolol 5 mg tablet[NP]	*		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

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	GRUPO DE NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
torsemide 10 mg tablet	1		AGENTES CARDIOVASCULARES
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[NP]	*		AGENTES CARDIOVASCULARES
trandolapril 1 mg-verapamil er 240 mg tablet,immed-exten release 24 hr[NP]	*	QL(30 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES
trandolapril 2 mg tablet[NP]	*		AGENTES CARDIOVASCULARES
trandolapril 2 mg-verapamil er 180 mg tablet,immed-exten release 24 hr[NP]	*	QL(30 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES
trandolapril 2 mg-verapamil er 240 mg tablet,immed-exten release 24 hr[NP]	*	QL(30 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES
trandolapril 4 mg tablet[NP]	*		AGENTES CARDIOVASCULARES
trandolapril 4 mg-verapamil er 240 mg tablet,immed-exten release 24 hr[NP]	*	QL(30 cada 30 días)	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 75 mg-hydrochlorothiazide 50 mg tablet	1		AGENTES CARDIOVASCULARES
TRIBENZOR 20 MG-5 MG-12.5 MG TABLET[NP]	*		AGENTES CARDIOVASCULARES
TRIBENZOR 40 MG-10 MG-12.5 MG TABLET[NP]	*		AGENTES CARDIOVASCULARES
TRIBENZOR 40 MG-10 MG-25 MG TABLET[NP]	*		AGENTES CARDIOVASCULARES
TRIBENZOR 40 MG-5 MG-12.5 MG TABLET[NP]	*		AGENTES CARDIOVASCULARES
TRIBENZOR 40 MG-5 MG-25 MG TABLET[NP]	*		AGENTES CARDIOVASCULARES
TRILIPIX 45 MG CAPSULE,DELAYED RELEASE[NP]	*		AGENTES CARDIOVASCULARES
TRYNGOLZA 50 MG/0.8 ML SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR[NP]	*	PA	AGENTES CARDIOVASCULARES
TRYNGOLZA 80 MG/0.8 ML SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR[NP]	*	PA,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		AGENTES CARDIOVASCULARES
valsartan 160 mg-hydrochlorothiazide 25 mg tablet	1		AGENTES CARDIOVASCULARES
valsartan 320 mg tablet	1	QL(30 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES
valsartan 320 mg-hydrochlorothiazide 12.5 mg tablet	1		AGENTES CARDIOVASCULARES

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	GRUPO DE NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
valsartan 320 mg-hydrochlorothiazide 25 mg tablet	1		AGENTES CARDIOVASCULARES
valsartan 4 mg/ml oral solution[NP]	*		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		AGENTES CARDIOVASCULARES
VASERETIC 10 MG-25 MG TABLET[NP]	*		AGENTES CARDIOVASCULARES
verapamil 120 mg tablet	1		AGENTES CARDIOVASCULARES
verapamil 40 mg tablet	1		AGENTES CARDIOVASCULARES
verapamil 80 mg tablet	1		AGENTES CARDIOVASCULARES
verapamil er (pm) 100 mg capsule 24hr pellet ct,ext.release[NP]	*		AGENTES CARDIOVASCULARES
verapamil er (pm) 200 mg capsule 24hr pellet ct,ext.release[NP]	*		AGENTES CARDIOVASCULARES
verapamil er (pm) 300 mg capsule 24hr pellet ct,ext.release[NP]	*		AGENTES CARDIOVASCULARES
verapamil er (sr) 120 mg tablet,extended release	1		AGENTES CARDIOVASCULARES
verapamil er (sr) 180 mg tablet,extended release	1		AGENTES CARDIOVASCULARES
verapamil er (sr) 240 mg tablet,extended release	1		AGENTES CARDIOVASCULARES
verapamil er 120 mg 24 hr capsule,extended release	1		AGENTES CARDIOVASCULARES
verapamil er 180 mg 24 hr capsule,extended release	1		AGENTES CARDIOVASCULARES
verapamil er 240 mg 24 hr capsule,extended release	1		AGENTES CARDIOVASCULARES
verapamil er 360 mg 24 hr capsule,extended release	1		AGENTES CARDIOVASCULARES
VERELAN PM 100 MG CAPSULE, EXTENDED RELEASE[NP]	*		AGENTES CARDIOVASCULARES
VERELAN PM 200 MG CAPSULE, EXTENDED RELEASE[NP]	*		AGENTES CARDIOVASCULARES
VERELAN PM 300 MG CAPSULE, EXTENDED RELEASE[NP]	*		AGENTES CARDIOVASCULARES
VERQUVO 10 MG TABLET[NP]	*	PA,QL(30 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES
VERQUVO 2.5 MG TABLET[NP]	*	PA,QL(30 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES
VERQUVO 5 MG TABLET[NP]	*	PA,QL(30 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES
VYTORIN 10 MG-10 MG TABLET[NP]	*		AGENTES CARDIOVASCULARES
VYTORIN 10 MG-20 MG TABLET[NP]	*		AGENTES CARDIOVASCULARES

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	GRUPO DE NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
VYTORIN 10 MG-40 MG TABLET[NP]	*		AGENTES CARDIOVASCULARES
VYTORIN 10 MG-80 MG TABLET[NP]	*		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]	*		AGENTES CARDIOVASCULARES
ZOCOR 10 MG TABLET[NP]	*		AGENTES CARDIOVASCULARES
ZOCOR 20 MG TABLET[NP]	*		AGENTES CARDIOVASCULARES
ZOCOR 40 MG TABLET[NP]	*		AGENTES CARDIOVASCULARES
ZYPITAMAG 2 MG TABLET[NP]	*		AGENTES CARDIOVASCULARES
ZYPITAMAG 4 MG TABLET[NP]	*		AGENTES CARDIOVASCULARES
ACTONEL 150 MG TABLET[NP]	*		AGENTES DE ENFERMEDADES ÓSEAS METABÓLICAS
ACTONEL 35 MG TABLET[NP]	*		AGENTES DE ENFERMEDADES ÓSEAS METABÓLICAS
alendronate 10 mg tablet	1		AGENTES DE ENFERMEDADES ÓSEAS METABÓLICAS
alendronate 35 mg tablet	1		AGENTES DE ENFERMEDADES ÓSEAS METABÓLICAS
alendronate 5 mg tablet	1		AGENTES DE ENFERMEDADES ÓSEAS METABÓLICAS
alendronate 70 mg tablet	1		AGENTES DE ENFERMEDADES ÓSEAS METABÓLICAS
alendronate 70 mg/75 ml oral solution[NP]	*		AGENTES DE ENFERMEDADES ÓSEAS METABÓLICAS
ATELVIA 35 MG TABLET,DELAYED RELEASE[NP]	*		AGENTES DE ENFERMEDADES ÓSEAS METABÓLICAS

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	GRUPO DE NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
AUKELSO 120 MG/1.7 ML (70 MG/ML) SUBCUTANEOUS SOLUTION[NP]	*	PA	AGENTES DE ENFERMEDADES ÓSEAS METABÓLICAS
BILDYOS 60 MG/ML SUBCUTANEOUS SYRINGE[NP]	*	PA,QL(1 cada 168 dÍas)	AGENTES DE ENFERMEDADES ÓSEAS METABÓLICAS
BILPREVDA 120 MG/1.7 ML (70 MG/ML) SUBCUTANEOUS SOLUTION[NP]	*	PA	AGENTES DE ENFERMEDADES ÓSEAS METABÓLICAS
BINOSTO 70 MG EFFERVESCENT TABLET[NP]	*		AGENTES DE ENFERMEDADES ÓSEAS METABÓLICAS
BOMYNTRA 120 MG/1.7 ML (70 MG/ML) SUBCUTANEOUS SOLUTION[NP]	*	PA	AGENTES DE ENFERMEDADES ÓSEAS METABÓLICAS
BOMYNTRA 120 MG/1.7 ML (70 MG/ML) SUBCUTANEOUS SYRINGE[NP]	*	PA	AGENTES DE ENFERMEDADES ÓSEAS METABÓLICAS
BONSITY 20 MCG/DOSE (560 MCG/2.24 ML) SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR[NP]	*	PA	AGENTES DE ENFERMEDADES ÓSEAS METABÓLICAS
BOSAYA 60 MG/ML SUBCUTANEOUS SYRINGE[NP]	*	PA,QL(1 cada 168 dÍas)	AGENTES DE ENFERMEDADES ÓSEAS METABÓLICAS
calcitonin (salmon) 200 unit/actuation nasal spray	1		AGENTES DE ENFERMEDADES ÓSEAS METABÓLICAS
calcitonin (salmon) 200 unit/ml injection solution[NP]	*		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	1		AGENTES DE ENFERMEDADES ÓSEAS METABÓLICAS
cinacalcet 60 mg tablet	1		AGENTES DE ENFERMEDADES ÓSEAS METABÓLICAS
cinacalcet 90 mg tablet	1		AGENTES DE ENFERMEDADES ÓSEAS METABÓLICAS
CONEXXENCE 60 MG/ML SUBCUTANEOUS SYRINGE[NP]	*	PA,QL(1 cada 168 dÍas)	AGENTES DE ENFERMEDADES ÓSEAS METABÓLICAS
ENOBY 60 MG/ML SUBCUTANEOUS SYRINGE[NP]	*	PA,QL(1 cada 168 dÍas)	AGENTES DE ENFERMEDADES ÓSEAS METABÓLICAS
EVENITY 105 MG/1.17 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE[NP]	*	PA	AGENTES DE ENFERMEDADES ÓSEAS METABÓLICAS
EVENITY 210 MG/2.34 ML (105 MG/1.17 ML X 2) SUBCUTANEOUS SYRINGE[NP]	*	PA	AGENTES DE ENFERMEDADES ÓSEAS METABÓLICAS
FORTEO 20 MCG/DOSE (560 MCG/2.24 ML) SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR	1	PA	AGENTES DE ENFERMEDADES ÓSEAS METABÓLICAS
FOSAMAX 70 MG TABLET[NP]	*		AGENTES DE ENFERMEDADES ÓSEAS METABÓLICAS
FOSAMAX PLUS D 70 MG-2,800 UNIT TABLET[NP]	*		AGENTES DE ENFERMEDADES ÓSEAS METABÓLICAS
FOSAMAX PLUS D 70 MG-5,600 UNIT TABLET[NP]	*		AGENTES DE ENFERMEDADES ÓSEAS METABÓLICAS
ibandronate 150 mg tablet	1		AGENTES DE ENFERMEDADES ÓSEAS METABÓLICAS
ibandronate 3 mg/3 ml intravenous syringe[NP]	*	QL(3 cada 90 dÍas)	AGENTES DE ENFERMEDADES ÓSEAS METABÓLICAS
JUBBONTI 60 MG/ML SUBCUTANEOUS SYRINGE[NP]	*	PA,QL(1 cada 168 dÍas)	AGENTES DE ENFERMEDADES ÓSEAS METABÓLICAS

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	GRUPO DE NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
JUBEREQ 120 MG/1.7 ML (70 MG/ML) SUBCUTANEOUS SOLUTION[NP]	*	PA	AGENTES DE ENFERMEDADES ÓSEAS METABÓLICAS
MIACALCIN 200 UNIT/ML INJECTION SOLUTION[NP]	*		AGENTES DE ENFERMEDADES ÓSEAS METABÓLICAS
OSENVELT 120 MG/1.7 ML (70 MG/ML) SUBCUTANEOUS SOLUTION[NP]	*	PA	AGENTES DE ENFERMEDADES ÓSEAS METABÓLICAS
OSVYRTI 60 MG/ML SUBCUTANEOUS SYRINGE[NP]	*	PA	AGENTES DE ENFERMEDADES ÓSEAS METABÓLICAS
paricalcitol 1 mcg capsule	1		AGENTES DE ENFERMEDADES ÓSEAS METABÓLICAS
paricalcitol 2 mcg capsule	1		AGENTES DE ENFERMEDADES ÓSEAS METABÓLICAS
paricalcitol 4 mcg capsule	1		AGENTES DE ENFERMEDADES ÓSEAS METABÓLICAS
PROLIA 60 MG/ML SUBCUTANEOUS SYRINGE[NP]	*	PA,QL(1 cada 168 dÍas)	AGENTES DE ENFERMEDADES ÓSEAS METABÓLICAS
risedronate 150 mg tablet	1	ST	AGENTES DE ENFERMEDADES ÓSEAS METABÓLICAS
risedronate 30 mg tablet	1	ST	AGENTES DE ENFERMEDADES ÓSEAS METABÓLICAS
risedronate 35 mg tablet	1	ST	AGENTES DE ENFERMEDADES ÓSEAS METABÓLICAS
risedronate 35 mg tablet,delayed release[NP]	*		AGENTES DE ENFERMEDADES ÓSEAS METABÓLICAS
risedronate 5 mg tablet	1	ST	AGENTES DE ENFERMEDADES ÓSEAS METABÓLICAS
STOBOCLO 60 MG/ML SUBCUTANEOUS SYRINGE[NP]	*	PA,QL(1 cada 168 dÍas)	AGENTES DE ENFERMEDADES ÓSEAS METABÓLICAS
teriparatide 20 mcg/dose (560 mcg/2.24 ml) subcutaneous pen injector[NP]	*	PA	AGENTES DE ENFERMEDADES ÓSEAS METABÓLICAS
TYMLOS 80 MCG/DOSE (3,120 MCG/1.56 ML) SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR[NP]	*	PA	AGENTES DE ENFERMEDADES ÓSEAS METABÓLICAS
WYOST 120 MG/1.7 ML (70 MG/ML) SUBCUTANEOUS SOLUTION[NP]	*	PA,QL(1.7 cada 28 dÍas)	AGENTES DE ENFERMEDADES ÓSEAS METABÓLICAS
XGEVA 120 MG/1.7 ML (70 MG/ML) SUBCUTANEOUS SOLUTION[NP]	*	PA	AGENTES DE ENFERMEDADES ÓSEAS METABÓLICAS
XTRENBO 120 MG/1.7 ML (70 MG/ML) SUBCUTANEOUS SOLUTION[NP]	*	PA	AGENTES DE ENFERMEDADES ÓSEAS METABÓLICAS
AZULFIDINE 500 MG TABLET	1		AGENTES DE ENFERMEDADES INFLAMATORIAS DEL INTESTINO
AZULFIDINE EN-TABS 500 MG TABLET,DELAYED RELEASE	1		AGENTES DE ENFERMEDADES INFLAMATORIAS DEL INTESTINO
balsalazide 750 mg capsule	1		AGENTES DE ENFERMEDADES INFLAMATORIAS DEL INTESTINO
budesonide 2 mg/actuation rectal foam[NP]	*		AGENTES DE ENFERMEDADES INFLAMATORIAS DEL INTESTINO
budesonide dr - er 3 mg capsule,delayed,extended release	1		AGENTES DE ENFERMEDADES INFLAMATORIAS DEL INTESTINO

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	GRUPO DE NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
budesonide dr-er 9 mg tablet,delayed and extended release[NP]	*		AGENTES DE ENFERMEDADES INFLAMATORIAS DEL INTESTINO
CANASA 1,000 MG RECTAL SUPPOSITORY[NP]	*		AGENTES DE ENFERMEDADES INFLAMATORIAS DEL INTESTINO
DIPENTUM 250 MG CAPSULE	1		AGENTES DE ENFERMEDADES INFLAMATORIAS DEL INTESTINO
hydrocortisone 100 mg/60 ml enema	1		AGENTES DE ENFERMEDADES INFLAMATORIAS DEL INTESTINO
LIALDA 1.2 GRAM TABLET,DELAYED RELEASE[NP]	*		AGENTES DE ENFERMEDADES INFLAMATORIAS DEL INTESTINO
mesalamine 1,000 mg rectal suppository	1		AGENTES DE ENFERMEDADES INFLAMATORIAS DEL INTESTINO
mesalamine 1.2 gram tablet,delayed release	1		AGENTES DE ENFERMEDADES INFLAMATORIAS DEL INTESTINO
mesalamine 4 gram/60 ml enema	1		AGENTES DE ENFERMEDADES INFLAMATORIAS DEL INTESTINO
mesalamine 400 mg capsule (with delayed release tablets inside)	1		AGENTES DE ENFERMEDADES INFLAMATORIAS DEL INTESTINO
mesalamine 800 mg tablet,delayed release[NP]	*		AGENTES DE ENFERMEDADES INFLAMATORIAS DEL INTESTINO
mesalamine er 0.375 gram capsule,extended release 24 hr	1		AGENTES DE ENFERMEDADES INFLAMATORIAS DEL INTESTINO
mesalamine er 250 mg capsule,extended release	1		AGENTES DE ENFERMEDADES INFLAMATORIAS DEL INTESTINO
mesalamine er 500 mg capsule,extended release[NP]	*		AGENTES DE ENFERMEDADES INFLAMATORIAS DEL INTESTINO
mesalamine rectal susp enema with cleansing wipes 4 gram/60 ml kit	1		AGENTES DE ENFERMEDADES INFLAMATORIAS DEL INTESTINO
PENTASA 250 MG CAPSULE,CONTROLLED RELEASE	1		AGENTES DE ENFERMEDADES INFLAMATORIAS DEL INTESTINO
PENTASA 500 MG CAPSULE,CONTROLLED RELEASE	1		AGENTES DE ENFERMEDADES INFLAMATORIAS DEL INTESTINO
ROWASA RECTAL SUSPENSION ENEMA 4 GRAM/60 ML KIT[NP]	*		AGENTES DE ENFERMEDADES INFLAMATORIAS DEL INTESTINO
SFROWASA 4 GRAM/60 ML ENEMA	1		AGENTES DE ENFERMEDADES INFLAMATORIAS DEL INTESTINO

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	GRUPO DE NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
sulfasalazine 500 mg tablet[NP]	*		AGENTES DE ENFERMEDADES INFLAMATORIAS DEL INTESTINO
sulfasalazine 500 mg tablet,delayed release[NP]	*		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	PA,QL(0.36 cada 28 días)	AGENTES DE TRATAMIENTO ANTIADICCIÓN/ABUSO DE SUSTANCIAS
BRIXADI MONTHLY 64 MG/0.18 ML SOLUTION,EXTEND.REL. SUBCUT.SYRINGE	1	PA,QL(0.18 cada 28 días)	AGENTES DE TRATAMIENTO ANTIADICCIÓN/ABUSO DE SUSTANCIAS
BRIXADI MONTHLY 96 MG/0.27 ML SOLUTION,EXTEND.REL. SUBCUT.SYRINGE	1	PA,QL(0.27 cada 28 días)	AGENTES DE TRATAMIENTO ANTIADICCIÓN/ABUSO DE SUSTANCIAS
BRIXADI WEEKLY 16 MG/0.32 ML SOLUTION,EXTEND.REL. SUBCUT.SYRINGE	1	PA,QL(1.28 cada 28 días)	AGENTES DE TRATAMIENTO ANTIADICCIÓN/ABUSO DE SUSTANCIAS
BRIXADI WEEKLY 24 MG/0.48 ML SOLUTION,EXTEND.REL. SUBCUT.SYRINGE	1	PA,QL(1.92 cada 28 días)	AGENTES DE TRATAMIENTO ANTIADICCIÓN/ABUSO DE SUSTANCIAS
BRIXADI WEEKLY 32 MG/0.64 ML SOLUTION,EXTEND.REL. SUBCUT.SYRINGE	1	PA,QL(2.56 cada 28 días)	AGENTES DE TRATAMIENTO ANTIADICCIÓN/ABUSO DE SUSTANCIAS
BRIXADI WEEKLY 8 MG/0.16 ML SOLUTION,EXTEND.REL. SUBCUT.SYRINGE	1	PA,QL(0.64 cada 28 días)	AGENTES DE TRATAMIENTO ANTIADICCIÓN/ABUSO DE SUSTANCIAS
buprenorphine 12 mg-naloxone 3 mg sublingual film[NP]	*	QL(60 cada 30 días)	AGENTES DE TRATAMIENTO ANTIADICCIÓN/ABUSO DE SUSTANCIAS
buprenorphine 2 mg-naloxone 0.5 mg sublingual film[NP]	*	QL(360 cada 30 días)	AGENTES DE TRATAMIENTO ANTIADICCIÓN/ABUSO DE SUSTANCIAS
buprenorphine 2 mg-naloxone 0.5 mg sublingual tablet	1	QL(360 cada 30 días)	AGENTES DE TRATAMIENTO ANTIADICCIÓN/ABUSO DE SUSTANCIAS
buprenorphine 4 mg-naloxone 1 mg sublingual film[NP]	*	QL(180 cada 30 días)	AGENTES DE TRATAMIENTO ANTIADICCIÓN/ABUSO DE SUSTANCIAS
buprenorphine 8 mg-naloxone 2 mg sublingual film[NP]	*	QL(90 cada 30 días)	AGENTES DE TRATAMIENTO ANTIADICCIÓN/ABUSO DE SUSTANCIAS
buprenorphine 8 mg-naloxone 2 mg sublingual tablet	1	QL(90 cada 30 días)	AGENTES DE TRATAMIENTO ANTIADICCIÓN/ABUSO DE SUSTANCIAS
buprenorphine hcl 2 mg sublingual tablet	1	QL(360 cada 30 días)	AGENTES DE TRATAMIENTO ANTIADICCIÓN/ABUSO DE SUSTANCIAS
buprenorphine hcl 8 mg sublingual tablet	1	QL(90 cada 30 días)	AGENTES DE TRATAMIENTO ANTIADICCIÓN/ABUSO DE SUSTANCIAS

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	GRUPO DE NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
bupropion hcl 150 mg tablet,12 hr sustained-release(smoking deterrent)	1		AGENTES DE TRATAMIENTO ANTIADICCIÓN/ABUSO DE SUSTANCIAS
CHANTIX 0.5 MG TABLET[NP]	*		AGENTES DE TRATAMIENTO ANTIADICCIÓN/ABUSO DE SUSTANCIAS
CHANTIX 1 MG TABLET[NP]	*		AGENTES DE TRATAMIENTO ANTIADICCIÓN/ABUSO DE SUSTANCIAS
CHANTIX CONTINUING MONTH BOX 1 MG TABLET[NP]	*		AGENTES DE TRATAMIENTO ANTIADICCIÓN/ABUSO DE SUSTANCIAS
CHANTIX STARTING MONTH BOX 0.5 MG (11)-1 MG (42) TABLETS IN DOSE PACK[NP]	*	QL(53 cada 90 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		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	1		AGENTES DE TRATAMIENTO ANTIADICCIÓN/ABUSO DE SUSTANCIAS
naloxone 4 mg/actuation nasal spray[OTC]	1		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	1		AGENTES DE TRATAMIENTO ANTIADICCIÓN/ABUSO DE SUSTANCIAS
NARCAN 4 MG/ACTUATION NASAL SPRAY[OTC]	1		AGENTES DE TRATAMIENTO ANTIADICCIÓN/ABUSO DE SUSTANCIAS
NICODERM CQ 14 MG/24 HR DAILY TRANSDERMAL PATCH[OTC]	1	QL(30 cada 30 días)	AGENTES DE TRATAMIENTO ANTIADICCIÓN/ABUSO DE SUSTANCIAS

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	GRUPO DE NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
NICODERM CQ 21 MG/24 HR DAILY TRANSDERMAL PATCH[OTC]	1	QL(30 cada 30 días)	AGENTES DE TRATAMIENTO ANTIADICCIÓN/ABUSO DE SUSTANCIAS
NICODERM CQ 7 MG/24 HR DAILY TRANSDERMAL PATCH[OTC]	1	QL(30 cada 30 días)	AGENTES DE TRATAMIENTO ANTIADICCIÓN/ABUSO DE SUSTANCIAS
nicotine 14 mg/24 hr daily transdermal patch[OTC]	1	QL(30 cada 30 días)	AGENTES DE TRATAMIENTO ANTIADICCIÓN/ABUSO DE SUSTANCIAS
nicotine 21 mg/24 hr daily transdermal patch[OTC]	1	QL(30 cada 30 días)	AGENTES DE TRATAMIENTO ANTIADICCIÓN/ABUSO DE SUSTANCIAS
nicotine 21mg/24hr-14mg/24hr-7mg/24hr daily transderm patches,sequentl[OTC]	1	QL(56 cada 90 días)	AGENTES DE TRATAMIENTO ANTIADICCIÓN/ABUSO DE SUSTANCIAS
nicotine 7 mg/24 hr daily transdermal patch[OTC]	1	QL(30 cada 30 días)	AGENTES DE TRATAMIENTO ANTIADICCIÓN/ABUSO DE SUSTANCIAS
NICOTROL NS 10 MG/ML NASAL SPRAY[NP]	*	QL(120 cada 30 días)	AGENTES DE TRATAMIENTO ANTIADICCIÓN/ABUSO DE SUSTANCIAS
OPVEE 2.7 MG/ACTUATION NASAL SPRAY	1		AGENTES DE TRATAMIENTO ANTIADICCIÓN/ABUSO DE SUSTANCIAS
REXTOVY 4 MG/ACTUATION NASAL SPRAY	1		AGENTES DE TRATAMIENTO ANTIADICCIÓN/ABUSO DE SUSTANCIAS
SUBLOCADE 100 MG/0.5 ML SOLUTION,EXTENDED RELEASE SUBCUTANEOUS SYRINGE	1	PA,QL(0.5 cada 28 días)	AGENTES DE TRATAMIENTO ANTIADICCIÓN/ABUSO DE SUSTANCIAS
SUBLOCADE 300 MG/1.5 ML SOLUTION,EXTENDED RELEASE SUBCUTANEOUS SYRINGE	1	PA,QL(1.5 cada 28 días)	AGENTES DE TRATAMIENTO ANTIADICCIÓN/ABUSO DE SUSTANCIAS
SUBOXONE 12 MG-3 MG SUBLINGUAL FILM	1	QL(60 cada 30 días)	AGENTES DE TRATAMIENTO ANTIADICCIÓN/ABUSO DE SUSTANCIAS
SUBOXONE 2 MG-0.5 MG SUBLINGUAL FILM	1	QL(360 cada 30 días)	AGENTES DE TRATAMIENTO ANTIADICCIÓN/ABUSO DE SUSTANCIAS
SUBOXONE 4 MG-1 MG SUBLINGUAL FILM	1	QL(180 cada 30 días)	AGENTES DE TRATAMIENTO ANTIADICCIÓN/ABUSO DE SUSTANCIAS
SUBOXONE 8 MG-2 MG SUBLINGUAL FILM	1	QL(90 cada 30 días)	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 90 días)	AGENTES DE TRATAMIENTO ANTIADICCIÓN/ABUSO DE SUSTANCIAS
varenicline tartrate 0.5 mg tablet	1		AGENTES DE TRATAMIENTO ANTIADICCIÓN/ABUSO DE SUSTANCIAS
varenicline tartrate 1 mg tablet	1		AGENTES DE TRATAMIENTO ANTIADICCIÓN/ABUSO DE SUSTANCIAS

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	GRUPO DE NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
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	QL(720 cada 30 días)	AGENTES DE TRATAMIENTO ANTIADICCIÓN/ABUSO DE SUSTANCIAS
ZUBSOLV 1.4 MG-0.36 MG SUBLINGUAL TABLET	1	QL(360 cada 30 días)	AGENTES DE TRATAMIENTO ANTIADICCIÓN/ABUSO DE SUSTANCIAS
ZUBSOLV 11.4 MG-2.9 MG SUBLINGUAL TABLET	1	QL(30 cada 30 días)	AGENTES DE TRATAMIENTO ANTIADICCIÓN/ABUSO DE SUSTANCIAS
ZUBSOLV 2.9 MG-0.71 MG SUBLINGUAL TABLET	1	QL(150 cada 30 días)	AGENTES DE TRATAMIENTO ANTIADICCIÓN/ABUSO DE SUSTANCIAS
ZUBSOLV 5.7 MG-1.4 MG SUBLINGUAL TABLET	1	QL(90 cada 30 días)	AGENTES DE TRATAMIENTO ANTIADICCIÓN/ABUSO DE SUSTANCIAS
ZUBSOLV 8.6 MG-2.1 MG SUBLINGUAL TABLET	1	QL(60 cada 30 días)	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(90 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
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

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	GRUPO DE NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
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	1	PA,QL(180 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL
amphetamine sulfate 5 mg tablet	1	PA,QL(60 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL
AMPYRA 10 MG TABLET,EXTENDED RELEASE[NP]	*	PA,QL(60 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL
APTENSIO XR 10 MG CAPSULE,EXTENDED RELEASE SPRINKLE[NP]	*	PA,QL(30 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL
APTENSIO XR 15 MG CAPSULE,EXTENDED RELEASE SPRINKLE[NP]	*	PA,QL(30 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL
APTENSIO XR 20 MG CAPSULE,EXTENDED RELEASE SPRINKLE[NP]	*	PA,QL(30 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL
APTENSIO XR 30 MG CAPSULE,EXTENDED RELEASE SPRINKLE[NP]	*	PA,QL(30 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL
APTENSIO XR 40 MG CAPSULE,EXTENDED RELEASE SPRINKLE[NP]	*	PA,QL(30 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL
APTENSIO XR 50 MG CAPSULE,EXTENDED RELEASE SPRINKLE[NP]	*	PA,QL(30 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL
APTENSIO XR 60 MG CAPSULE,EXTENDED RELEASE SPRINKLE[NP]	*	PA,QL(30 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
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

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	GRUPO DE NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
AUBAGIO 14 MG TABLET[NP]	*	PA,QL(30 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL
AUBAGIO 7 MG TABLET[NP]	*	PA,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(30 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(30 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(30 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 90 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL
AVONEX 30 MCG/0.5 ML INTRAMUSCULAR PEN KIT	1	PA,QL(1 cada 23 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL
AVONEX 30 MCG/0.5 ML INTRAMUSCULAR SYRINGE KIT	1	PA,QL(1 cada 23 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL
AZSTARYS 26.1 MG-5.2 MG CAPSULE	1	PA,QL(30 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL
AZSTARYS 39.2 MG-7.8 MG CAPSULE	1	PA,QL(30 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL
AZSTARYS 52.3 MG-10.4 MG CAPSULE	1	PA,QL(30 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL
BAFIERTAM 95 MG CAPSULE,DELAYED RELEASE[NP]	*	PA,QL(120 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL
BETASERON 0.3 MG SUBCUTANEOUS KIT	1	PA,QL(15 cada 25 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL
BRIUMVI 25 MG/ML INTRAVENOUS SOLUTION	1	PA	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL
cladribine (multiple sclerosis) 10 mg tablet[NP]	*	PA,QL(20 cada 10 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL
clonidine hcl er 0.1 mg tablet,extended release,12 hr	1	PA,QL(120 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL
CONCERTA 18 MG TABLET,EXTENDED RELEASE[NP]	*	PA,QL(30 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL
CONCERTA 27 MG TABLET,EXTENDED RELEASE[NP]	*	PA,QL(30 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL
CONCERTA 36 MG TABLET,EXTENDED RELEASE[NP]	*	PA,QL(60 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	GRUPO DE NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
CONCERTA 54 MG TABLET,EXTENDED RELEASE[NP]	*	PA,QL(60 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL
COPAXONE 20 MG/ML SUBCUTANEOUS SYRINGE	1	PA,QL(30 cada 25 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL
COPAXONE 40 MG/ML SUBCUTANEOUS SYRINGE[NP]	*	PA,QL(30 cada 25 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL
COTEMPLA XR-ODT 17.3 MG EXTENDED RELEASE DISINTEGRATING TABLET[NP]	*	PA,QL(60 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
CYMBALTA 20 MG CAPSULE,DELAYED RELEASE[NP]	*	PA,QL(60 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL
CYMBALTA 30 MG CAPSULE,DELAYED RELEASE[NP]	*	PA,QL(60 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL
CYMBALTA 60 MG CAPSULE,DELAYED RELEASE[NP]	*	QL(60 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL
dalfampridine er 10 mg tablet,extended release,12 hr	1	PA,QL(60 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL
DAYTRANA 10 MG/9 HR DAILY PATCH[NP]	*	PA,QL(30 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL
DAYTRANA 15 MG/9 HR DAILY PATCH[NP]	*	PA,QL(30 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL
DAYTRANA 20 MG/9 HR DAILY PATCH[NP]	*	PA,QL(30 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL
DAYTRANA 30 MG/9 HR DAILY PATCH[NP]	*	PA,QL(30 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL
DEXEDRINE SPANSULE 10 MG CAPSULE,EXTENDED RELEASE[NP]	*	PA,QL(60 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL
DEXEDRINE SPANSULE 15 MG CAPSULE,EXTENDED RELEASE[NP]	*	PA,QL(60 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL
dexmethylphenidate 10 mg tablet	1	PA,QL(120 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL
dexmethylphenidate 2.5 mg tablet	1	PA,QL(60 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL
dexmethylphenidate 5 mg tablet	1	PA,QL(60 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL
dexmethylphenidate er 10 mg capsule,extended release biphasic50-50	1	PA,QL(30 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL
dexmethylphenidate er 15 mg capsule,extended release biphasic50-50	1	PA,QL(30 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL
dexmethylphenidate er 20 mg capsule,extended release biphasic50-50	1	PA,QL(30 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL
dexmethylphenidate er 25 mg capsule,extended release biphasic50-50	1	PA,QL(30 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL
dexmethylphenidate er 30 mg capsule,extended release biphasic50-50	1	PA,QL(30 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL
dexmethylphenidate er 35 mg capsule,extended release biphasic50-50	1	PA,QL(30 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL
dexmethylphenidate er 40 mg capsule,extended release biphasic50-50	1	PA,QL(30 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL
dexmethylphenidate er 5 mg capsule,extended release biphasic50-50	1	PA,QL(30 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	GRUPO DE NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
dextroamphetamine sulfate 10 mg tablet	1	PA,QL(120 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL
dextroamphetamine sulfate 15 mg tablet	1	PA,QL(60 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL
dextroamphetamine sulfate 2.5 mg tablet	1	PA,QL(60 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL
dextroamphetamine sulfate 20 mg tablet	1	PA,QL(60 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL
dextroamphetamine sulfate 30 mg tablet	1	PA,QL(60 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL
dextroamphetamine sulfate 5 mg tablet	1	PA,QL(60 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL
dextroamphetamine sulfate 5 mg/5 ml oral solution	1	PA,QL(1200 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL
dextroamphetamine sulfate 7.5 mg tablet	1	PA,QL(60 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL
dextroamphetamine sulfate er 10 mg capsule,extended release	1	PA,QL(60 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL
dextroamphetamine sulfate er 15 mg capsule,extended release	1	PA,QL(60 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL
dextroamphetamine sulfate er 5 mg capsule,extended release	1	PA,QL(60 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL
dextroamphetamine-amphetamine 10 mg tablet	1	PA,QL(90 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL
dextroamphetamine-amphetamine 12.5 mg tablet	1	PA,QL(90 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL
dextroamphetamine-amphetamine 15 mg tablet	1	PA,QL(90 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL
dextroamphetamine-amphetamine 20 mg tablet	1	PA,QL(90 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL
dextroamphetamine-amphetamine 30 mg tablet	1	PA,QL(90 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL
dextroamphetamine-amphetamine 5 mg tablet	1	PA,QL(90 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL
dextroamphetamine-amphetamine 7.5 mg tablet	1	PA,QL(90 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL
dextroamphetamine-amphetamine er 10 mg 24hr capsule,extend release	1	PA,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	PA,QL(30 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL
dextroamphetamine-amphetamine er 20 mg 24hr capsule,extend release	1	PA,QL(60 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL
dextroamphetamine-amphetamine er 25 mg 24hr capsule,extend release	1	PA,QL(60 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL
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	PA,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	PA,QL(30 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	GRUPO DE NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
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	1	PA	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL
dimethyl fumarate 120 mg (14)-240 mg (46) capsule,delayed release	1	PA	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL
dimethyl fumarate 120 mg capsule,delayed release	1	PA,QL(60 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL
dimethyl fumarate 240 mg capsule,delayed release	1	PA,QL(60 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL
DRIZALMA SPRINKLE 20 MG CAPSULE,DELAYED RELEASE[NP]	*	QL(60 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL
DRIZALMA SPRINKLE 30 MG CAPSULE,DELAYED RELEASE[NP]	*	QL(60 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL
DRIZALMA SPRINKLE 40 MG CAPSULE,DELAYED RELEASE[NP]	*	QL(60 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		AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL
duloxetine 20 mg capsule,delayed release	1	QL(60 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL
duloxetine 30 mg capsule,delayed release	1	QL(60 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL
duloxetine 40 mg capsule,delayed release	1	QL(60 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		AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL
duloxetine 90 mg capsule,delayed release	1		AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL
DYANAVEL XR 10 MG TABLET, EXTENDED RELEASE	1	PA,QL(30 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL
DYANAVEL XR 15 MG TABLET, EXTENDED RELEASE	1	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	1	PA,QL(30 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL
DYANAVEL XR 5 MG TABLET, EXTENDED RELEASE	1	PA,QL(30 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL
EVEKEO 10 MG TABLET[NP]	*	PA,QL(180 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL
EVEKEO 5 MG TABLET[NP]	*	PA,QL(60 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL
fingolimod 0.5 mg capsule	1	PA,QL(30 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL
FOCALIN 10 MG TABLET[NP]	*	PA,QL(120 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

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	GRUPO DE NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
FOCALIN XR 10 MG CAPSULE,EXTENDED RELEASE[NP]	*	PA,QL(30 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL
FOCALIN XR 15 MG CAPSULE,EXTENDED RELEASE[NP]	*	PA,QL(30 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL
FOCALIN XR 20 MG CAPSULE,EXTENDED RELEASE[NP]	*	PA,QL(30 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL
FOCALIN XR 25 MG CAPSULE,EXTENDED RELEASE[NP]	*	PA,QL(30 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL
FOCALIN XR 30 MG CAPSULE,EXTENDED RELEASE[NP]	*	PA,QL(30 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL
FOCALIN XR 35 MG CAPSULE,EXTENDED RELEASE[NP]	*	PA,QL(30 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL
FOCALIN XR 40 MG CAPSULE,EXTENDED RELEASE[NP]	*	PA,QL(30 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL
FOCALIN XR 5 MG CAPSULE,EXTENDED RELEASE[NP]	*	PA,QL(30 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL
GILENYA 0.25 MG CAPSULE	1	PA,QL(30 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL
GILENYA 0.5 MG CAPSULE[NP]	*	PA,QL(30 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL
glatiramer 20 mg/ml subcutaneous syringe[NP]	*	PA,QL(30 cada 25 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL
glatiramer 40 mg/ml subcutaneous syringe	1	PA,QL(30 cada 25 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL
glatopa 20 mg/ml subcutaneous syringe[NP]	*	PA,QL(30 cada 25 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL
glatopa 40 mg/ml subcutaneous syringe	1	PA,QL(30 cada 25 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL
guanfacine er 1 mg tablet,extended release 24 hr	1	PA,QL(30 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL
guanfacine er 2 mg tablet,extended release 24 hr	1	PA,QL(30 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL
guanfacine er 3 mg tablet,extended release 24 hr	1	PA,QL(30 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL
guanfacine er 4 mg tablet,extended release 24 hr	1	PA,QL(30 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 90 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

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	GRUPO DE NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
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
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]	*	PA,QL(6 cada 311 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]	*	PA,QL(60 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL
LYRICA 100 MG CAPSULE	1	QL(90 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL
LYRICA 150 MG CAPSULE	1	QL(90 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL
LYRICA 20 MG/ML ORAL SOLUTION	1	QL(900 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL
LYRICA 200 MG CAPSULE	1	QL(90 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	GRUPO DE NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
LYRICA 225 MG CAPSULE	1	QL(60 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL
LYRICA 25 MG CAPSULE	1	QL(90 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL
LYRICA 300 MG CAPSULE	1	QL(60 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL
LYRICA 50 MG CAPSULE	1	QL(90 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL
LYRICA 75 MG CAPSULE	1	QL(90 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL
MAVENCLAD (10 TABLET PACK) 10 MG TABLET[NP]	*	PA,QL(20 cada 10 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL
MAVENCLAD (4 TABLET PACK) 10 MG TABLET[NP]	*	PA,QL(20 cada 10 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL
MAVENCLAD (5 TABLET PACK) 10 MG TABLET[NP]	*	PA,QL(20 cada 10 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL
MAVENCLAD (6 TABLET PACK) 10 MG TABLET[NP]	*	PA,QL(20 cada 10 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL
MAVENCLAD (7 TABLET PACK) 10 MG TABLET[NP]	*	PA,QL(20 cada 10 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL
MAVENCLAD (8 TABLET PACK) 10 MG TABLET[NP]	*	PA,QL(20 cada 10 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL
MAVENCLAD (9 TABLET PACK) 10 MG TABLET[NP]	*	PA,QL(20 cada 10 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL
MAYZENT 0.25 MG TABLET[NP]	*	PA,QL(30 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL
MAYZENT 1 MG TABLET[NP]	*	PA,QL(30 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL
MAYZENT 2 MG TABLET[NP]	*	PA,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]	*	PA,QL(7 cada 90 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL
MAYZENT STARTER PACK (FOR 2 MG MAINT DOSE) 0.25 MG (12 TABS) TABLETS[NP]	*	PA,QL(12 cada 90 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL
methamphetamine 5 mg tablet	1	PA	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	1	PA,QL(90 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL
methylphenidate 10 mg tablet	1	PA,QL(90 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL
methylphenidate 10 mg/5 ml oral solution	1	PA,QL(900 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL
methylphenidate 10 mg/9 hr daily transdermal patch	1	PA,QL(30 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL
methylphenidate 15 mg/9 hr daily transdermal patch	1	PA,QL(30 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL
methylphenidate 17.3 mg er,ir disintegrating 24 hr tablet[NP]	*	PA,QL(60 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL
methylphenidate 2.5 mg chewable tablet	1	PA,QL(90 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	GRUPO DE NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
methylphenidate 20 mg tablet	1	PA,QL(90 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL
methylphenidate 20 mg/9 hr daily transdermal patch	1	PA,QL(30 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL
methylphenidate 25.9 mg er,ir disintegrating 24 hr tablet[NP]	*	PA,QL(60 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL
methylphenidate 30 mg/9 hr daily transdermal patch	1	PA,QL(30 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL
methylphenidate 5 mg chewable tablet	1	PA,QL(90 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL
methylphenidate 5 mg tablet	1	PA,QL(90 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL
methylphenidate 5 mg/5 ml oral solution	1	PA,QL(1800 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL
methylphenidate 8.6 mg er,ir disintegrating 24 hr tablet[NP]	*	PA,QL(30 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL
methylphenidate cd 10 mg biphasic 30-70 capsule,extended release	1	PA,QL(30 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL
methylphenidate cd 20 mg biphasic 30-70 capsule,extended release	1	PA,QL(30 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL
methylphenidate cd 30 mg biphasic 30-70 capsule,extended release	1	PA,QL(30 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL
methylphenidate cd 40 mg biphasic 30-70 capsule,extended release	1	PA,QL(30 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL
methylphenidate cd 50 mg biphasic 30-70 capsule,extended release	1	PA,QL(30 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL
methylphenidate cd 60 mg biphasic 30-70 capsule,extended release	1	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	PA,QL(90 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	1	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
methylphenidate er 20 mg tablet,extended release	1	PA,QL(90 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL
methylphenidate er 27 mg tablet,extended release 24 hr	1	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	1	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	1	PA,QL(60 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	1	PA,QL(60 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	GRUPO DE NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
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	1	PA,QL(30 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL
methylphenidate er 72 mg tablet,extended release 24 hr	1	PA,QL(30 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL
methylphenidate la 10 mg biphasic 50-50 capsule,extended release	1	PA,QL(30 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL
methylphenidate la 20 mg biphasic 50-50 capsule,extended release	1	PA,QL(30 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL
methylphenidate la 30 mg biphasic 50-50 capsule,extended release	1	PA,QL(60 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL
methylphenidate la 40 mg biphasic 50-50 capsule,extended release	1	PA,QL(30 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL
methylphenidate la 60 mg biphasic 50-50 capsule,extended release	1	PA,QL(30 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL
milnacipran 100 mg tablet[NP]	*		AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL
milnacipran 12.5 mg (5)-25 mg(8)-50mg(42) tablets in a dose pack[NP]	*	QL(55 cada 90 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL
milnacipran 12.5 mg tablet[NP]	*		AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL
milnacipran 25 mg tablet[NP]	*		AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL
milnacipran 50 mg tablet[NP]	*		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
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	1	PA	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL
OCREVUS 30 MG/ML INTRAVENOUS SOLUTION	1	PA,QL(20 cada 168 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL
OCREVUS ZUNOVO 920 MG-23,000 UNIT/23 ML SUBCUTANEOUS SOLUTION	1	PA,QL(23 cada 180 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]	*	PA,QL(1 cada 23 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL
PLEGRIDY 125 MCG/0.5 ML SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR[NP]	*	PA,QL(1 cada 23 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL
PLEGRIDY 125 MCG/0.5 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE[NP]	*	PA,QL(1 cada 23 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL
PLEGRIDY 63 MCG/0.5 ML-94 MCG/0.5 ML SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR[NP]	*	PA,QL(1 cada 23 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL
PLEGRIDY 63 MCG/0.5 ML-94 MCG/0.5 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE[NP]	*	PA,QL(1 cada 23 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL
PONVORY 14-DAY STARTER PACK 2-3-4-5-6-7-8-9-10 MG TABLETS[NP]	*	PA,QL(14 cada 90 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	GRUPO DE NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
PONVORY 20 MG TABLET[NP]	*	PA,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[NP]	*	PA,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
procentra 5 mg/5 ml oral solution[NP]	*	PA,QL(1200 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL
QELBREE 100 MG CAPSULE,EXTENDED RELEASE	1	PA,QL(30 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL
QELBREE 150 MG CAPSULE,EXTENDED RELEASE	1	PA,QL(60 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL
QELBREE 200 MG CAPSULE,EXTENDED RELEASE	1	PA,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
REBIF (WITH ALBUMIN) 22 MCG/0.5 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE	1	PA,QL(6 cada 23 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL
REBIF (WITH ALBUMIN) 44 MCG/0.5 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE	1	PA,QL(6 cada 23 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL
REBIF REBIDOSE 22 MCG/0.5 ML SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR	1	PA,QL(6 cada 23 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL
REBIF REBIDOSE 44 MCG/0.5 ML SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR	1	PA,QL(6 cada 23 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL
REBIF REBIDOSE 8.8 MCG/0.2 ML-22 MCG/0.5 ML (6) SUBCUTANEOUS PEN INJ.	1	PA,QL(4.2 cada 23 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL
REBIF TITRATION PACK 8.8 MCG/0.2 ML-22 MCG/0.5 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE	1	PA,QL(4.2 cada 23 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

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	GRUPO DE NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
RELEXXII 45 MG TABLET,EXTENDED RELEASE[NP]	*	PA,QL(60 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL
RELEXXII 54 MG TABLET,EXTENDED RELEASE[NP]	*	PA,QL(60 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
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 10 MG CAPSULE,EXTENDED RELEASE[NP]	*	PA,QL(30 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 30 MG CAPSULE,EXTENDED RELEASE[NP]	*	PA,QL(60 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	1		AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL
SAVELLA 12.5 MG (5)-25 MG(8)-50MG(42) TABLETS IN A DOSE PACK	1	QL(55 cada 90 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL
SAVELLA 12.5 MG TABLET	1		AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL
SAVELLA 25 MG TABLET	1		AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL
SAVELLA 50 MG TABLET	1		AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL
STRATTERA 10 MG CAPSULE[NP]	*	PA,QL(60 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL
STRATTERA 100 MG CAPSULE[NP]	*	PA,QL(30 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL
STRATTERA 18 MG CAPSULE[NP]	*	PA,QL(60 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL
STRATTERA 25 MG CAPSULE[NP]	*	PA,QL(60 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL
STRATTERA 40 MG CAPSULE[NP]	*	PA,QL(60 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL
STRATTERA 60 MG CAPSULE[NP]	*	PA,QL(30 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL
STRATTERA 80 MG CAPSULE[NP]	*	PA,QL(30 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL
TASCENSO ODT 0.25 MG DISINTEGRATING TABLET	1	PA,QL(30 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL
TASCENSO ODT 0.5 MG DISINTEGRATING TABLET	1	PA,QL(30 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL
TECFIDERA 120 MG (14)-240 MG (46) CAPSULE,DELAYED RELEASE[NP]	*	PA	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	GRUPO DE NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
TECFIDERA 120 MG CAPSULE,DELAYED RELEASE[NP]	*	PA,QL(60 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL
TECFIDERA 240 MG CAPSULE,DELAYED RELEASE[NP]	*	PA,QL(60 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL
teriflunomide 14 mg tablet	1	PA,QL(30 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL
teriflunomide 7 mg tablet	1	PA,QL(30 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL
tetrabenazine 12.5 mg tablet	1	PA,QL(240 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL
tetrabenazine 25 mg tablet	1	PA,QL(240 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL
TYRUKO 300 MG/15 ML INTRAVENOUS SOLUTION[NP]	*	PA	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL
TYSABRI 300 MG/15 ML INTRAVENOUS SOLUTION	1	PA,QL(15 cada 23 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL
VEOZAH 45 MG TABLET[NP]	*	PA,QL(30 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL
VUMERITY 231 MG CAPSULE,DELAYED RELEASE[NP]	*	PA,QL(120 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL
VYVANSE 10 MG CAPSULE	1	PA,QL(30 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL
VYVANSE 10 MG CHEWABLE TABLET	1	PA,QL(30 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL
VYVANSE 20 MG CAPSULE	1	PA,QL(30 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL
VYVANSE 20 MG CHEWABLE TABLET	1	PA,QL(30 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL
VYVANSE 30 MG CAPSULE	1	PA,QL(30 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL
VYVANSE 30 MG CHEWABLE TABLET	1	PA,QL(30 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL
VYVANSE 40 MG CAPSULE	1	PA,QL(30 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL
VYVANSE 40 MG CHEWABLE TABLET	1	PA,QL(30 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL
VYVANSE 50 MG CAPSULE	1	PA,QL(30 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL
VYVANSE 50 MG CHEWABLE TABLET	1	PA,QL(30 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL
VYVANSE 60 MG CAPSULE	1	PA,QL(30 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL
VYVANSE 60 MG CHEWABLE TABLET	1	PA,QL(30 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL
VYVANSE 70 MG CAPSULE	1	PA,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

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	GRUPO DE NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
XENAZINE 12.5 MG TABLET[NP]	*	PA,QL(240 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL
XENAZINE 25 MG TABLET[NP]	*	PA,QL(240 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL
zenzedi 10 mg tablet[NP]	*	PA,QL(120 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL
ZENZEDI 15 MG TABLET[NP]	*	PA,QL(60 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL
ZENZEDI 2.5 MG TABLET[NP]	*	PA,QL(60 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL
ZENZEDI 20 MG TABLET[NP]	*	PA,QL(60 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(60 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL
ZENZEDI 7.5 MG TABLET[NP]	*	PA,QL(60 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL
ZEPOSIA 0.92 MG CAPSULE	1	PA,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	1	PA,QL(28 cada 90 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL
ZEPOSIA STARTER PACK (7-DAY) 0.23 MG (4)-0.46 MG (3) CAPSULES DOSEPACK	1	PA,QL(7 cada 90 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL
chlorhexidine gluconate 0.12 % mouthwash	1		AGENTES DENTALES Y ORALES
oralone 0.1 % dental paste	1		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]	*		AGENTES DERMATOLÓGICOS
ABSORICA 20 MG CAPSULE[NP]	*		AGENTES DERMATOLÓGICOS
ABSORICA 25 MG CAPSULE[NP]	*		AGENTES DERMATOLÓGICOS
ABSORICA 30 MG CAPSULE[NP]	*		AGENTES DERMATOLÓGICOS
ABSORICA 35 MG CAPSULE[NP]	*		AGENTES DERMATOLÓGICOS
ABSORICA 40 MG CAPSULE[NP]	*		AGENTES DERMATOLÓGICOS
ABSORICA LD 16 MG CAPSULE[NP]	*		AGENTES DERMATOLÓGICOS
ABSORICA LD 24 MG CAPSULE[NP]	*		AGENTES DERMATOLÓGICOS
ABSORICA LD 32 MG CAPSULE[NP]	*		AGENTES DERMATOLÓGICOS
ABSORICA LD 8 MG CAPSULE[NP]	*		AGENTES DERMATOLÓGICOS
acitretin 10 mg capsule	1	PA	AGENTES DERMATOLÓGICOS
acitretin 17.5 mg capsule	1	PA	AGENTES DERMATOLÓGICOS
acitretin 25 mg capsule	1	PA	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

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	GRUPO DE NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
adapalene 0.3 %-benzoyl peroxide 2.5 % topical gel with pump[NP]	*		AGENTES DERMATOLÓGICOS
ADBRY 150 MG/ML SUBCUTANEOUS SYRINGE	1	PA	AGENTES DERMATOLÓGICOS
ADBRY 300 MG/2 ML SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR	1	PA	AGENTES DERMATOLÓGICOS
AKLIEF 0.005 % TOPICAL CREAM[NP]	*		AGENTES DERMATOLÓGICOS
ALA-CORT 1 % TOPICAL CREAM	1		AGENTES DERMATOLÓGICOS
alclometasone 0.05 % topical cream	1		AGENTES DERMATOLÓGICOS
alclometasone 0.05 % topical ointment	1		AGENTES DERMATOLÓGICOS
amlactin 12 % lotion[OTC]	1		AGENTES DERMATOLÓGICOS
ammonium lactate 12 % lotion	1		AGENTES DERMATOLÓGICOS
ammonium lactate 12 % topical cream[OTC]	1		AGENTES DERMATOLÓGICOS
ammonium lactate 12 % topical cream	1		AGENTES DERMATOLÓGICOS
amnesteem 10 mg capsule	1		AGENTES DERMATOLÓGICOS
amnesteem 20 mg capsule	1		AGENTES DERMATOLÓGICOS
amnesteem 30 mg capsule	1		AGENTES DERMATOLÓGICOS
amnesteem 40 mg capsule	1		AGENTES DERMATOLÓGICOS
anti-dandruff 1 % shampoo[OTC]	1		AGENTES DERMATOLÓGICOS
anti-itch (hydrocortisone) 1 % topical cream[OTC]	1		AGENTES DERMATOLÓGICOS
anti-itch (hydrocortisone) 1 % topical ointment[OTC]	1		AGENTES DERMATOLÓGICOS
anusol-hc 2.5 % topical cream with perineal applicator	1		AGENTES DERMATOLÓGICOS
ANZUPGO 2 % TOPICAL CREAM[NP]	*	PA,QL(60 cada 30 dÍas)	AGENTES DERMATOLÓGICOS
aquaphor itch relief 1 % topical ointment[OTC]	1		AGENTES DERMATOLÓGICOS
AVEENO ANTI-ITCH (HYDROCORTISONE) 1 % TOPICAL CREAM[OTC]	1		AGENTES DERMATOLÓGICOS
betamethasone dipropionate 0.05 % lotion	1		AGENTES DERMATOLÓGICOS
betamethasone dipropionate 0.05 % topical cream	1		AGENTES DERMATOLÓGICOS
betamethasone dipropionate 0.05 % topical ointment	1		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, augmented 0.05 % lotion	1		AGENTES DERMATOLÓGICOS
betamethasone, augmented 0.05 % topical cream	1		AGENTES DERMATOLÓGICOS
betamethasone, augmented 0.05 % topical gel	1		AGENTES DERMATOLÓGICOS
betamethasone, augmented 0.05 % topical ointment	1		AGENTES DERMATOLÓGICOS
bp 10-1 10 %-1 % topical cleanser[NP]	*		AGENTES DERMATOLÓGICOS
calcipotriene 0.005 % scalp solution	1		AGENTES DERMATOLÓGICOS
calcipotriene 0.005 % topical cream	1		AGENTES DERMATOLÓGICOS
calcipotriene 0.005 % topical foam[NP]	*		AGENTES DERMATOLÓGICOS
calcipotriene 0.005 % topical ointment[NP]	*		AGENTES DERMATOLÓGICOS
calcipotriene-betamethasone 0.005 %-0.064 % topical ointment[NP]	*		AGENTES DERMATOLÓGICOS
calcipotriene-betamethasone 0.005 %-0.064 % topical suspension[NP]	*		AGENTES DERMATOLÓGICOS
calcitriol 3 mcg/gram topical ointment[NP]	*		AGENTES DERMATOLÓGICOS
claravis 10 mg capsule	1		AGENTES DERMATOLÓGICOS

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	GRUPO DE NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
claravis 20 mg capsule	1		AGENTES DERMATOLÓGICOS
claravis 30 mg capsule	1		AGENTES DERMATOLÓGICOS
claravis 40 mg capsule	1		AGENTES DERMATOLÓGICOS
CLEOCIN T 1 % LOTION[NP]	*		AGENTES DERMATOLÓGICOS
clindacin 1 % topical foam[NP]	*		AGENTES DERMATOLÓGICOS
CLINDACIN ETZ 1 % TOPICAL KIT[NP]	*		AGENTES DERMATOLÓGICOS
clindacin etz 1 % topical swab[NP]	*		AGENTES DERMATOLÓGICOS
clindacin p 1 % topical swab[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	1		AGENTES DERMATOLÓGICOS
clindamycin 1 %-benzoyl peroxide 5 % topical gel with pump	1		AGENTES DERMATOLÓGICOS
clindamycin 1.2 % (1 % base)-benzoyl peroxide 5 % topical gel	1		AGENTES DERMATOLÓGICOS
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	1		AGENTES DERMATOLÓGICOS
clobetasol 0.05 % lotion	1		AGENTES DERMATOLÓGICOS
clobetasol 0.05 % scalp solution	1		AGENTES DERMATOLÓGICOS
clobetasol 0.05 % shampoo	1		AGENTES DERMATOLÓGICOS
clobetasol 0.05 % topical cream	1		AGENTES DERMATOLÓGICOS
clobetasol 0.05 % topical foam	1		AGENTES DERMATOLÓGICOS
clobetasol 0.05 % topical gel	1		AGENTES DERMATOLÓGICOS
clobetasol 0.05 % topical ointment	1		AGENTES DERMATOLÓGICOS
clobetasol 0.05 % topical spray	1		AGENTES DERMATOLÓGICOS
clobetasol-emollient 0.05 % topical cream	1		AGENTES DERMATOLÓGICOS
CORTEF 10 MG TABLET	1		AGENTES DERMATOLÓGICOS
CORTEF 20 MG TABLET	1		AGENTES DERMATOLÓGICOS
CORTEF 5 MG TABLET	1		AGENTES DERMATOLÓGICOS
cortisone (hydrocortisone) 1 % topical cream[OTC]	1		AGENTES DERMATOLÓGICOS
cortisone with aloe 1 % topical cream[OTC]	1		AGENTES DERMATOLÓGICOS
cortizone-10 1 % topical cream[OTC]	1		AGENTES DERMATOLÓGICOS
cortizone-10 1 % topical ointment[OTC]	1		AGENTES DERMATOLÓGICOS
cortizone-10 with aloe 1 % topical cream[OTC]	1		AGENTES DERMATOLÓGICOS
crotan 10 % lotion[NP]	*		AGENTES DERMATOLÓGICOS
dandruff shampoo (selenium sulfide) 1 %[OTC]	1		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 SCALP OIL 0.01 %	1		AGENTES DERMATOLÓGICOS
desonide 0.05 % topical cream	1		AGENTES DERMATOLÓGICOS
desonide 0.05 % topical ointment	1		AGENTES DERMATOLÓGICOS
diclofenac 3 % topical gel	1		AGENTES DERMATOLÓGICOS
DIFFERIN 0.1 % TOPICAL CREAM	1	ST	AGENTES DERMATOLÓGICOS

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	GRUPO DE NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
DIFFERIN 0.1 % TOPICAL GEL[OTC]	1		AGENTES DERMATOLÓGICOS
DIFFERIN 0.3 % TOPICAL GEL WITH PUMP	1	ST	AGENTES DERMATOLÓGICOS
EBGLYSS PEN 250 MG/2 ML SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR[NP]	*	PA	AGENTES DERMATOLÓGICOS
EBGLYSS SYRINGE 250 MG/2 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE[NP]	*	PA	AGENTES DERMATOLÓGICOS
effaclar adapalene 0.1 % topical gel[OTC]	1		AGENTES DERMATOLÓGICOS
ELIMITE 5 % TOPICAL CREAM[NP]	*		AGENTES DERMATOLÓGICOS
ENSTILAR 0.005 %-0.064 % TOPICAL FOAM	1		AGENTES DERMATOLÓGICOS
EPIDUO FORTE 0.3 %-2.5 % TOPICAL GEL WITH PUMP[NP]	*		AGENTES DERMATOLÓGICOS
ery pads 2 % topical swab[NP]	*		AGENTES DERMATOLÓGICOS
ERYGEL 2 % TOPICAL[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	1		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
fluocinonide 0.05 % topical solution	1		AGENTES DERMATOLÓGICOS
fluocinonide 0.1 % topical cream	1		AGENTES DERMATOLÓGICOS
fluorouracil 2 % topical solution	1		AGENTES DERMATOLÓGICOS
fluorouracil 5 % topical cream	1		AGENTES DERMATOLÓGICOS
fluorouracil 5 % topical solution	1		AGENTES DERMATOLÓGICOS
fluticasone propionate 0.005 % topical ointment	1		AGENTES DERMATOLÓGICOS
fluticasone propionate 0.05 % topical cream	1		AGENTES DERMATOLÓGICOS
halobetasol propionate 0.05 % lotion	1	PA	AGENTES DERMATOLÓGICOS
halobetasol propionate 0.05 % topical cream	1		AGENTES DERMATOLÓGICOS
halobetasol propionate 0.05 % topical foam	1	PA	AGENTES DERMATOLÓGICOS
halobetasol propionate 0.05 % topical ointment	1		AGENTES DERMATOLÓGICOS
hydrocortisone 0.5 % topical cream[OTC]	1		AGENTES DERMATOLÓGICOS
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	1		AGENTES DERMATOLÓGICOS
hydrocortisone 1 % topical ointment[OTC]	1		AGENTES DERMATOLÓGICOS
hydrocortisone 10 mg tablet	1		AGENTES DERMATOLÓGICOS
hydrocortisone 2.5 % lotion	1		AGENTES DERMATOLÓGICOS

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	GRUPO DE NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
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 20 mg tablet	1		AGENTES DERMATOLÓGICOS
hydrocortisone 5 mg tablet	1		AGENTES DERMATOLÓGICOS
hydrocortisone plus 1 % topical cream[OTC]	1		AGENTES DERMATOLÓGICOS
hydrocortisone valerate 0.2 % topical cream	1		AGENTES DERMATOLÓGICOS
hydrocortisone-aloe vera 0.5 % topical cream[OTC]	1		AGENTES DERMATOLÓGICOS
hydrocortisone-aloe vera 1 % topical cream[OTC]	1		AGENTES DERMATOLÓGICOS
hydrocream 1 % topical[OTC]	1		AGENTES DERMATOLÓGICOS
imiquimod 5 % topical cream packet	1		AGENTES DERMATOLÓGICOS
isotretinoin 10 mg capsule[NP]	*		AGENTES DERMATOLÓGICOS
isotretinoin 20 mg capsule[NP]	*		AGENTES DERMATOLÓGICOS
isotretinoin 25 mg capsule[NP]	*		AGENTES DERMATOLÓGICOS
isotretinoin 30 mg capsule[NP]	*		AGENTES DERMATOLÓGICOS
isotretinoin 35 mg capsule[NP]	*		AGENTES DERMATOLÓGICOS
isotretinoin 40 mg capsule[NP]	*		AGENTES DERMATOLÓGICOS
itch relief (hc) 1 % topical ointment[OTC]	1		AGENTES DERMATOLÓGICOS
itch relief (hc) with aloe 1 % topical cream[OTC]	1		AGENTES DERMATOLÓGICOS
lexette 0.05 % topical foam	1	PA	AGENTES DERMATOLÓGICOS
lice killing (permethrin) 1 % topical liquid[OTC]	1		AGENTES DERMATOLÓGICOS
lice treatment (permethrin) 1 % topical liquid[OTC]	1		AGENTES DERMATOLÓGICOS
lice treatment 1 % topical liquid[OTC]	1		AGENTES DERMATOLÓGICOS
lidocaine 3 %-hydrocortisone 0.5 % topical cream	1		AGENTES DERMATOLÓGICOS
malathion 0.5 % lotion[NP]	*		AGENTES DERMATOLÓGICOS
methoxsalen 10 mg liquid-filled,rapid release capsule[NP]	*		AGENTES DERMATOLÓGICOS
mometasone 0.1 % topical cream	1		AGENTES DERMATOLÓGICOS
mometasone 0.1 % topical ointment	1		AGENTES DERMATOLÓGICOS
mometasone 0.1 % topical solution	1		AGENTES DERMATOLÓGICOS
mupirocin 2 % topical ointment	1		AGENTES DERMATOLÓGICOS
NATROBA 0.9 % TOPICAL SUSPENSION	1		AGENTES DERMATOLÓGICOS
neuac 1.2 % (1 % base)-5 % topical gel	1		AGENTES DERMATOLÓGICOS
NIX CREME RINSE 1 % TOPICAL LIQUID[OTC]	1		AGENTES DERMATOLÓGICOS
noble formula hc 1 % topical cream[OTC]	1		AGENTES DERMATOLÓGICOS
OPZELURA 1.5 % TOPICAL CREAM	1	PA,QL(360 cada 365 dÍas)	AGENTES DERMATOLÓGICOS
OTEZLA 20 MG TABLET	1	PA	AGENTES DERMATOLÓGICOS
OTEZLA 30 MG TABLET	1	PA	AGENTES DERMATOLÓGICOS
OTEZLA STARTER 10 MG (4)-20 MG (4)-30 MG(47) TABLETS IN A DOSE PACK	1	PA	AGENTES DERMATOLÓGICOS
OTEZLA STARTER 10 MG (4)-20 MG (51) TABLETS IN A DOSE PACK	1	PA	AGENTES DERMATOLÓGICOS
OTEZLA XR 75 MG TABLET,EXTENDED RELEASE	1	PA,QL(30 cada 30 dÍas)	AGENTES DERMATOLÓGICOS
OTEZLA XR INITIATION 10 MG-20 MG-30 MG TABLET AND 75 MG TABLET,ER PACK	1	PA	AGENTES DERMATOLÓGICOS
panoxyl (adapalene) 0.1 % topical gel[OTC]	1		AGENTES DERMATOLÓGICOS
pellix 0.005 % scalp solution	1		AGENTES DERMATOLÓGICOS
permethrin 5 % topical cream	1		AGENTES DERMATOLÓGICOS

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	GRUPO DE NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
pimecrolimus 1 % topical cream	1	PA	AGENTES DERMATOLÓGICOS
PLEXION 9.8 %-4.8 % TOPICAL CLEANSER[NP]	*		AGENTES DERMATOLÓGICOS
PLEXION 9.8 %-4.8 % TOPICAL CREAM[NP]	*		AGENTES DERMATOLÓGICOS
podofilox 0.5 % topical solution	1		AGENTES DERMATOLÓGICOS
preparation h hydrocortisone 1 % topical cream[OTC]	1		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
pruradik 10 % lotion[NP]	*		AGENTES DERMATOLÓGICOS
selenium sulfide 2.25 % shampoo	1		AGENTES DERMATOLÓGICOS
selenium sulfide 2.3 % shampoo	1		AGENTES DERMATOLÓGICOS
selenium sulfide 2.5 % lotion	1		AGENTES DERMATOLÓGICOS
selsun blue 1 % shampoo[OTC]	1		AGENTES DERMATOLÓGICOS
selsun blue 2-in-1 1 % shampoo[OTC]	1		AGENTES DERMATOLÓGICOS
silver sulfadiazine 1 % topical cream	1		AGENTES DERMATOLÓGICOS
skin treatment 12 % lotion[OTC]	1		AGENTES DERMATOLÓGICOS
SORILUX 0.005 % TOPICAL FOAM[NP]	*		AGENTES DERMATOLÓGICOS
spinosad 0.9 % topical suspension	1		AGENTES DERMATOLÓGICOS
SSD 1 % TOPICAL CREAM	1		AGENTES DERMATOLÓGICOS
sss 10-5 10 %-5 % (w/w) topical cream[NP]	*		AGENTES DERMATOLÓGICOS
sss 10-5 10 %-5 % topical foam[NP]	*		AGENTES DERMATOLÓGICOS
sulfacetamide sodium 10 %-sulfur 1 % topical cleanser[NP]	*		AGENTES DERMATOLÓGICOS
sulfacetamide sodium 8 %-sulfur 4 % topical cleanser[NP]	*		AGENTES DERMATOLÓGICOS
sulfacetamide sodium 9 %-sulfur 4.25 % topical suspension[NP]	*		AGENTES DERMATOLÓGICOS
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 %-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
SUMADAN 9 %-4.5 % TOPICAL CLEANSER[NP]	*		AGENTES DERMATOLÓGICOS
SUMADAN 9 %-4.5 % TOPICAL KIT[NP]	*		AGENTES DERMATOLÓGICOS
SUMAXIN 10 %-4 % TOPICAL PADS[NP]	*		AGENTES DERMATOLÓGICOS
SUMAXIN CP 10 %-4 % TOPICAL KIT[NP]	*		AGENTES DERMATOLÓGICOS

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	GRUPO DE NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
TACLONEX 0.005 %-0.064 % TOPICAL SUSPENSION	1		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
tazarotene 0.05 % topical gel[NP]	*		AGENTES DERMATOLÓGICOS
tazarotene 0.1 % topical cream	1		AGENTES DERMATOLÓGICOS
tazarotene 0.1 % topical foam[NP]	*		AGENTES DERMATOLÓGICOS
tazarotene 0.1 % topical gel[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[NP]	*		AGENTES DERMATOLÓGICOS
tretinoin 0.1 % topical cream	1		AGENTES DERMATOLÓGICOS
tretinoin microspheres 0.04 % topical gel[NP]	*		AGENTES DERMATOLÓGICOS
tretinoin microspheres 0.04 % topical gel with pump[NP]	*		AGENTES DERMATOLÓGICOS
tretinoin microspheres 0.08 % topical gel with pump[NP]	*		AGENTES DERMATOLÓGICOS
tretinoin microspheres 0.1 % topical gel[NP]	*		AGENTES DERMATOLÓGICOS
tretinoin microspheres 0.1 % topical gel with pump[NP]	*		AGENTES DERMATOLÓGICOS
trilitas 0.1 % topical gel[NP]	*		AGENTES DERMATOLÓGICOS
TWYNEO 0.1 %-3 % TOPICAL CREAM[NP]	*		AGENTES DERMATOLÓGICOS
ULTRAVATE 0.05 % LOTION	1	PA	AGENTES DERMATOLÓGICOS
VANOS 0.1 % TOPICAL CREAM	1	PA	AGENTES DERMATOLÓGICOS
VECTICAL 3 MCG/GRAM TOPICAL OINTMENT	1		AGENTES DERMATOLÓGICOS
VTAMA 1 % TOPICAL CREAM	1	PA,QL(360 cada 365 dÍas)	AGENTES DERMATOLÓGICOS
WINLEVI 1 % TOPICAL CREAM[NP]	*		AGENTES DERMATOLÓGICOS
zenatane 10 mg capsule	1		AGENTES DERMATOLÓGICOS
zenatane 20 mg capsule	1		AGENTES DERMATOLÓGICOS
zenatane 30 mg capsule	1		AGENTES DERMATOLÓGICOS
zenatane 40 mg capsule	1		AGENTES DERMATOLÓGICOS
ZORYVE 0.05 % TOPICAL CREAM[NP]	*	PA,QL(360 cada 365 dÍas)	AGENTES DERMATOLÓGICOS
ZORYVE 0.15 % TOPICAL CREAM[NP]	*	PA,QL(360 cada 365 dÍas)	AGENTES DERMATOLÓGICOS
ZORYVE 0.3 % TOPICAL CREAM[NP]	*	PA,QL(360 cada 365 dÍas)	AGENTES DERMATOLÓGICOS
ZORYVE 0.3 % TOPICAL FOAM[NP]	*	PA,QL(360 cada 365 dÍas)	AGENTES DERMATOLÓGICOS
acid controller 10 mg tablet[OTC]	1	QL(60 cada 30 dÍas)	AGENTES GASTROINTESTINALES
acid controller 20 mg tablet[OTC]	1	QL(60 cada 30 dÍas)	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

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	GRUPO DE NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
acid reducer (famotidine) 10 mg tablet[OTC]	1	QL(60 cada 30 días)	AGENTES GASTROINTESTINALES
acid reducer (famotidine) 20 mg tablet[OTC]	1	QL(60 cada 30 días)	AGENTES GASTROINTESTINALES
acid-pep 20 mg tablet[OTC]	1	QL(60 cada 30 días)	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
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	1		AGENTES GASTROINTESTINALES
alosetron 1 mg tablet	1		AGENTES GASTROINTESTINALES
aluminum hydroxide gel 320 mg/5 ml oral suspension[OTC]	1	QL(1800 cada 30 días)	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
AMITIZA 24 MCG CAPSULE[NP]	*		AGENTES GASTROINTESTINALES
AMITIZA 8 MCG CAPSULE[NP]	*		AGENTES GASTROINTESTINALES
amoxicillin 500 mg-clarithromycin 500 mg-lansoprazole 30 mg combo pack[NP]	*		AGENTES GASTROINTESTINALES
antacid (calcium carb-magnesium hyd) 400 mg-135 mg/5 ml oral susp[OTC]	1		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 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

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	GRUPO DE NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
antacid maximum strength 400 mg-400 mg-40 mg/5 ml oral suspension[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-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	QL(120 cada 14 días)	AGENTES GASTROINTESTINALES
anti-diarrheal (loperamide) 2 mg capsule[OTC]	1		AGENTES GASTROINTESTINALES
anti-diarrheal (loperamide) 2 mg tablet[OTC]	1	QL(12 cada 14 días)	AGENTES GASTROINTESTINALES
anti-diarrheal 262 mg/15 ml oral suspension[OTC]	1		AGENTES GASTROINTESTINALES
anti-gas ultra strength 180 mg capsule[OTC]	1	QL(60 cada 30 días)	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]	*		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
chlordiazepoxide-clidinium 5 mg-2.5 mg capsule	1		AGENTES GASTROINTESTINALES

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	GRUPO DE NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
cimetidine 200 mg tablet[OTC]	1	QL(60 cada 30 días)	AGENTES GASTROINTESTINALES
cimetidine 200 mg tablet	1	QL(60 cada 30 días)	AGENTES GASTROINTESTINALES
cimetidine 300 mg tablet	1	QL(60 cada 30 días)	AGENTES GASTROINTESTINALES
cimetidine 300 mg/5 ml oral solution	1		AGENTES GASTROINTESTINALES
cimetidine 400 mg tablet	1	QL(60 cada 30 días)	AGENTES GASTROINTESTINALES
cimetidine 800 mg tablet	1	QL(60 cada 30 días)	AGENTES GASTROINTESTINALES
clearlax 17 gram oral powder packet[OTC]	1	PA	AGENTES GASTROINTESTINALES
clearlax 17 gram/dose oral powder[OTC]	1		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
constulose 10 gram/15 ml oral solution	1		AGENTES GASTROINTESTINALES
CYTOTEC 100 MCG TABLET[NP]	*		AGENTES GASTROINTESTINALES
CYTOTEC 200 MCG TABLET[NP]	*		AGENTES GASTROINTESTINALES
DEXILANT 30 MG CAPSULE, DELAYED RELEASE	1	QL(30 cada 30 días)	AGENTES GASTROINTESTINALES
DEXILANT 60 MG CAPSULE, DELAYED RELEASE	1	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	QL(12 cada 14 días)	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
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
diphenoxylate-atropine 2.5 mg-0.025 mg tablet	1		AGENTES GASTROINTESTINALES
ed-spaz 0.125 mg disintegrating tablet	1		AGENTES GASTROINTESTINALES

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	GRUPO DE NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
enulose 10 gram/15 ml oral solution	1		AGENTES GASTROINTESTINALES
esomeprazole magnesium 20 mg capsule,delayed release[OTC]	1	QL(30 cada 30 días)	AGENTES GASTROINTESTINALES
esomeprazole magnesium 20 mg capsule,delayed release	1	QL(30 cada 30 días)	AGENTES GASTROINTESTINALES
esomeprazole magnesium 40 mg capsule,delayed release	1	QL(30 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
esomeprazole sodium 40 mg intravenous solution[NP]	*	PA	AGENTES GASTROINTESTINALES
famotidine 10 mg tablet[OTC]	1	QL(60 cada 30 días)	AGENTES GASTROINTESTINALES
famotidine 20 mg tablet	1	QL(60 cada 30 días)	AGENTES GASTROINTESTINALES
famotidine 20 mg tablet[OTC]	1	QL(60 cada 30 días)	AGENTES GASTROINTESTINALES
famotidine 40 mg tablet	1	QL(60 cada 30 días)	AGENTES GASTROINTESTINALES
famotidine 40 mg/5 ml (8 mg/ml) oral suspension[NP]	*		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
gas relief (simethicone) 180 mg capsule[OTC]	1	QL(60 cada 30 días)	AGENTES GASTROINTESTINALES
GAS RELIEF (SIMETHICONE) 80 MG CHEWABLE TABLET[OTC]	1	QL(180 cada 30 días)	AGENTES GASTROINTESTINALES
gas relief 80 (simethicone) 80 mg chewable tablet[OTC]	1	QL(180 cada 30 días)	AGENTES GASTROINTESTINALES
gas relief extra strength 125 mg chewable tablet[OTC]	1		AGENTES GASTROINTESTINALES
gas relief ultra strength 180 mg capsule[OTC]	1	QL(60 cada 30 días)	AGENTES GASTROINTESTINALES
gas-x ultra-strength 180 mg capsule[OTC]	1	QL(60 cada 30 días)	AGENTES GASTROINTESTINALES
gavilax 17 gram/dose oral powder[OTC]	1		AGENTES GASTROINTESTINALES
gavilyte-c 240 gram-22.72 gram-6.72 gram-5.84 gram oral solution	1		AGENTES GASTROINTESTINALES
gavilyte-g 236 gram-22.74 gram-6.74 gram-5.86 gram oral solution	1		AGENTES GASTROINTESTINALES
GAVISCON 95 MG-358 MG/15 ML ORAL SUSPENSION[OTC]	1		AGENTES GASTROINTESTINALES

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	GRUPO DE NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
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
gentlelax 17 gram/dose oral powder[OTC]	1		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-lanta supreme 400 mg-135 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
glycopyrrolate 1 mg tablet	1		AGENTES GASTROINTESTINALES
glycopyrrolate 2 mg tablet	1		AGENTES GASTROINTESTINALES
healthylax 17 gram oral powder packet[OTC]	1	PA	AGENTES GASTROINTESTINALES
heartburn antacid 160 mg-105 mg chewable tablet[OTC]	1		AGENTES GASTROINTESTINALES
heartburn prevention 10 mg tablet[OTC]	1	QL(60 cada 30 dÍas)	AGENTES GASTROINTESTINALES
heartburn prevention 20 mg tablet[OTC]	1	QL(60 cada 30 dÍas)	AGENTES GASTROINTESTINALES
heartburn relief (famotidine) 10 mg tablet[OTC]	1	QL(60 cada 30 dÍas)	AGENTES GASTROINTESTINALES
heartburn relief (famotidine) 20 mg tablet[OTC]	1	QL(60 cada 30 dÍas)	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]	*		AGENTES GASTROINTESTINALES

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	GRUPO DE NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
IMODIUM A-D 1 MG/7.5 ML ORAL LIQUID[OTC]	1	QL(120 cada 14 días)	AGENTES GASTROINTESTINALES
IMODIUM A-D 2 MG CAPSULE[OTC]	1		AGENTES GASTROINTESTINALES
IMODIUM A-D 2 MG TABLET[OTC]	1	QL(12 cada 14 días)	AGENTES GASTROINTESTINALES
infants gas relief 40 mg/0.6 ml oral drops,suspension[OTC]	1		AGENTES GASTROINTESTINALES
infants simethicone 20 mg/0.3 ml oral syringe (oral use)[OTC]	1		AGENTES GASTROINTESTINALES
infants simethicone 40 mg/0.6 ml oral drops,suspension[OTC]	1		AGENTES GASTROINTESTINALES
infants' mylicon 40 mg/0.6 ml oral drops,suspension[OTC]	1		AGENTES GASTROINTESTINALES
instalax 17 gram/dose oral powder[OTC]	1		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(1200 cada 30 días)	AGENTES GASTROINTESTINALES
lactulose 10 gram/15 ml oral solution	1		AGENTES GASTROINTESTINALES
lansoprazole 15 mg capsule,delayed release	1	QL(30 cada 30 días)	AGENTES GASTROINTESTINALES
lansoprazole 15 mg capsule,delayed release[OTC]	1	QL(30 cada 30 días)	AGENTES GASTROINTESTINALES
lansoprazole 15 mg delayed release,disintegrating tablet[NP]	*	PA,QL(30 cada 30 días)	AGENTES GASTROINTESTINALES
lansoprazole 15 mg delayed release,disintegrating tablet[NP]	*	PA,QL(30 cada 30 días)	AGENTES GASTROINTESTINALES
lansoprazole 30 mg capsule,delayed release	1	QL(30 cada 30 días)	AGENTES GASTROINTESTINALES
lansoprazole 30 mg delayed release,disintegrating tablet[NP]	*	PA,QL(30 cada 30 días)	AGENTES GASTROINTESTINALES
laxaclear 17 gram/dose oral powder[OTC]	1		AGENTES GASTROINTESTINALES
laxative peg 3350 17 gram/dose oral powder[OTC]	1		AGENTES GASTROINTESTINALES
LINZESS 145 MCG CAPSULE	1	PA	AGENTES GASTROINTESTINALES
LINZESS 290 MCG CAPSULE	1	PA	AGENTES GASTROINTESTINALES
LINZESS 72 MCG CAPSULE	1	PA	AGENTES GASTROINTESTINALES

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	GRUPO DE NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
liquid antacid 400 mg-400 mg-40 mg/5 ml oral suspension[OTC]	1		AGENTES GASTROINTESTINALES
little remedies gas relief 40 mg/0.6 ml oral drops,suspension[OTC]	1		AGENTES GASTROINTESTINALES
little tummys gas relief 40 mg/0.6 ml oral drops,suspension[OTC]	1		AGENTES GASTROINTESTINALES
loperamide 1 mg/7.5 ml oral liquid[OTC]	1	QL(120 cada 14 días)	AGENTES GASTROINTESTINALES
loperamide 2 mg capsule	1		AGENTES GASTROINTESTINALES
loperamide 2 mg tablet[OTC]	1	QL(12 cada 14 días)	AGENTES GASTROINTESTINALES
lubiprostone 24 mcg capsule	1	PA	AGENTES GASTROINTESTINALES
lubiprostone 8 mcg capsule	1	PA	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
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
MIRALAX 17 GRAM ORAL POWDER PACKET[OTC]	1	PA	AGENTES GASTROINTESTINALES
MIRALAX 17 GRAM/DOSE ORAL POWDER[OTC]	1		AGENTES GASTROINTESTINALES
misoprostol 100 mcg tablet	1		AGENTES GASTROINTESTINALES
misoprostol 200 mcg tablet	1		AGENTES GASTROINTESTINALES
mix-in laxative 17 gram oral powder packet[OTC]	1	PA	AGENTES GASTROINTESTINALES
MOTEGRITY 1 MG TABLET[NP]	*		AGENTES GASTROINTESTINALES
MOTEGRITY 2 MG TABLET[NP]	*		AGENTES GASTROINTESTINALES
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
mylanta maximum strength 400 mg-400 mg-40 mg/5 ml oral suspension[OTC]	1		AGENTES GASTROINTESTINALES
natura-lax 17 gram/dose oral powder[OTC]	1		AGENTES GASTROINTESTINALES
NEXIUM 20 MG CAPSULE,DELAYED RELEASE[NP]	*	PA,QL(30 cada 30 días)	AGENTES GASTROINTESTINALES

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	GRUPO DE NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
NEXIUM 40 MG CAPSULE,DELAYED RELEASE[NP]	*	PA,QL(30 cada 30 días)	AGENTES GASTROINTESTINALES
NEXIUM PACKET 10 MG GRANULES DELAYED RELEASE FOR SUSP	1	QL(30 cada 30 días)	AGENTES GASTROINTESTINALES
NEXIUM PACKET 2.5 MG GRANULES DELAYED RELEASE FOR SUSP	1	QL(30 cada 30 días)	AGENTES GASTROINTESTINALES
NEXIUM PACKET 20 MG GRANULES DELAYED RELEASE FOR SUSP	1	QL(30 cada 30 días)	AGENTES GASTROINTESTINALES
NEXIUM PACKET 40 MG GRANULES DELAYED RELEASE FOR SUSP	1	QL(30 cada 30 días)	AGENTES GASTROINTESTINALES
NEXIUM PACKET 5 MG GRANULES DELAYED RELEASE FOR SUSP	1	QL(30 cada 30 días)	AGENTES GASTROINTESTINALES
nizatidine 150 mg capsule	1	QL(60 cada 30 días)	AGENTES GASTROINTESTINALES
nizatidine 300 mg capsule	1	QL(60 cada 30 días)	AGENTES GASTROINTESTINALES
omeprazole 10 mg capsule,delayed release	1	QL(60 cada 30 días)	AGENTES GASTROINTESTINALES
omeprazole 20 mg capsule,delayed release	1	QL(120 cada 30 días)	AGENTES GASTROINTESTINALES
omeprazole 20 mg-sodium bicarbonate 1,680 mg oral packet[NP]	*	PA,QL(30 cada 30 días)	AGENTES GASTROINTESTINALES
omeprazole 20 mg-sodium bicarbonate 1.1 gram capsule[NP]	*	PA,QL(30 cada 30 días)	AGENTES GASTROINTESTINALES
omeprazole 20 mg-sodium bicarbonate 1.1 gram capsule[NP]	*	PA,QL(30 cada 30 días)	AGENTES GASTROINTESTINALES
omeprazole 40 mg capsule,delayed release	1	QL(60 cada 30 días)	AGENTES GASTROINTESTINALES
omeprazole 40 mg-sodium bicarbonate 1,680 mg oral packet[NP]	*	PA,QL(30 cada 30 días)	AGENTES GASTROINTESTINALES
omeprazole 40 mg-sodium bicarbonate 1.1 gram capsule[NP]	*	PA,QL(30 cada 30 días)	AGENTES GASTROINTESTINALES
opium tincture 10 mg/ml (morphine) oral	1	PA	AGENTES GASTROINTESTINALES
oscimin 0.125 mg tablet	1		AGENTES GASTROINTESTINALES
oscimin sl 0.125 mg sublingual tablet	1		AGENTES GASTROINTESTINALES
pantoprazole 20 mg tablet,delayed release	1	QL(60 cada 30 días)	AGENTES GASTROINTESTINALES
pantoprazole 40 mg intravenous solution[NP]	*	PA	AGENTES GASTROINTESTINALES
pantoprazole 40 mg tablet,delayed release	1	QL(60 cada 30 días)	AGENTES GASTROINTESTINALES
pantoprazole dr 40 mg granules delayed-release for susp in packet[NP]	*	PA,QL(30 cada 30 días)	AGENTES GASTROINTESTINALES
peg 3350-electrolytes 236 gram-22.74 gram-6.74 gram-5.86 gram solution	1		AGENTES GASTROINTESTINALES
peg-electrolyte solution 420 gram oral solution	1		AGENTES GASTROINTESTINALES
pep-t-med 262 mg chewable tablet[OTC]	1		AGENTES GASTROINTESTINALES
PEPCID AC 10 MG TABLET[OTC]	1	QL(60 cada 30 días)	AGENTES GASTROINTESTINALES

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	GRUPO DE NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
PEPCID AC 20 MG TABLET[OTC]	1	QL(60 cada 30 días)	AGENTES GASTROINTESTINALES
PEPCID AC MAXIMUM STRENGTH 20 MG TABLET[OTC]	1	QL(60 cada 30 días)	AGENTES GASTROINTESTINALES
PEPTO-BISMOL 262 MG CHEWABLE TABLET[OTC]	1		AGENTES GASTROINTESTINALES
pepto-bismol 262 mg tablet[OTC]	1		AGENTES GASTROINTESTINALES
PEPTO-BISMOL 262 MG/15 ML ORAL SUSPENSION[OTC]	1		AGENTES GASTROINTESTINALES
PEPTO-BISMOL MAX ST 525 MG/15 ML ORAL SUSPENSION[OTC]	1		AGENTES GASTROINTESTINALES
PEPTO-BISMOL TO-GO 262 MG CHEWABLE TABLET[OTC]	1		AGENTES GASTROINTESTINALES
PHAZYME 180 MG CAPSULE[OTC]	1	QL(60 cada 30 días)	AGENTES GASTROINTESTINALES
pink bismuth 262 mg chewable tablet[OTC]	1		AGENTES GASTROINTESTINALES
pink bismuth 262 mg tablet[OTC]	1		AGENTES GASTROINTESTINALES
pink bismuth 262 mg/15 ml oral suspension[OTC]	1		AGENTES GASTROINTESTINALES
pink bismuth 525 mg/15 ml oral suspension[OTC]	1		AGENTES GASTROINTESTINALES
pink bismuth maximum strength 525 mg/15 ml oral suspension[OTC]	1		AGENTES GASTROINTESTINALES
polyethylene glycol 3350 17 gram oral powder packet[OTC]	1	PA	AGENTES GASTROINTESTINALES
polyethylene glycol 3350 17 gram/dose oral powder[OTC]	1		AGENTES GASTROINTESTINALES
powderlax 17 gram oral powder packet[OTC]	1	PA	AGENTES GASTROINTESTINALES
powderlax 17 gram/dose oral[OTC]	1		AGENTES GASTROINTESTINALES
PREVACID 30 MG CAPSULE,DELAYED RELEASE[NP]	*	PA,QL(30 cada 30 días)	AGENTES GASTROINTESTINALES
PREVACID SOLUTAB 15 MG DELAYED RELEASE,DISINTEGRATING TABLET[NP]	*	PA,QL(30 cada 30 días)	AGENTES GASTROINTESTINALES
PREVACID SOLUTAB 30 MG DELAYED RELEASE,DISINTEGRATING TABLET[NP]	*	PA,QL(30 cada 30 días)	AGENTES GASTROINTESTINALES
PRILOSEC 10 MG ORAL SUSPENSION,DELAYED RELEASE[NP]	*	PA,QL(30 cada 30 días)	AGENTES GASTROINTESTINALES
PRILOSEC 2.5 MG ORAL SUSPENSION,DELAYED RELEASE[NP]	*	PA,QL(30 cada 30 días)	AGENTES GASTROINTESTINALES
PROTONIX 20 MG TABLET,DELAYED RELEASE[NP]	*	PA,QL(60 cada 30 días)	AGENTES GASTROINTESTINALES
PROTONIX 40 MG GRANULES DELAYED-RELEASE PACKET	1	QL(30 cada 30 días)	AGENTES GASTROINTESTINALES
PROTONIX 40 MG INTRAVENOUS SOLUTION[NP]	*	PA	AGENTES GASTROINTESTINALES
PROTONIX 40 MG TABLET,DELAYED RELEASE[NP]	*	PA,QL(60 cada 30 días)	AGENTES GASTROINTESTINALES
prucalopride 1 mg tablet[NP]	*		AGENTES GASTROINTESTINALES

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	GRUPO DE NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
prucalopride 2 mg tablet[NP]	*		AGENTES GASTROINTESTINALES
purelax 17 gram oral powder packet[OTC]	1	PA	AGENTES GASTROINTESTINALES
purelax 17 gram/dose oral powder[OTC]	1		AGENTES GASTROINTESTINALES
PYLERA 140 MG-125 MG-125 MG CAPSULE	1		AGENTES GASTROINTESTINALES
rabeprazole 20 mg tablet,delayed release[NP]	*	PA,QL(30 cada 30 días)	AGENTES GASTROINTESTINALES
simethicone 180 mg capsule[OTC]	1	QL(60 cada 30 días)	AGENTES GASTROINTESTINALES
simethicone 80 mg chewable tablet[OTC]	1	QL(180 cada 30 días)	AGENTES GASTROINTESTINALES
smooth antacid 300 mg (as calcium carbonate 750 mg) chewable tablet[OTC]	1		AGENTES GASTROINTESTINALES
smoothlax 17 gram oral powder packet[OTC]	1	PA	AGENTES GASTROINTESTINALES
smoothlax 17 gram/dose oral powder[OTC]	1		AGENTES GASTROINTESTINALES
sodium bicarbonate 325 mg tablet[OTC]	1		AGENTES GASTROINTESTINALES
sodium bicarbonate 650 mg tablet[OTC]	1		AGENTES GASTROINTESTINALES
soothe (bismuth subsalicylate) 262 mg chewable tablet[OTC]	1		AGENTES GASTROINTESTINALES
soothe (bismuth subsalicylate) 262 mg tablet[OTC]	1		AGENTES GASTROINTESTINALES
soothe regular strength 262 mg/15 ml oral suspension[OTC]	1		AGENTES GASTROINTESTINALES
stomach relief 262 mg chewable tablet[OTC]	1		AGENTES GASTROINTESTINALES
stomach relief 262 mg tablet[OTC]	1		AGENTES GASTROINTESTINALES
stomach relief 262 mg/15 ml oral suspension[OTC]	1		AGENTES GASTROINTESTINALES
stomach relief 525 mg/15 ml oral suspension[OTC]	1		AGENTES GASTROINTESTINALES
stomach relief max strength 525 mg/15 ml oral suspension[OTC]	1		AGENTES GASTROINTESTINALES
stomach relief original 262 mg/15 ml oral suspension[OTC]	1		AGENTES GASTROINTESTINALES
sucralfate 1 gram tablet	1		AGENTES GASTROINTESTINALES
sucralfate 100 mg/ml oral suspension	1		AGENTES GASTROINTESTINALES
SYMPROIC 0.2 MG TABLET[NP]	*	QL(30 cada 30 días)	AGENTES GASTROINTESTINALES
TALICIA 10 MG-250 MG-12.5 MG CAPSULE,IMMEDIATE - DELAY RELEASE[NP]	*		AGENTES GASTROINTESTINALES
TAME THE FLAME 195 MG (AS CALCIUM CARBONATE 500 MG) CHEWABLE TABLET[OTC]	1		AGENTES GASTROINTESTINALES
teeny tummy infant gas relief 40 mg/0.6 ml oral drops,suspension[OTC]	1		AGENTES GASTROINTESTINALES

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	GRUPO DE NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
tum-ease 200 mg calcium (500 mg) chewable tablet[OTC]	1		AGENTES GASTROINTESTINALES
TUMS 200 MG (AS CALCIUM CARBONATE 500 MG) CHEWABLE TABLET[OTC]	1		AGENTES GASTROINTESTINALES
TUMS 300 MG (AS CALCIUM CARBONATE 750 MG) CHEWABLE TABLET[OTC]	1		AGENTES GASTROINTESTINALES
TUMS 320 MG CALCIUM (750 MG) CHEWABLE TABLET[OTC]	1		AGENTES GASTROINTESTINALES
TUMS E-X 300 MG (AS CALCIUM CARBONATE 750 MG) CHEWABLE TABLET[OTC]	1		AGENTES GASTROINTESTINALES
TUMS EXTRA STRENGTH SMOOTHIES 300 MG (AS CARB 750 MG) CHEWABLE TABLET[OTC]	1		AGENTES GASTROINTESTINALES
TUMS FRESHERS 200 MG (AS CALCIUM CARBONATE 500 MG) CHEWABLE TABLET[OTC]	1		AGENTES GASTROINTESTINALES
TUMS ULTRA 400 MG (AS CALCIUM CARBONATE 1,000 MG) CHEWABLE TABLET[OTC]	1		AGENTES GASTROINTESTINALES
ultra a-d 2 mg tablet[OTC]	1	QL(12 cada 14 dÍas)	AGENTES GASTROINTESTINALES
ultra strength antacid 400 mg (calcium carb 1,000 mg) chewable tablet[OTC]	1		AGENTES GASTROINTESTINALES
ursodiol 250 mg tablet	1		AGENTES GASTROINTESTINALES
ursodiol 300 mg capsule	1		AGENTES GASTROINTESTINALES
ursodiol 500 mg tablet	1		AGENTES GASTROINTESTINALES
VOQUEZNA DUAL PAK 20 MG (28)-500 MG (84) ORAL PACK[NP]	*		AGENTES GASTROINTESTINALES
VOQUEZNA TRIPLE PAK 20 MG-500 MG-500 MG ORAL PACK	1		AGENTES GASTROINTESTINALES
zantac-360 (famotidine) 20 mg tablet[OTC]	1	QL(60 cada 30 dÍas)	AGENTES GASTROINTESTINALES
alfuzosin er 10 mg tablet,extended release 24 hr	1		AGENTES GENITOURINARIOS
bethanechol chloride 10 mg tablet	1		AGENTES GENITOURINARIOS
bethanechol chloride 25 mg tablet	1		AGENTES GENITOURINARIOS
bethanechol chloride 5 mg tablet	1		AGENTES GENITOURINARIOS
bethanechol chloride 50 mg tablet	1		AGENTES GENITOURINARIOS
CIALIS 5 MG TABLET[NP]	*		AGENTES GENITOURINARIOS
darifenacin er 15 mg tablet,extended release 24 hr[NP]	*		AGENTES GENITOURINARIOS
darifenacin er 7.5 mg tablet,extended release 24 hr[NP]	*		AGENTES GENITOURINARIOS
DETROL 1 MG TABLET[NP]	*		AGENTES GENITOURINARIOS
DETROL 2 MG TABLET[NP]	*		AGENTES GENITOURINARIOS
DETROL LA 2 MG CAPSULE,EXTENDED RELEASE[NP]	*		AGENTES GENITOURINARIOS
DETROL LA 4 MG CAPSULE,EXTENDED RELEASE[NP]	*		AGENTES GENITOURINARIOS
dutasteride 0.5 mg capsule	1		AGENTES GENITOURINARIOS
dutasteride 0.5 mg-tamsulosin er 0.4 mg capsule ext.release 24hr mphas[NP]	*		AGENTES GENITOURINARIOS
ELMIRON 100 MG CAPSULE	1	PA	AGENTES GENITOURINARIOS
fesoterodine er 4 mg tablet,extended release 24 hr	1		AGENTES GENITOURINARIOS

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	GRUPO DE NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
fesoterodine er 8 mg tablet,extended release 24 hr	1		AGENTES GENITOURINARIOS
finasteride 5 mg tablet	1		AGENTES GENITOURINARIOS
flavoxate 100 mg tablet[NP]	*		AGENTES GENITOURINARIOS
FLOMAX 0.4 MG CAPSULE[NP]	*		AGENTES GENITOURINARIOS
GEMTESA 75 MG TABLET[NP]	*		AGENTES GENITOURINARIOS
mirabegron er 25 mg tablet,extended release 24 hr[NP]	*		AGENTES GENITOURINARIOS
mirabegron er 50 mg tablet,extended release 24 hr[NP]	*		AGENTES GENITOURINARIOS
mirabegron er 8 mg/ml oral suspension,extended release[NP]	*		AGENTES GENITOURINARIOS
MYRBETRIQ 25 MG TABLET,EXTENDED RELEASE	1		AGENTES GENITOURINARIOS
MYRBETRIQ 50 MG TABLET,EXTENDED RELEASE	1		AGENTES GENITOURINARIOS
MYRBETRIQ 8 MG/ML ORAL SUSPENSION,EXTENDED RELEASE[NP]	*		AGENTES GENITOURINARIOS
oxybutynin chloride 2.5 mg tablet	1		AGENTES GENITOURINARIOS
oxybutynin chloride 5 mg tablet	1		AGENTES GENITOURINARIOS
oxybutynin chloride 5 mg/5 ml oral syrup	1		AGENTES GENITOURINARIOS
oxybutynin chloride er 10 mg tablet,extended release 24 hr	1		AGENTES GENITOURINARIOS
oxybutynin chloride er 15 mg tablet,extended release 24 hr	1		AGENTES GENITOURINARIOS
oxybutynin chloride er 5 mg tablet,extended release 24 hr	1		AGENTES GENITOURINARIOS
OXYTROL 3.9 MG/24 HR TRANSDERMAL PATCH	1		AGENTES GENITOURINARIOS
PROSCAR 5 MG TABLET[NP]	*		AGENTES GENITOURINARIOS
RAPAFLO 4 MG CAPSULE[NP]	*		AGENTES GENITOURINARIOS
RAPAFLO 8 MG CAPSULE[NP]	*		AGENTES GENITOURINARIOS
silodosin 4 mg capsule[NP]	*		AGENTES GENITOURINARIOS
silodosin 8 mg capsule[NP]	*		AGENTES GENITOURINARIOS
solifenacin 10 mg tablet	1		AGENTES GENITOURINARIOS
solifenacin 5 mg tablet	1		AGENTES GENITOURINARIOS
tadalafil 2.5 mg tablet[NP]	*		AGENTES GENITOURINARIOS
tadalafil 5 mg tablet[NP]	*		AGENTES GENITOURINARIOS
tamsulosin 0.4 mg capsule	1		AGENTES GENITOURINARIOS
tolterodine 1 mg tablet	1		AGENTES GENITOURINARIOS
tolterodine 2 mg tablet	1		AGENTES GENITOURINARIOS
tolterodine er 2 mg capsule,extended release 24 hr	1		AGENTES GENITOURINARIOS
tolterodine er 4 mg capsule,extended release 24 hr	1		AGENTES GENITOURINARIOS
TOVIAZ 4 MG TABLET,EXTENDED RELEASE[NP]	*		AGENTES GENITOURINARIOS
TOVIAZ 8 MG TABLET,EXTENDED RELEASE[NP]	*		AGENTES GENITOURINARIOS
trospium 20 mg tablet[NP]	*		AGENTES GENITOURINARIOS
trospium er 60 mg capsule,extended release 24 hr[NP]	*		AGENTES GENITOURINARIOS
VESICARE 10 MG TABLET[NP]	*		AGENTES GENITOURINARIOS
VESICARE 5 MG TABLET[NP]	*		AGENTES GENITOURINARIOS
VESICARE LS 1 MG/ML ORAL SUSPENSION[NP]	*		AGENTES GENITOURINARIOS

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	GRUPO DE NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
testosterone 30 mg/actuation (1.5 ml) transderm solution metered pump[NP]	*	PA,QL(180 cada 30 dÍas)	AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/M
testosterone 12.5 mg/1.25 gram per pump actuation (1%) transdermal gel	1	PA,QL(300 cada 30 dÍas)	AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MO
testosterone 20.25 mg/1.25 gram per pump act.(1.62 %) transdermal gel	1	PA,QL(150 cada 30 dÍas)	AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MOD
testosterone 1.62 % (20.25 mg/1.25 gram) transdermal gel packet[NP]	*	PA,QL(37.5 cada 30 dÍas)	AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFI
testosterone 1.62 % (40.5 mg/2.5 gram) transdermal gel packet[NP]	*	PA,QL(150 cada 30 dÍas)	AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICAD
testosterone 10 mg/0.5 gram/actuation transdermal gel pump[NP]	*	PA,QL(120 cada 30 dÍas)	AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORE
abigale 1 mg-0.5 mg tablet	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)
abigale lo 0.5 mg-0.1 mg tablet	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)
ACTIVELLA 1 MG-0.5 MG TABLET[NP]	*		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)
afirmelle 0.1 mg-20 mcg tablet	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)
after pill 1.5 mg tablet[OTC]	1	QL(3 cada 30 dÍas)	AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)
AFTERA 1.5 MG TABLET[OTC]	1	QL(3 cada 30 dÍas)	AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	GRUPO DE NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
altavera (28) 0.15 mg-0.03 mg tablet	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)
alyacen 1/35 (28) 1 mg-35 mcg tablet	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)
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)
amethyst (28) 90 mcg-20 mcg tablet	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)
ANGELIQ 0.25 MG-0.5 MG TABLET	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)
ANGELIQ 0.5 MG-1 MG TABLET	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)
ANNOVERA 0.15 MG-0.013 MG/24 HR VAGINAL RING	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)
apri 0.15 mg-0.03 mg tablet	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)
aranelle (28) 0.5 mg/1 mg/0.5 mg-35 mcg tablet	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)
ashlyna 0.15 mg-30 mcg (84)/10 mcg(7) tablets,3 month dose pack	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)
aubra 0.1 mg-20 mcg tablet	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	GRUPO DE NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
aubra eq 0.1 mg-20 mcg tablet	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)
aurovela 1.5/30 (21) 1.5 mg-30 mcg tablet	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)
aurovela 1/20 (21) 1 mg-20 mcg tablet	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)
aurovela 24 fe 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4) tablet	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)
aurovela fe 1-20 (28) 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7) tablet	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)
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)
AVEED 750 MG/3 ML (250MG/ML) INTRAMUSCULAR SOLUTION[NP]	*	PA	AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)
AVERI 0.15 MG-0.03 MG (21)/36.5 MG (7) TABLET	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)
aviane 0.1 mg-20 mcg tablet	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)
ayuna 0.15 mg-0.03 mg tablet	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)
AZMIRO 200 MG/ML INTRAMUSCULAR SYRINGE[NP]	*	PA	AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	GRUPO DE NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
azurette (28) 0.15 mg-0.02 mg (21)/0.01 mg (5) tablet	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)
BALCOLTRA 0.1 MG-0.02 MG (21)/IRON (7) TABLET	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)
balziva (28) 0.4 mg-35 mcg tablet	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)
BEYAZ (28) 3 MG-0.02 MG-0.451 MG (24)/0.451 MG (4) TABLET	1	PA	AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)
BIJUVA 0.5 MG-100 MG CAPSULE[NP]	*		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)
BIJUVA 1 MG-100 MG CAPSULE[NP]	*		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)
blisovi 24 fe 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4) tablet	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)
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)
blisovi fe 1/20 (28) 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7) tablet	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)
briellyn 0.4 mg-35 mcg tablet	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)
camila 0.35 mg tablet	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	GRUPO DE NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
camrese 0.15 mg-30 mcg (84)/10 mcg(7) tablets,3 month dose pack	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)
camrese lo 0.1 mg-20 mcg (84)/10 mcg (7) tablets,3 month dose pack	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)
caziant (28) 0.1 mg/0.125 mg/0.15 mg-25 mcg tablet	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)
charlotte 24 fe 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4) chewable tablet	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)
chateal eq (28) 0.15 mg-0.03 mg tablet	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)
CLIMARA 0.025 MG/24 HR TRANSDERMAL PATCH	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)
CLIMARA 0.0375 MG/24 HR TRANSDERMAL PATCH	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)
CLIMARA 0.05 MG/24 HR TRANSDERMAL PATCH	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)
CLIMARA 0.06 MG/24 HR TRANSDERMAL PATCH	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)
CLIMARA 0.075 MG/24 HR TRANSDERMAL PATCH	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)
CLIMARA 0.1 MG/24 HR TRANSDERMAL PATCH	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	GRUPO DE NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
CLIMARA PRO 0.045 MG-0.015 MG/24 HR TRANSDERMAL PATCH	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)
COMBIPATCH 0.05 MG-0.14 MG/24 HR TRANSDERMAL	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)
COMBIPATCH 0.05 MG-0.25 MG/24 HR TRANSDERMAL	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)
conjugated estrogens 0.3 mg tablet	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)
conjugated estrogens 0.45 mg tablet	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)
conjugated estrogens 0.625 mg tablet	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)
conjugated estrogens 0.9 mg tablet	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)
conjugated estrogens 1.25 mg tablet	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)
CRINONE 4 % VAGINAL GEL[NP]	*		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)
CRINONE 8 % VAGINAL GEL[NP]	*		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)
cryselle (28) 0.3 mg-30 mcg tablet	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	GRUPO DE NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
curae 1.5 mg tablet[OTC]	1	QL(3 cada 30 dÍas)	AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)
cyred 0.15 mg-0.03 mg tablet	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)
cyred eq 0.15 mg-0.03 mg tablet	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)
danazol 100 mg capsule[NP]	*	PA	AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)
danazol 200 mg capsule[NP]	*	PA	AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)
danazol 50 mg capsule[NP]	*	PA	AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)
dasetta 1/35 (28) 1 mg-35 mcg tablet	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)
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)
daysee 0.15 mg-30 mcg (84)/10 mcg(7) tablets,3 month dose pack	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)
deblitane 0.35 mg tablet	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)
DELESTROGEN 10 MG/ML INTRAMUSCULAR OIL[NP]	*		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	GRUPO DE NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
DELESTROGEN 20 MG/ML INTRAMUSCULAR OIL[NP]	*		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)
DEPO-ESTRADIOL 5 MG/ML INTRAMUSCULAR OIL	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)
DEPO-PROVERA 150 MG/ML INTRAMUSCULAR SUSPENSION[NP]	*	QL(1 cada 84 dÍas)	AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)
DEPO-PROVERA 150 MG/ML INTRAMUSCULAR SYRINGE[NP]	*		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)
DEPO-SUBQ PROVERA 104 104 MG/0.65 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)
DEPO-TESTOSTERONE 100 MG/ML INTRAMUSCULAR OIL	1	PA	AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)
DEPO-TESTOSTERONE 200 MG/ML INTRAMUSCULAR OIL	1	PA	AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)
desogestrel-e.estradiol 0.15 mg-0.02 mg(21)/e.estrad 0.01 mg(5) tablet	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)
DIVIGEL 0.25 MG/0.25 GRAM (0.1 %) TRANSDERMAL GEL PACKET[NP]	*		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)
DIVIGEL 0.5 MG/0.5 GRAM (0.1 %) TRANSDERMAL GEL PACKET[NP]	*		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)
DIVIGEL 0.75 MG/0.75 GRAM (0.1%) TRANSDERMAL GEL PACKET[NP]	*		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	GRUPO DE NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
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		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)
dotti 0.0375 mg/24 hr transdermal patch	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)
dotti 0.05 mg/24 hr transdermal patch	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)
dotti 0.075 mg/24 hr transdermal patch	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)
dotti 0.1 mg/24 hr transdermal patch	1		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)

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	GRUPO DE NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
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]	*		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)
econtra ez 1.5 mg tablet[OTC]	1	QL(3 cada 30 dÍas)	AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)
econtra one-step 1.5 mg tablet[OTC]	1	QL(3 cada 30 dÍas)	AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)
ELESTRIN 0.87 GRAM/ACTUATION (0.06%) TRANSDERMAL GEL PUMP[NP]	*		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)
elinest 0.3 mg-30 mcg tablet	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)
ELLA 30 MG TABLET	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)
eluryng 0.12 mg-0.015 mg/24 hr vaginal ring	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)
emzahh 0.35 mg tablet	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)
enilloring 0.12 mg-0.015 mg/24 hr vaginal ring	1		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)

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	GRUPO DE NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
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)
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)
ESTRACE 0.5 MG TABLET[NP]	*		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)
ESTRACE 1 MG TABLET[NP]	*		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)
ESTRACE 2 MG TABLET[NP]	*		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)
estradiol 0.01% (0.1 mg/gram) vaginal cream[NP]	*		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)
estradiol 0.025 mg/24 hr semiweekly transdermal patch	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)
estradiol 0.025 mg/24 hr weekly transdermal patch	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)
estradiol 0.0375 mg/24 hr semiweekly transdermal patch	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	GRUPO DE NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
estradiol 0.0375 mg/24 hr weekly transdermal patch	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)
estradiol 0.05 mg/24 hr semiweekly transdermal patch	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)
estradiol 0.05 mg/24 hr weekly transdermal patch	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)
estradiol 0.06 mg/24 hr weekly transdermal patch	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)
estradiol 0.075 mg/24 hr semiweekly transdermal patch	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)
estradiol 0.075 mg/24 hr weekly transdermal patch	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)
estradiol 0.1 mg/24 hr semiweekly transdermal patch	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)
estradiol 0.1 mg/24 hr weekly transdermal patch	1		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)

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	GRUPO DE NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
estradiol 0.75 mg/0.75 gram (0.1%) transdermal gel packet[NP]	*		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)
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	1		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	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)
estradiol valerate 20 mg/ml intramuscular oil	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)
estradiol valerate 40 mg/ml intramuscular oil	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)
estradiol-norethindrone acet 0.5 mg-0.1 mg tablet	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	GRUPO DE NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
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	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)
ethynodiol diacetate-ethinyl estradiol 1 mg-35 mcg tablet	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)
ethynodiol diacetate-ethinyl estradiol 1 mg-50 mcg tablet	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)
etonogestrel 0.12 mg-ethinyl estradiol 0.015 mg/24 hr vaginal ring	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)
EVAMIST 1.53 MG/SPRAY (1.7 %) TRANSDERMAL SPRAY	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)
EVISTA 60 MG TABLET[NP]	*		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 – Medicamento no preferido • OTC – Medicamentos sin receta • PA – Autorización previa • QL – Límite de cantidad • ST – Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	GRUPO DE NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
FEMRING 0.05 MG/24 HR VAGINAL[NP]	*		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)
FEMRING 0.1 MG/24 HR VAGINAL[NP]	*		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	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)
fyavolv 1 mg-5 mcg tablet	1		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	1		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)
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)

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	GRUPO DE NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
hailey fe 1/20 (28) 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7) tablet	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)
haloette 0.12 mg-0.015 mg/24 hr vaginal ring	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	QL(3 cada 30 dÍas)	AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)
IMVEXXY MAINTENANCE PACK 10 MCG VAGINAL INSERT[NP]	*		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)
IMVEXXY MAINTENANCE PACK 4 MCG VAGINAL INSERT[NP]	*		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)
IMVEXXY STARTER PACK 10 MCG VAGINAL INSERT, DOSE PACK[NP]	*		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)
IMVEXXY STARTER PACK 4 MCG VAGINAL INSERT, DOSE PACK[NP]	*		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]	*		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)
introvale 0.15 mg-30 mcg (91) tablets,3 month dose pack	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	GRUPO DE NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
isibloom 0.15 mg-0.03 mg tablet	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)
jaimiess 0.15 mg-30 mcg (84)/10 mcg(7) tablets,3 month dose pack	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]	*	PA,QL(60 cada 30 días)	AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)
JATENZO 198 MG CAPSULE[NP]	*	PA,QL(120 cada 30 días)	AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)
JATENZO 237 MG CAPSULE[NP]	*	PA,QL(60 cada 30 días)	AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)
jencycla 0.35 mg tablet	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)
jinteli 1 mg-5 mcg tablet	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)
jolessa 0.15 mg-30 mcg (91) tablets,3 month dose pack	1		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)

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	GRUPO DE NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
julie 1.5 mg tablet[OTC]	1	QL(3 cada 30 dÍas)	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)
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)
kelnor 1/50 (28) 1 mg-50 mcg tablet	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	GRUPO DE NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
kurvelo (28) 0.15 mg-0.03 mg tablet	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)
l norgest/e estradiol-e estrad 0.1 mg-20 mcg (84)/10 mcg (7) tabs,3mos	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)
l norgest/e estradiol-e estrad 0.15 mg-30 mcg (84)/10 mcg(7) tabs,3mos	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)
l norgest/ee 0.15-0.02mg/0.15-0.025mg/0.15-0.03mg/ee 0.01 mg tabs,3mo	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)
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)
LAYOLIS FE 0.8 MG-25 MCG (24)/75 MG (4) CHEWABLE TABLET	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	GRUPO DE NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
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 0.15 mg-ethinyl estradiol 0.03 mg tablet	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)
levonorgestrel 0.15 mg-ethinyl estradiol 30 mcg tablets,3 mos pack(91)	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)
levonorgestrel 1.5 mg tablet[OTC]	1	QL(3 cada 30 dÍas)	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)
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)

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	GRUPO DE NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
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)
lojaimiess 0.1 mg-20 mcg (84)/10 mcg (7) tablets,3 month dose pack	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)
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)
lutera (28) 0.1 mg-20 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		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	GRUPO DE NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
lyllana 0.0375 mg/24 hr transdermal patch	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)
lyllana 0.05 mg/24 hr transdermal patch	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)
lyllana 0.075 mg/24 hr transdermal patch	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)
lyllana 0.1 mg/24 hr transdermal patch	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)
lyza 0.35 mg tablet	1		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)
medroxyprogesterone 10 mg tablet	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)
medroxyprogesterone 150 mg/ml intramuscular suspension	1	QL(1 cada 84 dÍas)	AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)
medroxyprogesterone 150 mg/ml intramuscular syringe	1		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)

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	GRUPO DE NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
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)
megestrol 625 mg/5 ml (125 mg/ml) oral suspension	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)
meleya 0.35 mg tablet	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)
MENEST 0.3 MG TABLET	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)
MENEST 0.625 MG TABLET	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)
MENEST 1.25 MG TABLET	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)
MENEST 2.5 MG TABLET	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)
MENOSTAR 14 MCG/24 HR TRANSDERMAL PATCH[NP]	*		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	GRUPO DE NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
METHITEST 10 MG TABLET[NP]	*	PA,QL(150 cada 30 dÍas)	AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)
methyltestosterone 10 mg capsule[NP]	*	PA,QL(150 cada 30 dÍas)	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)
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	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)
MINIVELLE 0.0375 MG/24 HR TRANSDERMAL PATCH	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	GRUPO DE NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
MINIVELLE 0.05 MG/24 HR TRANSDERMAL PATCH	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)
MINIVELLE 0.075 MG/24 HR TRANSDERMAL PATCH	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)
MINIVELLE 0.1 MG/24 HR TRANSDERMAL PATCH	1		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)
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	QL(3 cada 30 dÍas)	AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)
my way 1.5 mg tablet[OTC]	1	QL(3 cada 30 dÍas)	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]	*	PA,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	QL(3 cada 30 dÍas)	AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	GRUPO DE NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
NEXPLANON 68 MG SUBDERMAL IMPLANT	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)
NORA-BE 0.35 MG TABLET	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)
norelgestromin 150 mcg-e.estradiol 35 mcg/24 hr weekly transderm patch[NP]	*		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)
norethin-ethinyl estradiol-iron 0.4 mg-35 mcg(21)/75 mg(7) chew tablet	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)
norethin-ethinyl estradiol-iron 0.8 mg-25 mcg(24)/75 mg(4) chew 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 1 mg-ethinyl estradiol 20 mcg (21)-iron 75 mg (7) tablet	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	GRUPO DE NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
norethindrone 1.5 mg-ethinyl estradiol 30 mcg(21)/iron 75 mg(7) tablet	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 1.5 mg-ethinyl estradiol 30 mcg tablet	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)
norethindrone acetate 5 mg tablet	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)
norethindrone-eth. estradiol-iron 1-20 (5)/1-30(7)/1mg-35mcg(9) tablet	1		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)
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)

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	GRUPO DE NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
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	PA	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)
ocella 3 mg-0.03 mg tablet	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)
opcicon one-step 1.5 mg tablet[OTC]	1	QL(3 cada 30 días)	AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)
OPILL 0.075 MG TABLET[OTC]	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)
option-2 1.5 mg tablet[OTC]	1	QL(3 cada 30 días)	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]	*		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	GRUPO DE NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
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	QL(3 cada 30 dÍas)	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)
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)
PREMARIN 25 MG SOLUTION FOR INJECTION	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	GRUPO DE NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
PREMPHASE 0.625 MG(14)/0.625 MG-5MG(14) TABLET[NP]	*		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)
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 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)
PROMETRIUM 200 MG CAPSULE[NP]	*		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)
PROVERA 10 MG TABLET	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	GRUPO DE NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
PROVERA 2.5 MG TABLET	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)
PROVERA 5 MG TABLET	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)
raloxifene 60 mg tablet	1		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)
rivelsa 0.15 mg-20 mcg/0.15 mg-25 mcg tablets,3 month dose pack	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)
rosyrah 0.15 mg-20 mcg/0.15 mg-25 mcg tablets,3 month dose pack	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	PA	AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)
setlakin 0.15 mg-30 mcg (91) tablets,3 month dose pack	1		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	QL(3 cada 30 dÍas)	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)

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	GRUPO DE NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
simpesse 0.15 mg-30 mcg (84)/10 mcg(7) tablets,3 month dose pack	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)
sprintec (28) 0.25 mg-0.035 mg tablet	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)
sronyx 0.1 mg-20 mcg 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	QL(3 cada 30 dÍas)	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)
tarina fe 1/20 (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	PA	AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)
TESTIM 50 MG/5 GRAM (1 %) TRANSDERMAL GEL	1	PA,QL(300 cada 30 dÍas)	AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	GRUPO DE NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
TESTOPEL 75 MG IMPLANT PELLET[NP]	*	PA	AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)
testosterone 1 % (25 mg/2.5 gram) transdermal gel packet	1	PA,QL(30 cada 30 días)	AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)
testosterone 1 % (50 mg/5 gram) transdermal gel packet	1	PA,QL(60 cada 30 días)	AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)
testosterone 50 mg/5 gram (1 %) transdermal gel	1	PA,QL(300 cada 30 días)	AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)
testosterone cypionate 100 mg/ml intramuscular oil	1	PA	AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)
testosterone cypionate 200 mg/ml intramuscular oil	1	PA	AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)
testosterone enanthate 200 mg/ml intramuscular oil[NP]	*	PA	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]	*	PA,QL(120 cada 30 días)	AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)
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)

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	GRUPO DE NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
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)
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)
tulana 0.35 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)

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	GRUPO DE NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
TWIRLA 120 MCG-30 MCG/24 HR TRANSDERMAL PATCH	1		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)
UNDECATREX 200 MG CAPSULE[NP]	*		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)
VAGIFEM 10 MCG VAGINAL TABLET	1		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)
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)

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	GRUPO DE NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
VIVELLE-DOT 0.025 MG/24 HR TRANSDERMAL PATCH	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)
VIVELLE-DOT 0.0375 MG/24 HR TRANSDERMAL PATCH	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)
VIVELLE-DOT 0.05 MG/24 HR TRANSDERMAL PATCH	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)
VIVELLE-DOT 0.075 MG/24 HR TRANSDERMAL PATCH	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)
VIVELLE-DOT 0.1 MG/24 HR TRANSDERMAL PATCH	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)
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)

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	GRUPO DE NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
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		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)
XYOSTED 100 MG/0.5 ML SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR[NP]	*	PA	AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)
XYOSTED 50 MG/0.5 ML SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR[NP]	*	PA	AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)
XYOSTED 75 MG/0.5 ML SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR[NP]	*	PA	AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)
YASMIN (28) 3 MG-0.03 MG TABLET	1	PA	AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)
YAZ (28) 3 MG-0.02 MG TABLET	1	PA	AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)
your choice 1.5 mg tablet[OTC]	1	QL(3 cada 30 dÍas)	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[NP]	*		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)
zarah 3 mg-0.03 mg tablet	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	GRUPO DE NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
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)
CHORIONIC GONADOTROPIN, HUMAN 10,000 UNIT IM POWDER FOR SOLUTION	1	PA	AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (PITUITARIA)
desmopressin 0.1 mg tablet	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (PITUITARIA)
desmopressin 0.2 mg tablet	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (PITUITARIA)
desmopressin 10 mcg/spray (0.1 ml) nasal spray	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (PITUITARIA)
desmopressin 10 mcg/spray (0.1 ml) nasal spray (non-refrigerated)	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (PITUITARIA)
desmopressin 4 mcg/ml injection solution	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (PITUITARIA)
GENOTROPIN 12 MG/ML (36 UNIT/ML) SUBCUTANEOUS CARTRIDGE	1	PA	AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (PITUITARIA)
GENOTROPIN 5 MG/ML (15 UNIT/ML) SUBCUTANEOUS CARTRIDGE	1	PA	AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (PITUITARIA)
GENOTROPIN MINIQUICK 0.2 MG/0.25 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE	1	PA	AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (PITUITARIA)
GENOTROPIN MINIQUICK 0.4 MG/0.25 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE	1	PA	AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (PITUITARIA)
GENOTROPIN MINIQUICK 0.6 MG/0.25 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE	1	PA	AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (PITUITARIA)

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	GRUPO DE NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
GENOTROPIN MINIQUICK 0.8 MG/0.25 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE	1	PA	AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (PITUITARIA)
GENOTROPIN MINIQUICK 1 MG/0.25 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE	1	PA	AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (PITUITARIA)
GENOTROPIN MINIQUICK 1.2 MG/0.25 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE	1	PA	AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (PITUITARIA)
GENOTROPIN MINIQUICK 1.4 MG/0.25 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE	1	PA	AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (PITUITARIA)
GENOTROPIN MINIQUICK 1.6 MG/0.25 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE	1	PA	AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (PITUITARIA)
GENOTROPIN MINIQUICK 1.8 MG/0.25 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE	1	PA	AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (PITUITARIA)
GENOTROPIN MINIQUICK 2 MG/0.25 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE	1	PA	AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (PITUITARIA)
HUMATROPE 12 MG (36 UNIT) INJECTION CARTRIDGE[NP]	*	PA	AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (PITUITARIA)
HUMATROPE 24 MG (72 UNIT) INJECTION CARTRIDGE[NP]	*	PA	AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (PITUITARIA)
HUMATROPE 6 MG (18 UNIT) INJECTION CARTRIDGE[NP]	*	PA	AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (PITUITARIA)
INCRELEX 10 MG/ML SUBCUTANEOUS SOLUTION[NP]	*	PA	AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (PITUITARIA)
NGENLA 24 MG/1.2 ML (20 MG/ML) SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR[NP]	*	PA	AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (PITUITARIA)
NGENLA 60 MG/1.2 ML (50 MG/ML) SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR[NP]	*	PA	AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (PITUITARIA)
NOCDURNA (MEN) 55.3 MCG DISINTEGRATING TABLET,SUBLINGUAL	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (PITUITARIA)

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	GRUPO DE NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
NOCDURNA (WOMEN) 27.7 MCG DISINTEGRATING TABLET,SUBLINGUAL	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (PITUITARIA)
NORDITROPIN FLEXPRO 10 MG/1.5 ML (6.7 MG/ML) SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR	1	PA	AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (PITUITARIA)
NORDITROPIN FLEXPRO 15 MG/1.5 ML (10 MG/ML) SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR	1	PA	AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (PITUITARIA)
NORDITROPIN FLEXPRO 30 MG/3 ML (10 MG/ML) SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR	1	PA	AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (PITUITARIA)
NORDITROPIN FLEXPRO 5 MG/1.5 ML (3.3 MG/ML) SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR	1	PA	AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (PITUITARIA)
NOVAREL 5,000 UNIT INTRAMUSCULAR SOLUTION	1	PA	AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (PITUITARIA)
NUTROPIN AQ NUSPIN 10 MG/2 ML (5 MG/ML) SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR[NP]	*		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (PITUITARIA)
NUTROPIN AQ NUSPIN 20 MG/2 ML (10 MG/ML) SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR[NP]	*	PA	AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (PITUITARIA)
NUTROPIN AQ NUSPIN 5 MG/2 ML (2.5 MG/ML) SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR[NP]	*	PA	AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (PITUITARIA)
OMNITROPE 10 MG/1.5 ML (6.7 MG/ML) SUBCUTANEOUS CARTRIDGE[NP]	*	PA	AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (PITUITARIA)
OMNITROPE 5 MG/1.5 ML (3.3 MG/ML) SUBCUTANEOUS CARTRIDGE[NP]	*	PA	AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (PITUITARIA)
OMNITROPE 5.8 MG SUBCUTANEOUS SOLUTION[NP]	*	PA	AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (PITUITARIA)
PREGNYL 10,000 UNIT INTRAMUSCULAR SOLUTION	1	PA	AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (PITUITARIA)
SEROSTIM 4 MG SUBCUTANEOUS SOLUTION	1	PA	AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (PITUITARIA)

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	GRUPO DE NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
SEROSTIM 5 MG SUBCUTANEOUS SOLUTION	1	PA	AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (PITUITARIA)
SEROSTIM 6 MG SUBCUTANEOUS SOLUTION	1	PA	AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (PITUITARIA)
SKYTROFA 0.7 MG SUBCUTANEOUS CARTRIDGE	1	PA	AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (PITUITARIA)
SKYTROFA 1.4 MG SUBCUTANEOUS CARTRIDGE	1	PA	AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (PITUITARIA)
SKYTROFA 1.8 MG SUBCUTANEOUS CARTRIDGE	1	PA	AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (PITUITARIA)
SKYTROFA 11 MG SUBCUTANEOUS CARTRIDGE	1	PA	AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (PITUITARIA)
SKYTROFA 13.3 MG SUBCUTANEOUS CARTRIDGE	1	PA	AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (PITUITARIA)
SKYTROFA 2.1 MG SUBCUTANEOUS CARTRIDGE	1	PA	AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (PITUITARIA)
SKYTROFA 2.5 MG SUBCUTANEOUS CARTRIDGE	1	PA	AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (PITUITARIA)
SKYTROFA 3 MG SUBCUTANEOUS CARTRIDGE	1	PA	AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (PITUITARIA)
SKYTROFA 3.6 MG SUBCUTANEOUS CARTRIDGE	1	PA	AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (PITUITARIA)
SKYTROFA 4.3 MG SUBCUTANEOUS CARTRIDGE	1	PA	AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (PITUITARIA)
SKYTROFA 5.2 MG SUBCUTANEOUS CARTRIDGE	1	PA	AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (PITUITARIA)
SKYTROFA 6.3 MG SUBCUTANEOUS CARTRIDGE	1	PA	AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (PITUITARIA)

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	GRUPO DE NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
SKYTROFA 7.6 MG SUBCUTANEOUS CARTRIDGE	1	PA	AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (PITUITARIA)
SKYTROFA 9.1 MG SUBCUTANEOUS CARTRIDGE	1	PA	AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (PITUITARIA)
SOGROYA 10 MG/1.5 ML (6.7 MG/ML) SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR[NP]	*	PA	AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (PITUITARIA)
SOGROYA 15 MG/1.5 ML (10 MG/ML) SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR[NP]	*	PA	AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (PITUITARIA)
SOGROYA 5 MG/1.5 ML (3.3 MG/ML) SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR[NP]	*	PA	AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (PITUITARIA)
ZOMACTON 10 MG SUBCUTANEOUS SOLUTION[NP]	*	PA	AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (PITUITARIA)
ZOMACTON 5 MG SUBCUTANEOUS SOLUTION[NP]	*	PA	AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (PITUITARIA)
deflazacort 18 mg tablet	1	PA	AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (SUPRARRENAL)
deflazacort 22.75 mg/ml oral suspension	1	PA	AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (SUPRARRENAL)
deflazacort 30 mg tablet	1	PA	AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (SUPRARRENAL)
deflazacort 36 mg tablet	1	PA	AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (SUPRARRENAL)
deflazacort 6 mg tablet	1	PA	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)

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	GRUPO DE NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
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 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)
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)
EMFLAZA 18 MG TABLET	1	PA	AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (SUPRARRENAL)
EMFLAZA 22.75 MG/ML ORAL SUSPENSION	1	PA	AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (SUPRARRENAL)
EMFLAZA 30 MG TABLET	1	PA	AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (SUPRARRENAL)
EMFLAZA 36 MG TABLET	1	PA	AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (SUPRARRENAL)
EMFLAZA 6 MG TABLET	1	PA	AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (SUPRARRENAL)
fludrocortisone 0.1 mg tablet	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (SUPRARRENAL)

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	GRUPO DE NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
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 ointment[OTC]	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (SUPRARRENAL)
jaythari 18 mg tablet	1	PA	AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (SUPRARRENAL)
jaythari 30 mg tablet	1	PA	AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (SUPRARRENAL)
jaythari 36 mg tablet	1	PA	AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (SUPRARRENAL)
jaythari 6 mg tablet	1	PA	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)
prednisolone 15 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)

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	GRUPO DE NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
prednisone 1 mg tablet	1		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 2.5 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 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)
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)
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)

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	GRUPO DE NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
triamcinolone acetonide 0.1 % topical ointment	1		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)
CYTOMEL 25 MCG TABLET	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (TIROIDES)
CYTOMEL 5 MCG TABLET	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (TIROIDES)
CYTOMEL 50 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 – Medicamento no preferido • OTC – Medicamentos sin receta • PA – Autorización previa • QL – Límite de cantidad • ST – Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	GRUPO DE NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
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)
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)
THYQUIDITY 20 MCG/ML ORAL SOLUTION	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (TIROIDES)
cabergoline 0.5 mg tablet	1		AGENTES HORMONALES, SUPRESORES (PITUITARIA O SUPRARRENAL)
lanreotide 120 mg/0.5 ml subcutaneous syringe	1	PA	AGENTES HORMONALES, SUPRESORES (PITUITARIA O SUPRARRENAL)
lanreotide 60 mg/0.2 ml subcutaneous syringe	1	PA	AGENTES HORMONALES, SUPRESORES (PITUITARIA O SUPRARRENAL)
lanreotide 90 mg/0.3 ml subcutaneous syringe	1	PA	AGENTES HORMONALES, SUPRESORES (PITUITARIA O SUPRARRENAL)
MYFEMBREE 40 MG-1 MG-0.5 MG TABLET	1	PA,QL(30 cada 30 días)	AGENTES HORMONALES, SUPRESORES (PITUITARIA O SUPRARRENAL)

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	GRUPO DE NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
octreotide acetate 1,000 mcg/ml injection solution	1	PA	AGENTES HORMONALES, SUPRESORES (PITUITARIA O SUPRARRENAL)
octreotide acetate 100 mcg/ml (1 ml) injection syringe	1	PA	AGENTES HORMONALES, SUPRESORES (PITUITARIA O SUPRARRENAL)
octreotide acetate 100 mcg/ml injection solution	1	PA	AGENTES HORMONALES, SUPRESORES (PITUITARIA O SUPRARRENAL)
octreotide acetate 200 mcg/ml injection solution	1	PA	AGENTES HORMONALES, SUPRESORES (PITUITARIA O SUPRARRENAL)
octreotide acetate 50 mcg/ml (1 ml) injection syringe	1	PA	AGENTES HORMONALES, SUPRESORES (PITUITARIA O SUPRARRENAL)
octreotide acetate 50 mcg/ml injection solution	1	PA	AGENTES HORMONALES, SUPRESORES (PITUITARIA O SUPRARRENAL)
octreotide acetate 500 mcg/ml (1 ml) injection syringe	1	PA	AGENTES HORMONALES, SUPRESORES (PITUITARIA O SUPRARRENAL)
octreotide acetate 500 mcg/ml injection solution	1	PA	AGENTES HORMONALES, SUPRESORES (PITUITARIA O SUPRARRENAL)
octreotide,microspheres er 10 mg intramuscular susp, extended release	1	PA	AGENTES HORMONALES, SUPRESORES (PITUITARIA O SUPRARRENAL)
octreotide,microspheres er 20 mg intramuscular susp, extended release	1	PA	AGENTES HORMONALES, SUPRESORES (PITUITARIA O SUPRARRENAL)
octreotide,microspheres er 30 mg intramuscular susp, extended release	1	PA	AGENTES HORMONALES, SUPRESORES (PITUITARIA O SUPRARRENAL)
ORIAHNN 300-1-0.5 MG(AM)/300 MG(PM) CAPSULES	1	PA,QL(60 cada 30 dÍas)	AGENTES HORMONALES, SUPRESORES (PITUITARIA O SUPRARRENAL)
ORILISSA 150 MG TABLET	1	PA,QL(30 cada 30 dÍas)	AGENTES HORMONALES, SUPRESORES (PITUITARIA O SUPRARRENAL)
ORILISSA 200 MG TABLET	1	PA,QL(60 cada 30 dÍas)	AGENTES HORMONALES, SUPRESORES (PITUITARIA O SUPRARRENAL)
SANDOSTATIN 100 MCG/ML INJECTION SOLUTION	1	PA	AGENTES HORMONALES, SUPRESORES (PITUITARIA O SUPRARRENAL)
SANDOSTATIN 50 MCG/ML INJECTION SOLUTION	1	PA	AGENTES HORMONALES, SUPRESORES (PITUITARIA O SUPRARRENAL)
SANDOSTATIN 500 MCG/ML INJECTION SOLUTION	1	PA	AGENTES HORMONALES, SUPRESORES (PITUITARIA O SUPRARRENAL)
SANDOSTATIN LAR DEPOT 10 MG INTRAMUSCULAR SUSP,EXTENDED RELEASE	1	PA	AGENTES HORMONALES, SUPRESORES (PITUITARIA O SUPRARRENAL)

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	GRUPO DE NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
SANDOSTATIN LAR DEPOT 20 MG INTRAMUSCULAR SUSP,EXTENDED RELEASE	1	PA	AGENTES HORMONALES, SUPRESORES (PITUITARIA O SUPRARRENAL)
SANDOSTATIN LAR DEPOT 30 MG INTRAMUSCULAR SUSP,EXTENDED RELEASE	1	PA	AGENTES HORMONALES, SUPRESORES (PITUITARIA O SUPRARRENAL)
SIGNIFOR 0.3 MG/ML (1 ML) SUBCUTANEOUS SOLUTION	1	PA	AGENTES HORMONALES, SUPRESORES (PITUITARIA O SUPRARRENAL)
SIGNIFOR 0.6 MG/ML (1 ML) SUBCUTANEOUS SOLUTION	1	PA	AGENTES HORMONALES, SUPRESORES (PITUITARIA O SUPRARRENAL)
SIGNIFOR 0.9 MG/ML (1 ML) SUBCUTANEOUS SOLUTION	1	PA	AGENTES HORMONALES, SUPRESORES (PITUITARIA O SUPRARRENAL)
SIGNIFOR LAR 10 MG IM SUSPENSION	1	PA	AGENTES HORMONALES, SUPRESORES (PITUITARIA O SUPRARRENAL)
SIGNIFOR LAR 20 MG IM SUSPENSION	1	PA	AGENTES HORMONALES, SUPRESORES (PITUITARIA O SUPRARRENAL)
SIGNIFOR LAR 30 MG IM SUSPENSION	1	PA	AGENTES HORMONALES, SUPRESORES (PITUITARIA O SUPRARRENAL)
SIGNIFOR LAR 40 MG IM SUSPENSION	1	PA	AGENTES HORMONALES, SUPRESORES (PITUITARIA O SUPRARRENAL)
SIGNIFOR LAR 60 MG IM SUSPENSION	1	PA	AGENTES HORMONALES, SUPRESORES (PITUITARIA O SUPRARRENAL)
SOMATULINE DEPOT 120 MG/0.5 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE	1	PA	AGENTES HORMONALES, SUPRESORES (PITUITARIA O SUPRARRENAL)
SOMATULINE DEPOT 60 MG/0.2 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE	1	PA	AGENTES HORMONALES, SUPRESORES (PITUITARIA O SUPRARRENAL)
SOMATULINE DEPOT 90 MG/0.3 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE	1	PA	AGENTES HORMONALES, SUPRESORES (PITUITARIA O SUPRARRENAL)
methimazole 10 mg tablet	1		AGENTES HORMONALES, SUPRESORES (TIROIDES)
methimazole 5 mg tablet	1		AGENTES HORMONALES, SUPRESORES (TIROIDES)
propylthiouracil 50 mg tablet	1		AGENTES HORMONALES, SUPRESORES (TIROIDES)
ABRILADA(CF) 20 MG/0.4 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT[NP]	*	PA	AGENTES INMUNOLÓGICOS
ABRILADA(CF) 40 MG/0.8 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT[NP]	*	PA	AGENTES INMUNOLÓGICOS
ABRILADA(CF) PEN 40 MG/0.8 ML SUBCUTANEOUS KIT[NP]	*	PA	AGENTES INMUNOLÓGICOS
ABRYSVO (PF) 120 MCG/0.5 ML INTRAMUSCULAR SOLUTION	1		AGENTES INMUNOLÓGICOS
ACTEMRA 162 MG/0.9 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE[NP]	*	PA	AGENTES INMUNOLÓGICOS

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	GRUPO DE NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
ACTEMRA 200 MG/10 ML (20 MG/ML) INTRAVENOUS SOLUTION[NP]	*	PA	AGENTES INMUNOLÓGICOS
ACTEMRA 400 MG/20 ML (20 MG/ML) INTRAVENOUS SOLUTION[NP]	*	PA	AGENTES INMUNOLÓGICOS
ACTEMRA 80 MG/4 ML (20 MG/ML) INTRAVENOUS SOLUTION[NP]	*	PA	AGENTES INMUNOLÓGICOS
ACTEMRA ACTPEN 162 MG/0.9 ML SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR[NP]	*	PA	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]	*	PA	AGENTES INMUNOLÓGICOS
ADALIMUMAB-AACF 40 MG/0.8 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT[NP]	*	PA	AGENTES INMUNOLÓGICOS
ADALIMUMAB-AACF(CF) PEN CROHN'S-UC-HS STARTER 40 MG/0.8 ML SUBCUT KIT[NP]	*	PA	AGENTES INMUNOLÓGICOS
ADALIMUMAB-AACF(CF) PEN PSORIASIS-UVEITIS STRT 40 MG/0.8 ML SUBCUT KIT[NP]	*	PA	AGENTES INMUNOLÓGICOS
ADALIMUMAB-AATY 20 MG/0.2 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT[NP]	*	PA	AGENTES INMUNOLÓGICOS
ADALIMUMAB-AATY 40 MG/0.4 ML SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR KIT[NP]	*	PA	AGENTES INMUNOLÓGICOS
ADALIMUMAB-AATY 40 MG/0.4 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT[NP]	*	PA	AGENTES INMUNOLÓGICOS
ADALIMUMAB-AATY 80 MG/0.8 ML SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR KIT[NP]	*	PA	AGENTES INMUNOLÓGICOS
ADALIMUMAB-AATY(CF) AUTOINJ CROHN-UC-HS START 80 MG/0.8 ML SUBCUT KIT[NP]	*	PA	AGENTES INMUNOLÓGICOS
ADALIMUMAB-ADAZ 10 MG/0.1 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE	1	PA	AGENTES INMUNOLÓGICOS
ADALIMUMAB-ADAZ 20 MG/0.2 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE	1	PA	AGENTES INMUNOLÓGICOS
ADALIMUMAB-ADAZ 40 MG/0.4 ML SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR	1	PA	AGENTES INMUNOLÓGICOS
ADALIMUMAB-ADAZ 40 MG/0.4 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE	1	PA	AGENTES INMUNOLÓGICOS
ADALIMUMAB-ADAZ 80 MG/0.8 ML SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR	1	PA	AGENTES INMUNOLÓGICOS
ADALIMUMAB-ADBM 10 MG/0.2 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT[NP]	*	PA	AGENTES INMUNOLÓGICOS
ADALIMUMAB-ADBM 20 MG/0.4 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT[NP]	*	PA	AGENTES INMUNOLÓGICOS
ADALIMUMAB-ADBM 40 MG/0.4 ML SUBCUTANEOUS PEN KIT[NP]	*	PA	AGENTES INMUNOLÓGICOS
ADALIMUMAB-ADBM 40 MG/0.4 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT[NP]	*	PA	AGENTES INMUNOLÓGICOS
ADALIMUMAB-ADBM 40 MG/0.8 ML SUBCUTANEOUS PEN KIT[NP]	*	PA	AGENTES INMUNOLÓGICOS
ADALIMUMAB-ADBM 40 MG/0.8 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT[NP]	*	PA	AGENTES INMUNOLÓGICOS

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	GRUPO DE NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
ADALIMUMAB-ADBM(CF) PEN CROHN'S-UC-HS STARTER 40 MG/0.4 ML SUBCUT KIT[NP]	*		AGENTES INMUNOLÓGICOS
ADALIMUMAB-ADBM(CF) PEN CROHN'S-UC-HS STARTER 40 MG/0.8 ML SUBCUT KIT[NP]	*	PA	AGENTES INMUNOLÓGICOS
ADALIMUMAB-ADBM(CF) PEN PSORIASIS-UVEITIS STRT 40 MG/0.4 ML SUBCUT KIT[NP]	*		AGENTES INMUNOLÓGICOS
ADALIMUMAB-ADBM(CF) PEN PSORIASIS-UVEITIS STRT 40 MG/0.8 ML SUBCUT KIT[NP]	*	PA	AGENTES INMUNOLÓGICOS
ADALIMUMAB-FKJP 20 MG/0.4 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT[NP]	*	PA	AGENTES INMUNOLÓGICOS
ADALIMUMAB-FKJP 40 MG/0.8 ML SUBCUTANEOUS PEN KIT[NP]	*	PA	AGENTES INMUNOLÓGICOS
ADALIMUMAB-FKJP 40 MG/0.8 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT[NP]	*	PA	AGENTES INMUNOLÓGICOS
ADALIMUMAB-RYVK 40 MG/0.4 ML SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR KIT[NP]	*	PA	AGENTES INMUNOLÓGICOS
ADALIMUMAB-RYVK 40 MG/0.4 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT[NP]	*	PA	AGENTES INMUNOLÓGICOS
ADALIMUMAB-RYVK 80 MG/0.8 ML SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR KIT[NP]	*	PA	AGENTES INMUNOLÓGICOS
AFLURIA 2025-2026 (3YR UP)(PF) 45 MCG (15 MCG X 3)/0.5 ML IM SYRINGE	1		AGENTES INMUNOLÓGICOS
AFLURIA 2025-2026 (6 MOS UP) 45 MCG (15 MCG X 3)/0.5 ML IM SUSPENSION	1		AGENTES INMUNOLÓGICOS
AMJEVITA(CF) 10 MG/0.2 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE[NP]	*	PA	AGENTES INMUNOLÓGICOS
AMJEVITA(CF) 20 MG/0.2 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE[NP]	*	PA	AGENTES INMUNOLÓGICOS
AMJEVITA(CF) 20 MG/0.4 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE[NP]	*		AGENTES INMUNOLÓGICOS
AMJEVITA(CF) 40 MG/0.4 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE[NP]	*	PA	AGENTES INMUNOLÓGICOS
AMJEVITA(CF) 40 MG/0.8 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE[NP]	*	PA	AGENTES INMUNOLÓGICOS
AMJEVITA(CF) AUTOINJECTOR 40 MG/0.4 ML SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR[NP]	*	PA	AGENTES INMUNOLÓGICOS
AMJEVITA(CF) AUTOINJECTOR 40 MG/0.8 ML SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR[NP]	*	PA	AGENTES INMUNOLÓGICOS
AMJEVITA(CF) AUTOINJECTOR 80 MG/0.8 ML SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR[NP]	*	PA	AGENTES INMUNOLÓGICOS
ANDEMBRY AUTOINJECTOR 200 MG/1.2 ML SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR[NP]	*		AGENTES INMUNOLÓGICOS
ARCALYST 220 MG SUBCUTANEOUS SOLUTION[NP]	*	PA	AGENTES INMUNOLÓGICOS
AREXVY (PF) 120 MCG/0.5 ML IM SUSPENSION	1		AGENTES INMUNOLÓGICOS
AVSOLA 100 MG INTRAVENOUS SOLUTION	1	PA	AGENTES INMUNOLÓGICOS
AVTOZMA 162 MG/0.9 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE[NP]	*	PA	AGENTES INMUNOLÓGICOS
AVTOZMA 200 MG/10 ML (20 MG/ML) INTRAVENOUS SOLUTION[NP]	*	PA	AGENTES INMUNOLÓGICOS
AVTOZMA 400 MG/20 ML (20 MG/ML) INTRAVENOUS SOLUTION[NP]	*	PA	AGENTES INMUNOLÓGICOS
AVTOZMA 80 MG/4 ML (20 MG/ML) INTRAVENOUS SOLUTION[NP]	*	PA	AGENTES INMUNOLÓGICOS

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	GRUPO DE NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
AVTOZMA AUTOINJECTOR 162 MG/0.9 ML SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR[NP]	*	PA	AGENTES INMUNOLÓGICOS
azathioprine 100 mg tablet	1		AGENTES INMUNOLÓGICOS
azathioprine 50 mg tablet	1		AGENTES INMUNOLÓGICOS
azathioprine 75 mg tablet	1		AGENTES INMUNOLÓGICOS
BCG VACCINE, LIVE (PF) 50 MG PERCUTANEOUS INJECTION SUSPENSION	1		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]	*	PA	AGENTES INMUNOLÓGICOS
BIMZELX 320 MG/2 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE[NP]	*	PA	AGENTES INMUNOLÓGICOS
BIMZELX AUTOINJECTOR 160 MG/ML SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR[NP]	*	PA	AGENTES INMUNOLÓGICOS
BIMZELX AUTOINJECTOR 320 MG/2 ML SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR[NP]	*	PA	AGENTES INMUNOLÓGICOS
BOOSTRIX TDAP 2.5 LF UNIT-8 MCG-5 LF/0.5 ML INTRAMUSCULAR SUSPENSION	1		AGENTES INMUNOLÓGICOS
BOOSTRIX TDAP 2.5 LF UNIT-8 MCG-5 LF/0.5 ML INTRAMUSCULAR SYRINGE	1		AGENTES INMUNOLÓGICOS
CIBINQO 100 MG TABLET[NP]	*	PA	AGENTES INMUNOLÓGICOS
CIBINQO 200 MG TABLET[NP]	*	PA	AGENTES INMUNOLÓGICOS
CIBINQO 50 MG TABLET[NP]	*	PA	AGENTES INMUNOLÓGICOS
CIMZIA 200 MG/ML SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT	1	PA	AGENTES INMUNOLÓGICOS
CIMZIA 400 MG/2 ML (200 MG/ML X 2) SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT	1	PA	AGENTES INMUNOLÓGICOS
CIMZIA POWDER FOR RECON 400 MG (200 MG X 2 VIALS) SUBCUTANEOUS KIT	1	PA	AGENTES INMUNOLÓGICOS
CIMZIA STARTER KIT 400 MG/2 ML (200 MG/ML X2) SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT	1	PA	AGENTES INMUNOLÓGICOS
CINRYZE 500 UNIT (5 ML) INTRAVENOUS SOLUTION	1		AGENTES INMUNOLÓGICOS
COMIRNATY 2024-25 (12Y UP)(PF) 30 MCG/0.3 ML INTRAMUSCULAR SYRINGE	1		AGENTES INMUNOLÓGICOS
COMIRNATY 2025-2026(5-11Y)(PF) 10 MCG/0.3 ML INTRAMUSCULAR SUSPENSION	1		AGENTES INMUNOLÓGICOS
COMIRNATY 2025-26 (12Y UP)(PF) 30 MCG/0.3 ML INTRAMUSCULAR SYRINGE	1		AGENTES INMUNOLÓGICOS
COSENTYX 150 MG/ML SUBCUTANEOUS SYRINGE[NP]	*	PA	AGENTES INMUNOLÓGICOS
COSENTYX 25 MG/ML INTRAVENOUS SOLUTION[NP]	*	PA	AGENTES INMUNOLÓGICOS
COSENTYX 300 MG/2 SYRINGES (150 MG/ML) SUBCUTANEOUS SYRINGE[NP]	*	PA	AGENTES INMUNOLÓGICOS
COSENTYX 75 MG/0.5 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE[NP]	*	PA	AGENTES INMUNOLÓGICOS
COSENTYX PEN 150 MG/ML SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR[NP]	*	PA	AGENTES INMUNOLÓGICOS
COSENTYX PEN 300 MG/2 PENS (150 MG/ML) SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR[NP]	*	PA	AGENTES INMUNOLÓGICOS
COSENTYX UNOREADY PEN 300 MG/2 ML SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR[NP]	*	PA	AGENTES INMUNOLÓGICOS
cyclosporine 100 mg capsule	1		AGENTES INMUNOLÓGICOS
cyclosporine 25 mg capsule	1		AGENTES INMUNOLÓGICOS
cyclosporine modified 100 mg capsule	1		AGENTES INMUNOLÓGICOS

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	GRUPO DE NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
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]	*	PA	AGENTES INMUNOLÓGICOS
CYLTEZO(CF) 20 MG/0.4 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT[NP]	*	PA	AGENTES INMUNOLÓGICOS
CYLTEZO(CF) 40 MG/0.4 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT[NP]	*	PA	AGENTES INMUNOLÓGICOS
CYLTEZO(CF) 40 MG/0.8 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT[NP]	*	PA	AGENTES INMUNOLÓGICOS
CYLTEZO(CF) PEN 40 MG/0.4 ML SUBCUTANEOUS KIT[NP]	*	PA	AGENTES INMUNOLÓGICOS
CYLTEZO(CF) PEN 40 MG/0.8 ML SUBCUTANEOUS KIT[NP]	*	PA	AGENTES INMUNOLÓGICOS
CYLTEZO(CF) PEN CROHN-ULC COLITIS-HID SUP STRT 40 MG/0.4 ML SUBCUT KIT[NP]	*		AGENTES INMUNOLÓGICOS
CYLTEZO(CF) PEN CROHN-ULC COLITIS-HID SUP STRT 40 MG/0.8 ML SUBCUT KIT[NP]	*	PA	AGENTES INMUNOLÓGICOS
CYLTEZO(CF) PEN PSORIASIS-UVEITIS STARTER 40 MG/0.4 ML SUBCUT KIT[NP]	*		AGENTES INMUNOLÓGICOS
CYLTEZO(CF) PEN PSORIASIS-UVEITIS STARTER 40 MG/0.8 ML SUBCUT KIT[NP]	*	PA	AGENTES INMUNOLÓGICOS
DAPTACEL (DTAP PEDIATRIC) (PF) 15 LF UNIT-10 MCG-5 LF/0.5 ML IM SUSP	1		AGENTES INMUNOLÓGICOS
DAWNZERA 80 MG/0.8 ML SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR[NP]	*		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	AGENTES INMUNOLÓGICOS
DUPIXENT 200 MG/1.14 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE	1	PA	AGENTES INMUNOLÓGICOS
DUPIXENT 300 MG/2 ML SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR	1	PA	AGENTES INMUNOLÓGICOS
DUPIXENT 300 MG/2 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE	1	PA	AGENTES INMUNOLÓGICOS
ENBREL 25 MG/0.5 ML (0.5 ML) SUBCUTANEOUS SYRINGE	1	PA	AGENTES INMUNOLÓGICOS
ENBREL 25 MG/0.5 ML SUBCUTANEOUS SOLUTION	1	PA	AGENTES INMUNOLÓGICOS
ENBREL 50 MG/ML (1 ML) SUBCUTANEOUS SYRINGE	1	PA	AGENTES INMUNOLÓGICOS
ENBREL MINI 50 MG/ML (1 ML) SUBCUTANEOUS CARTRIDGE	1	PA	AGENTES INMUNOLÓGICOS
ENBREL SURECLICK 50 MG/ML (1 ML) SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR	1	PA	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
ENTYVIO 300 MG INTRAVENOUS SOLUTION	1	PA	AGENTES INMUNOLÓGICOS
ENTYVIO PEN 108 MG/0.68 ML SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR	1	PA	AGENTES INMUNOLÓGICOS

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	GRUPO DE NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
FLUAD 2025-26 65YR UP(PF)45 MCG(15 MCGX3)/0.5 ML INTRAMUSCULAR SYRINGE	1		AGENTES INMUNOLÓGICOS
FLUAD 2026-27 65YR UP(PF)45 MCG(15 MCGX3)/0.5 ML INTRAMUSCULAR SYRINGE	1		AGENTES INMUNOLÓGICOS
FLUARIX 2025-2026 (PF) 45 MCG (15 MCG X 3)/0.5 ML IM SYRINGE	1		AGENTES INMUNOLÓGICOS
FLUARIX 2026-2027 (PF) 45 MCG (15 MCG X 3)/0.5 ML IM SYRINGE	1		AGENTES INMUNOLÓGICOS
FLUBLOK 2025-2026 (PF) 135 MCG (45 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 2025-2026 (PF) 45 MCG (15 MCG X 3)/0.5 ML IM SYRINGE	1		AGENTES INMUNOLÓGICOS
FLUCELVAX 2025-2026 45 MCG (15 MCG X 3)/0.5 ML IM SUSPENSION	1		AGENTES INMUNOLÓGICOS
FLUCELVAX 2026-2027 (PF) 45 MCG (15 MCG X 3)/0.5 ML IM SYRINGE	1		AGENTES INMUNOLÓGICOS
FLULAVAL 2025-2026 (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 2025-2026 10EXP6.5-7.5 FF UNIT/0.2 ML NASAL SPRAY SYRINGE	1		AGENTES INMUNOLÓGICOS
FLUMIST 2026-2027 10EXP6.5-7.5 FF UNIT/0.2 ML NASAL SPRAY SYRINGE	1		AGENTES INMUNOLÓGICOS
FLUMIST HOME 2025-2026 0.2 ML NASAL SPRAY SYRINGE (HOME ADMIN)	1		AGENTES INMUNOLÓGICOS
FLUMIST HOME 2026-2027 0.2 ML NASAL SPRAY SYRINGE (HOME ADMIN)	1		AGENTES INMUNOLÓGICOS
FLUZONE 2025-2026 (PF) 45 MCG (15 MCG X 3)/0.5 ML IM SYRINGE	1		AGENTES INMUNOLÓGICOS
FLUZONE 2025-2026 45 MCG (15 MCG X 3)/0.5 ML INTRAMUSCULAR SUSPENSION	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 2025-2026 (PF) 180 MCG/0.5 ML INTRAMUSCULAR SYRINGE	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
HADLIMA 40 MG/0.8 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE	1	PA	AGENTES INMUNOLÓGICOS
HADLIMA PUSHTOUCH 40 MG/0.8 ML SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR	1	PA	AGENTES INMUNOLÓGICOS
HADLIMA(CF) 40 MG/0.4 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE	1	PA	AGENTES INMUNOLÓGICOS
HADLIMA(CF) PUSHTOUCH 40 MG/0.4 ML SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR	1	PA	AGENTES INMUNOLÓGICOS

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	GRUPO DE NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
HAEGARDA 2,000 UNIT SUBCUTANEOUS SOLUTION[NP]	*		AGENTES INMUNOLÓGICOS
HAEGARDA 3,000 UNIT SUBCUTANEOUS SOLUTION[NP]	*		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
HULIO(CF) 20 MG/0.4 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT[NP]	*	PA	AGENTES INMUNOLÓGICOS
HULIO(CF) 40 MG/0.8 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT[NP]	*	PA	AGENTES INMUNOLÓGICOS
HULIO(CF) PEN 40 MG/0.8 ML SUBCUTANEOUS KIT[NP]	*	PA	AGENTES INMUNOLÓGICOS
HUMIRA 40 MG/0.8 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT[NP]	*	PA	AGENTES INMUNOLÓGICOS
HUMIRA PEN 40 MG/0.8 ML SUBCUTANEOUS KIT[NP]	*	PA	AGENTES INMUNOLÓGICOS
HUMIRA(CF) 10 MG/0.1 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT[NP]	*	PA	AGENTES INMUNOLÓGICOS
HUMIRA(CF) 20 MG/0.2 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT[NP]	*	PA	AGENTES INMUNOLÓGICOS
HUMIRA(CF) 40 MG/0.4 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT[NP]	*	PA	AGENTES INMUNOLÓGICOS
HUMIRA(CF) PEN 40 MG/0.4 ML SUBCUTANEOUS KIT[NP]	*	PA	AGENTES INMUNOLÓGICOS
HUMIRA(CF) PEN 80 MG/0.8 ML SUBCUTANEOUS KIT[NP]	*	PA	AGENTES INMUNOLÓGICOS
HUMIRA(CF) PEN CROHN'S-ULC COLITIS-HID SUP STRT 80 MG/0.8 ML SUBCUT KT[NP]	*	PA	AGENTES INMUNOLÓGICOS
HUMIRA(CF) PEN PS-UV-ADOL HS 80 MG/0.8 ML(1)-40 MG/0.4 ML(2)SUBCUT KIT[NP]	*	PA	AGENTES INMUNOLÓGICOS
HYRIMOZ(CF) 10 MG/0.1 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE[NP]	*	PA	AGENTES INMUNOLÓGICOS
HYRIMOZ(CF) 20 MG/0.2 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE[NP]	*	PA	AGENTES INMUNOLÓGICOS
HYRIMOZ(CF) 40 MG/0.4 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE[NP]	*	PA	AGENTES INMUNOLÓGICOS
HYRIMOZ(CF) PEDI CROHNS START 80 MG/0.8 ML-40 MG/0.4 ML SUBCUT SYRINGE[NP]	*	PA	AGENTES INMUNOLÓGICOS
HYRIMOZ(CF) PEDIATRIC CROHN'S STARTR 80 MG/0.8 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE[NP]	*	PA	AGENTES INMUNOLÓGICOS
HYRIMOZ(CF) PEN 40 MG/0.4 ML SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR[NP]	*	PA	AGENTES INMUNOLÓGICOS
HYRIMOZ(CF) PEN 80 MG/0.8 ML SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR[NP]	*	PA	AGENTES INMUNOLÓGICOS
HYRIMOZ(CF) PEN CROHN-ULC COLITIS START 80MG/0.8ML SUBCUT PEN INJECTOR[NP]	*	PA	AGENTES INMUNOLÓGICOS
HYRIMOZ(CF) PEN PSORIASIS START 80MG/0.8ML(1)-40MG/0.4ML(2) SUBCUT PEN[NP]	*	PA	AGENTES INMUNOLÓGICOS
IDACIO(CF) 40 MG/0.8 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT[NP]	*		AGENTES INMUNOLÓGICOS

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	GRUPO DE NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
IDACIO(CF) PEN 40 MG/0.8 ML SUBCUTANEOUS KIT[NP]	*		AGENTES INMUNOLÓGICOS
IDACIO(CF) PEN CROHN-ULCERATIVE COLITIS STARTR 40 MG/0.8 ML SUBCUT KIT[NP]	*	PA	AGENTES INMUNOLÓGICOS
IDACIO(CF) PEN PLAQUE PSORIASIS STARTER 40 MG/0.8 ML SUBCUTANEOUS KIT[NP]	*	PA	AGENTES INMUNOLÓGICOS
ILARIS (PF) 150 MG/ML SUBCUTANEOUS SOLUTION[NP]	*	PA	AGENTES INMUNOLÓGICOS
ILUMYA 100 MG/ML SUBCUTANEOUS SYRINGE[NP]	*	PA	AGENTES INMUNOLÓGICOS
IMOVAX RABIES VACCINE (PF) 2.5 UNIT INTRAMUSCULAR SOLUTION	1		AGENTES INMUNOLÓGICOS
IMULDOSA 130 MG/26 ML INTRAVENOUS SOLUTION[NP]	*	PA	AGENTES INMUNOLÓGICOS
IMULDOSA 45 MG/0.5 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE[NP]	*	PA	AGENTES INMUNOLÓGICOS
IMULDOSA 90 MG/ML SUBCUTANEOUS SYRINGE[NP]	*	PA	AGENTES INMUNOLÓGICOS
INFANRIX (DTAP)(PF) 25 LF UNIT-58MCG-10 LF/0.5ML INTRAMUSCULAR SYRINGE	1		AGENTES INMUNOLÓGICOS
INFLECTRA 100 MG INTRAVENOUS SOLUTION[NP]	*	PA	AGENTES INMUNOLÓGICOS
INFLIXIMAB 100 MG INTRAVENOUS SOLUTION	1	PA	AGENTES INMUNOLÓGICOS
IPOL 40 UNIT-8 UNIT-32 UNIT/0.5 ML SUSPENSION FOR INJECTION	1		AGENTES INMUNOLÓGICOS
IXIARO (PF) 6 MCG/0.5 ML INTRAMUSCULAR SYRINGE	1		AGENTES INMUNOLÓGICOS
JYLAMVO 2 MG/ML ORAL SOLUTION	1	PA	AGENTES INMUNOLÓGICOS
JYNNEOS (PF) 0.5X TO 3.95X 10EXP8 UNIT/0.5 ML SUBCUTANEOUS SUSPENSION	1		AGENTES INMUNOLÓGICOS
KEVZARA 150 MG/1.14 ML SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR	1	PA	AGENTES INMUNOLÓGICOS
KEVZARA 150 MG/1.14 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE	1	PA	AGENTES INMUNOLÓGICOS
KEVZARA 200 MG/1.14 ML SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR	1	PA	AGENTES INMUNOLÓGICOS
KEVZARA 200 MG/1.14 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE	1	PA	AGENTES INMUNOLÓGICOS
KINERET 100 MG/0.67 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE	1	PA	AGENTES INMUNOLÓGICOS
KINRIX (PF) 25 LF-58 MCG-10 LF/0.5 ML INTRAMUSCULAR SYRINGE	1		AGENTES INMUNOLÓGICOS
leflunomide 10 mg tablet	1		AGENTES INMUNOLÓGICOS
leflunomide 20 mg tablet	1		AGENTES INMUNOLÓGICOS
LEQSELVI 8 MG TABLET[NP]	*	PA	AGENTES INMUNOLÓGICOS
LITFULO 50 MG CAPSULE	1	PA	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
methotrexate sodium (pf) 25 mg/ml injection solution	1		AGENTES INMUNOLÓGICOS

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	GRUPO DE NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
methotrexate sodium 2.5 mg tablet	1		AGENTES INMUNOLÓGICOS
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 2025-2026 (PF) 10 MCG/0.2 ML INTRAMUSCULAR SYRINGE	1		AGENTES INMUNOLÓGICOS
MODERNA COVID 2024-25(6M-11Y)(PF)(EUA) 25 MCG/0.25 ML IM 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		AGENTES INMUNOLÓGICOS
mycophenolate mofetil 500 mg tablet	1		AGENTES INMUNOLÓGICOS
mycophenolate sodium 180 mg tablet,delayed release	1		AGENTES INMUNOLÓGICOS
mycophenolate sodium 360 mg tablet,delayed release	1		AGENTES INMUNOLÓGICOS
NEMLUVIO 30 MG SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR[NP]	*	PA	AGENTES INMUNOLÓGICOS
NOVAVAX COVID 2024-25(PF)(EUA) 5 MCG/0.5 ML INTRAMUSCULAR SYRINGE	1		AGENTES INMUNOLÓGICOS
NUVAXOVID 2025-2026 (PF) 5 MCG/0.5 ML INTRAMUSCULAR SYRINGE	1		AGENTES INMUNOLÓGICOS
OLUMIANT 1 MG TABLET	1	PA	AGENTES INMUNOLÓGICOS
OLUMIANT 2 MG TABLET	1	PA	AGENTES INMUNOLÓGICOS
OLUMIANT 4 MG TABLET	1	PA	AGENTES INMUNOLÓGICOS
OMLYCLO 150 MG/ML SUBCUTANEOUS SYRINGE	1	PA	AGENTES INMUNOLÓGICOS
OMLYCLO 300 MG/2 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE	1	PA	AGENTES INMUNOLÓGICOS
OMLYCLO 75 MG/0.5 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE	1	PA	AGENTES INMUNOLÓGICOS
OMVOH 100 MG/ML SUBCUTANEOUS SYRINGE[NP]	*	PA	AGENTES INMUNOLÓGICOS
OMVOH 200 MG/2 ML (100 MG/ML X 2) SUBCUTANEOUS SYRINGE[NP]	*	PA	AGENTES INMUNOLÓGICOS
OMVOH 200 MG/2 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE[NP]	*	PA	AGENTES INMUNOLÓGICOS
OMVOH 300 MG/15 ML (20 MG/ML) INTRAVENOUS SOLUTION[NP]	*	PA	AGENTES INMUNOLÓGICOS
OMVOH 300MG/3ML(100MG/ML-200MG/2ML) SUBCUTANEOUS SYRINGE[NP]	*	PA	AGENTES INMUNOLÓGICOS
OMVOH PEN 100 MG/ML SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR[NP]	*	PA	AGENTES INMUNOLÓGICOS
OMVOH PEN 200 MG/2 ML (100 MG/ML X 2) SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR[NP]	*	PA	AGENTES INMUNOLÓGICOS
OMVOH PEN 200 MG/2 ML SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR[NP]	*	PA	AGENTES INMUNOLÓGICOS
OMVOH PEN 300MG/3ML(100MG/ML-200MG/2ML) SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR[NP]	*	PA	AGENTES INMUNOLÓGICOS
ORENCIA (WITH MALTOSE) 250 MG INTRAVENOUS SOLUTION	1	PA	AGENTES INMUNOLÓGICOS
ORENCIA 125 MG/ML SUBCUTANEOUS SYRINGE	1	PA	AGENTES INMUNOLÓGICOS
ORENCIA 50 MG/0.4 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE	1	PA	AGENTES INMUNOLÓGICOS
ORENCIA 87.5 MG/0.7 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE	1	PA	AGENTES INMUNOLÓGICOS

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	GRUPO DE NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
ORENCIA CLICKJECT 125 MG/ML SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR	1	PA	AGENTES INMUNOLÓGICOS
ORLADEYO 108 MG ORAL PELLETS IN PACKET	1		AGENTES INMUNOLÓGICOS
ORLADEYO 110 MG CAPSULE	1		AGENTES INMUNOLÓGICOS
ORLADEYO 132 MG ORAL PELLETS IN PACKET	1		AGENTES INMUNOLÓGICOS
ORLADEYO 150 MG CAPSULE	1		AGENTES INMUNOLÓGICOS
ORLADEYO 72 MG ORAL PELLETS IN PACKET	1		AGENTES INMUNOLÓGICOS
ORLADEYO 96 MG ORAL PELLETS IN PACKET	1		AGENTES INMUNOLÓGICOS
OTULFI 130 MG/26 ML INTRAVENOUS SOLUTION[NP]	*	PA	AGENTES INMUNOLÓGICOS
OTULFI 45 MG/0.5 ML SUBCUTANEOUS SOLUTION[NP]	*	PA	AGENTES INMUNOLÓGICOS
OTULFI 45 MG/0.5 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE[NP]	*	PA	AGENTES INMUNOLÓGICOS
OTULFI 90 MG/ML SUBCUTANEOUS SYRINGE[NP]	*	PA	AGENTES INMUNOLÓGICOS
PEDIARIX (PF) 10 MCG-25 LF-25 MCG-10 LF/0.5 ML INTRAMUSCULAR SYRINGE	1		AGENTES INMUNOLÓGICOS
PENBRAYA (PF) 5 MCG-120 MCG/0.5 ML INTRAMUSCULAR KIT	1		AGENTES INMUNOLÓGICOS
PENMENVY MEN A-B-C-W-Y (PF) 0.5 ML INTRAMUSCULAR KIT	1		AGENTES INMUNOLÓGICOS
PENTACEL (PF) 15 LF-20 MCG-5 LF-62 DU-10 MCG/0.5 ML INTRAMUSCULAR KIT	1		AGENTES INMUNOLÓGICOS
PFIZER COVID 2024-25(5Y-11Y)(PF)(EUA) 10 MCG/0.3 ML IM SUSPENSION	1		AGENTES INMUNOLÓGICOS
PFIZER COVID 2024-25(6MOS-4YRS)(PF)(EUA) 3 MCG/0.3 ML IM SUSPENSION	1		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
PROQUAD (PF) 10EXP3-4.3-3-3.99TCID50/0.5ML SUBCUTANEOUS SUSPENSION	1		AGENTES INMUNOLÓGICOS
PYZCHIVA 130 MG/26 ML INTRAVENOUS SOLUTION	1	PA	AGENTES INMUNOLÓGICOS
PYZCHIVA 45 MG/0.5 ML SUBCUTANEOUS SOLUTION	1	PA	AGENTES INMUNOLÓGICOS
PYZCHIVA 45 MG/0.5 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE	1	PA	AGENTES INMUNOLÓGICOS
PYZCHIVA 90 MG/ML SUBCUTANEOUS SYRINGE	1	PA	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
RECOMBIVAX HB (PF) 10 MCG/ML INTRAMUSCULAR SUSPENSION	1		AGENTES INMUNOLÓGICOS
RECOMBIVAX HB (PF) 10 MCG/ML INTRAMUSCULAR SYRINGE	1		AGENTES INMUNOLÓGICOS

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	GRUPO DE NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
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]	*	PA	AGENTES INMUNOLÓGICOS
RENFLEXIS 100 MG INTRAVENOUS SOLUTION[NP]	*	PA	AGENTES INMUNOLÓGICOS
RINVOQ 15 MG TABLET,EXTENDED RELEASE	1	PA	AGENTES INMUNOLÓGICOS
RINVOQ 30 MG TABLET,EXTENDED RELEASE	1	PA	AGENTES INMUNOLÓGICOS
RINVOQ 45 MG TABLET,EXTENDED RELEASE	1	PA	AGENTES INMUNOLÓGICOS
RINVOQ LQ 1 MG/ML ORAL SOLUTION	1	PA	AGENTES INMUNOLÓGICOS
ROTARIX 10EXP6 CCID50/1.5 ML ORAL SUSPENSION	1		AGENTES INMUNOLÓGICOS
ROTATEQ VACCINE 2 ML ORAL SOLUTION	1		AGENTES INMUNOLÓGICOS
SELARSDI 130 MG/26 ML INTRAVENOUS SOLUTION	1	PA	AGENTES INMUNOLÓGICOS
SELARSDI 45 MG/0.5 ML SUBCUTANEOUS SOLUTION	1	PA	AGENTES INMUNOLÓGICOS
SELARSDI 45 MG/0.5 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE	1	PA	AGENTES INMUNOLÓGICOS
SELARSDI 90 MG/ML SUBCUTANEOUS SYRINGE	1	PA	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 ADJUVANT COMPONENT (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION	1		AGENTES INMUNOLÓGICOS
SHINGRIX GE ANTIGEN COMPONENT 50 MCG IM SUSPENSION	1		AGENTES INMUNOLÓGICOS
SIMLANDI(CF) 20 MG/0.2 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT[NP]	*	PA	AGENTES INMUNOLÓGICOS
SIMLANDI(CF) 40 MG/0.4 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT[NP]	*	PA	AGENTES INMUNOLÓGICOS
SIMLANDI(CF) 80 MG/0.8 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT[NP]	*	PA	AGENTES INMUNOLÓGICOS
SIMLANDI(CF) AUTOINJECTOR 40 MG/0.4 ML SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR KIT[NP]	*	PA	AGENTES INMUNOLÓGICOS
SIMLANDI(CF) AUTOINJECTOR 80 MG/0.8 ML SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR KIT[NP]	*	PA	AGENTES INMUNOLÓGICOS
SIMPONI 100 MG/ML SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR	1	PA	AGENTES INMUNOLÓGICOS
SIMPONI 100 MG/ML SUBCUTANEOUS SYRINGE	1	PA	AGENTES INMUNOLÓGICOS
SIMPONI 50 MG/0.5 ML SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR	1	PA	AGENTES INMUNOLÓGICOS
SIMPONI 50 MG/0.5 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE	1	PA	AGENTES INMUNOLÓGICOS
SIMPONI ARIA 12.5 MG/ML INTRAVENOUS SOLUTION	1	PA	AGENTES INMUNOLÓGICOS
sirolimus 0.5 mg tablet	1		AGENTES INMUNOLÓGICOS
sirolimus 1 mg tablet	1		AGENTES INMUNOLÓGICOS
sirolimus 1 mg/ml oral solution	1		AGENTES INMUNOLÓGICOS
sirolimus 2 mg tablet	1		AGENTES INMUNOLÓGICOS
SKYRIZI 150 MG/ML SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR[NP]	*	PA	AGENTES INMUNOLÓGICOS

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	GRUPO DE NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
SKYRIZI 150 MG/ML SUBCUTANEOUS SYRINGE[NP]	*	PA	AGENTES INMUNOLÓGICOS
SKYRIZI 180 MG/1.2 ML (150 MG/ML) SUBCUTANEOUS WEARABLE INJECTOR[NP]	*	PA	AGENTES INMUNOLÓGICOS
SKYRIZI 360 MG/2.4 ML (150 MG/ML) SUBCUTANEOUS WEARABLE INJECTOR[NP]	*	PA	AGENTES INMUNOLÓGICOS
SKYRIZI 55 MG/0.37 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE[NP]	*	PA	AGENTES INMUNOLÓGICOS
SKYRIZI 60 MG/ML INTRAVENOUS SOLUTION[NP]	*	PA	AGENTES INMUNOLÓGICOS
SOTYKTU 6 MG TABLET[NP]	*	PA	AGENTES INMUNOLÓGICOS
SPEVIGO 150 MG/ML SUBCUTANEOUS SYRINGE[NP]	*	PA	AGENTES INMUNOLÓGICOS
SPEVIGO 300 MG/2 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE[NP]	*	PA	AGENTES INMUNOLÓGICOS
SPEVIGO 60 MG/ML INTRAVENOUS SOLUTION[NP]	*	PA	AGENTES INMUNOLÓGICOS
SPIKEVAX 2024-2025(12Y UP)(PF) 50 MCG/0.5 ML INTRAMUSCULAR SYRINGE	1		AGENTES INMUNOLÓGICOS
SPIKEVAX 2025-2026(12Y UP)(PF) 50 MCG/0.5 ML INTRAMUSCULAR SYRINGE	1		AGENTES INMUNOLÓGICOS
SPIKEVAX 2025-26 (6M-11Y) (PF) 25 MCG/0.25 ML INTRAMUSCULAR SYRINGE	1		AGENTES INMUNOLÓGICOS
STARJEMZA 130 MG/26 ML INTRAVENOUS SOLUTION[NP]	*		AGENTES INMUNOLÓGICOS
STARJEMZA 45 MG/0.5 ML SUBCUTANEOUS SOLUTION[NP]	*	PA	AGENTES INMUNOLÓGICOS
STARJEMZA 45 MG/0.5 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE[NP]	*	PA	AGENTES INMUNOLÓGICOS
STARJEMZA 90 MG/ML SUBCUTANEOUS SYRINGE[NP]	*	PA	AGENTES INMUNOLÓGICOS
STELARA 130 MG/26 ML INTRAVENOUS SOLUTION[NP]	*	PA	AGENTES INMUNOLÓGICOS
STELARA 45 MG/0.5 ML SUBCUTANEOUS SOLUTION[NP]	*	PA	AGENTES INMUNOLÓGICOS
STELARA 45 MG/0.5 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE[NP]	*	PA	AGENTES INMUNOLÓGICOS
STELARA 90 MG/ML SUBCUTANEOUS SYRINGE[NP]	*	PA	AGENTES INMUNOLÓGICOS
STEQEYMA 130 MG/26 ML INTRAVENOUS SOLUTION[NP]	*	PA	AGENTES INMUNOLÓGICOS
STEQEYMA 45 MG/0.5 ML SUBCUTANEOUS SOLUTION[NP]	*	PA	AGENTES INMUNOLÓGICOS
STEQEYMA 45 MG/0.5 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE[NP]	*	PA	AGENTES INMUNOLÓGICOS
STEQEYMA 90 MG/ML SUBCUTANEOUS SYRINGE[NP]	*	PA	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		AGENTES INMUNOLÓGICOS
TAKHZYRO 150 MG/ML SUBCUTANEOUS SYRINGE	1		AGENTES INMUNOLÓGICOS
TAKHZYRO 300 MG/2 ML (150 MG/ML) SUBCUTANEOUS SOLUTION	1		AGENTES INMUNOLÓGICOS
TAKHZYRO 300 MG/2 ML (150 MG/ML) SUBCUTANEOUS SYRINGE	1		AGENTES INMUNOLÓGICOS
TALTZ AUTOINJECTOR (2 PACK) 80 MG/ML SUBCUTANEOUS	1	PA	AGENTES INMUNOLÓGICOS
TALTZ AUTOINJECTOR (3 PACK) 80 MG/ML SUBCUTANEOUS	1	PA	AGENTES INMUNOLÓGICOS

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	GRUPO DE NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
TALTZ AUTOINJECTOR 80 MG/ML SUBCUTANEOUS	1	PA	AGENTES INMUNOLÓGICOS
TALTZ SYRINGE 20 MG/0.25 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE	1	PA	AGENTES INMUNOLÓGICOS
TALTZ SYRINGE 40 MG/0.5 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE	1	PA	AGENTES INMUNOLÓGICOS
TALTZ SYRINGE 80 MG/ML SUBCUTANEOUS	1	PA	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	AGENTES INMUNOLÓGICOS
TEZSPIRE 210 MG/1.91 ML (110 MG/ML) SUBCUTANEOUS SYRINGE	1	PA	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	1	PA,QL(300 cada 30 días)	AGENTES INMUNOLÓGICOS
tofacitinib 10 mg tablet	1	PA,QL(60 cada 30 días)	AGENTES INMUNOLÓGICOS
tofacitinib 5 mg tablet	1	PA,QL(60 cada 30 días)	AGENTES INMUNOLÓGICOS
tofacitinib er 11 mg tablet,extended release 24 hr	1	PA,QL(30 cada 30 días)	AGENTES INMUNOLÓGICOS
tofacitinib er 22 mg tablet,extended release 24 hr	1	PA,QL(30 cada 30 días)	AGENTES INMUNOLÓGICOS
TOFIDENCE 200 MG/10 ML (20 MG/ML) INTRAVENOUS SOLUTION[NP]	*	PA	AGENTES INMUNOLÓGICOS
TOFIDENCE 400 MG/20 ML (20 MG/ML) INTRAVENOUS SOLUTION[NP]	*	PA	AGENTES INMUNOLÓGICOS
TOFIDENCE 80 MG/4 ML (20 MG/ML) INTRAVENOUS SOLUTION[NP]	*	PA	AGENTES INMUNOLÓGICOS
TREMFYA 100 MG/ML SUBCUTANEOUS SYRINGE[NP]	*	PA	AGENTES INMUNOLÓGICOS
TREMFYA 200 MG/2 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE[NP]	*	PA	AGENTES INMUNOLÓGICOS
TREMFYA 200 MG/20 ML (10 MG/ML) INTRAVENOUS SOLUTION[NP]	*	PA	AGENTES INMUNOLÓGICOS
TREMFYA ONE-PRESS 100 MG/ML SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR[NP]	*	PA	AGENTES INMUNOLÓGICOS
TREMFYA PEN 100 MG/ML SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR[NP]	*	PA	AGENTES INMUNOLÓGICOS
TREMFYA PEN 200 MG/2 ML SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR[NP]	*	PA	AGENTES INMUNOLÓGICOS
TREMFYA PEN INDUCTION PACK (2 PENS) 200 MG/2 ML SUBCUT PEN INJECTOR[NP]	*	PA	AGENTES INMUNOLÓGICOS
TRUMENBA 120 MCG/0.5 ML INTRAMUSCULAR SYRINGE	1		AGENTES INMUNOLÓGICOS
TWINRIX (PF) 720 ELISA UNIT-20 MCG/ML INTRAMUSCULAR SYRINGE	1		AGENTES INMUNOLÓGICOS
TYENNE 162 MG/0.9 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE	1	PA	AGENTES INMUNOLÓGICOS

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	GRUPO DE NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
TYENNE 200 MG/10 ML (20 MG/ML) INTRAVENOUS SOLUTION	1	PA	AGENTES INMUNOLÓGICOS
TYENNE 400 MG/20 ML (20 MG/ML) INTRAVENOUS SOLUTION	1	PA	AGENTES INMUNOLÓGICOS
TYENNE 80 MG/4 ML (20 MG/ML) INTRAVENOUS SOLUTION	1	PA	AGENTES INMUNOLÓGICOS
TYENNE AUTOINJECTOR 162 MG/0.9 ML SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR	1	PA	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
USTEKINUMAB 130 MG/26 ML INTRAVENOUS SOLUTION[NP]	*	PA	AGENTES INMUNOLÓGICOS
USTEKINUMAB 45 MG/0.5 ML SUBCUTANEOUS SOLUTION[NP]	*	PA	AGENTES INMUNOLÓGICOS
USTEKINUMAB 45 MG/0.5 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE[NP]	*	PA	AGENTES INMUNOLÓGICOS
USTEKINUMAB 90 MG/ML SUBCUTANEOUS SYRINGE[NP]	*	PA	AGENTES INMUNOLÓGICOS
USTEKINUMAB-AAUZ 45 MG/0.5 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE[NP]	*	PA	AGENTES INMUNOLÓGICOS
USTEKINUMAB-AAUZ 90 MG/ML SUBCUTANEOUS SYRINGE[NP]	*	PA	AGENTES INMUNOLÓGICOS
USTEKINUMAB-AEKN 45 MG/0.5 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE[NP]	*	PA	AGENTES INMUNOLÓGICOS
USTEKINUMAB-AEKN 90 MG/ML SUBCUTANEOUS SYRINGE[NP]	*	PA	AGENTES INMUNOLÓGICOS
USTEKINUMAB-TTWE 130 MG/26 ML INTRAVENOUS SOLUTION[NP]	*	PA	AGENTES INMUNOLÓGICOS
USTEKINUMAB-TTWE 45 MG/0.5 ML SUBCUTANEOUS SOLUTION[NP]	*	PA	AGENTES INMUNOLÓGICOS
USTEKINUMAB-TTWE 45 MG/0.5 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE[NP]	*	PA	AGENTES INMUNOLÓGICOS
USTEKINUMAB-TTWE 90 MG/ML SUBCUTANEOUS SYRINGE[NP]	*	PA	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
VAXNEUVANCE (PF) 0.5 ML INTRAMUSCULAR SYRINGE	1		AGENTES INMUNOLÓGICOS
VELSIPITY 2 MG TABLET[NP]	*	PA	AGENTES INMUNOLÓGICOS
VIMKUNYA (PF) 40 MCG/0.8 ML INTRAMUSCULAR SYRINGE	1		AGENTES INMUNOLÓGICOS

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	GRUPO DE NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
VIVOTIF 2 BILLION UNIT CAPSULE,DELAYED RELEASE	1		AGENTES INMUNOLÓGICOS
XATMEP 2.5 MG/ML ORAL SOLUTION	1	PA	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	AGENTES INMUNOLÓGICOS
XOLAIR 150 MG/ML SUBCUTANEOUS SYRINGE	1	PA	AGENTES INMUNOLÓGICOS
XOLAIR 75 MG/0.5 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE	1	PA	AGENTES INMUNOLÓGICOS
YESINTEK 130 MG/26 ML INTRAVENOUS SOLUTION[NP]	*	PA	AGENTES INMUNOLÓGICOS
YESINTEK 45 MG/0.5 ML SUBCUTANEOUS SOLUTION[NP]	*	PA	AGENTES INMUNOLÓGICOS
YESINTEK 45 MG/0.5 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE[NP]	*	PA	AGENTES INMUNOLÓGICOS
YESINTEK 90 MG/ML SUBCUTANEOUS SYRINGE[NP]	*	PA	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]	*	PA	AGENTES INMUNOLÓGICOS
YUFLYMA(CF) 40 MG/0.4 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT[NP]	*	PA	AGENTES INMUNOLÓGICOS
YUFLYMA(CF) AUTOINJECTOR 40 MG/0.4 ML SUBCUTANEOUS KIT[NP]	*	PA	AGENTES INMUNOLÓGICOS
YUFLYMA(CF) AUTOINJECTOR 80 MG/0.8 ML SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR KIT[NP]	*	PA	AGENTES INMUNOLÓGICOS
YUFLYMA(CF) AUTOINJECTOR CROHN'S-UC-HS STARTER 80 MG/0.8 ML SUBCUT KIT[NP]	*	PA	AGENTES INMUNOLÓGICOS
YUSIMRY(CF) PEN 40 MG/0.8 ML SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR[NP]	*	PA	AGENTES INMUNOLÓGICOS
ZYMFENTRA 120 MG/ML SUBCUTANEOUS PEN KIT[NP]	*	PA	AGENTES INMUNOLÓGICOS
ZYMFENTRA 120 MG/ML SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT[NP]	*	PA	AGENTES INMUNOLÓGICOS
ACULAR 0.5 % EYE DROPS[NP]	*		AGENTES OFTÁLMICOS
ACULAR LS 0.4 % EYE DROPS[NP]	*		AGENTES OFTÁLMICOS
ACUVAIL (PF) 0.45 % EYE DROPS IN A DROPPERETTE[NP]	*		AGENTES OFTÁLMICOS
advanced eye relief (olopatadine hcl) 0.2 % drops[OTC]	1		AGENTES OFTÁLMICOS
ALPHAGAN P 0.1 % EYE DROPS	1		AGENTES OFTÁLMICOS
ALPHAGAN P 0.15 % EYE DROPS	1		AGENTES OFTÁLMICOS
ALREX 0.2 % EYE DROPS,SUSPENSION	1		AGENTES OFTÁLMICOS
apraclonidine 0.5 % eye drops	1		AGENTES OFTÁLMICOS
atropine 1 % eye drops	1		AGENTES OFTÁLMICOS
AZASITE 1 % EYE DROPS	1		AGENTES OFTÁLMICOS

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	GRUPO DE NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
azelastine 0.05 % eye drops	1		AGENTES OFTÁLMICOS
AZOPT 1 % EYE DROPS,SUSPENSION	1		AGENTES OFTÁLMICOS
bacitracin 500 unit/gram eye ointment[NP]	*		AGENTES OFTÁLMICOS
bacitracin-polymyxin b 500 unit-10,000 unit/gram eye ointment	1		AGENTES OFTÁLMICOS
bepotastine besilate 1.5 % eye drops[NP]	*		AGENTES OFTÁLMICOS
BEPREVE 1.5 % EYE DROPS	1		AGENTES OFTÁLMICOS
besifloxacin 0.6 % eye drops,suspension[NP]	*		AGENTES OFTÁLMICOS
BESIVANCE 0.6 % EYE DROPS,SUSPENSION	1		AGENTES OFTÁLMICOS
betaxolol 0.5 % eye drops[NP]	*		AGENTES OFTÁLMICOS
BETIMOL 0.25 % EYE DROPS[NP]	*		AGENTES OFTÁLMICOS
BETIMOL 0.5 % EYE DROPS[NP]	*		AGENTES OFTÁLMICOS
BETOPTIC S 0.25 % EYE DROPS,SUSPENSION	1		AGENTES OFTÁLMICOS
bimatoprost 0.01 % eye drops[NP]	*		AGENTES OFTÁLMICOS
bimatoprost 0.03 % eye drops[NP]	*		AGENTES OFTÁLMICOS
brimonidine 0.1 % eye drops[NP]	*		AGENTES OFTÁLMICOS
brimonidine 0.15 % eye drops[NP]	*		AGENTES OFTÁLMICOS
brimonidine 0.2 % eye drops	1		AGENTES OFTÁLMICOS
brimonidine 0.2 %-timolol 0.5 % eye drops[NP]	*		AGENTES OFTÁLMICOS
brinzolamide 1 % eye drops,suspension[NP]	*		AGENTES OFTÁLMICOS
bromfenac 0.07 % eye drops[NP]	*		AGENTES OFTÁLMICOS
bromfenac 0.075 % eye drops[NP]	*		AGENTES OFTÁLMICOS
bromfenac 0.09 % eye drops[NP]	*		AGENTES OFTÁLMICOS
BROMSITE 0.075 % EYE DROPS[NP]	*		AGENTES OFTÁLMICOS
carteolol 1 % eye drops	1		AGENTES OFTÁLMICOS
CEQUA 0.09 % EYE DROPS IN A DROPPERETTE[NP]	*	PA,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	1		AGENTES OFTÁLMICOS
COSOPT (PF) 2 %-0.5 % EYE DROPS IN A DROPPERETTE[NP]	*		AGENTES OFTÁLMICOS
COSOPT 22.3 MG-6.8 MG/ML EYE DROPS[NP]	*		AGENTES OFTÁLMICOS
cromolyn 4 % eye drops	1		AGENTES OFTÁLMICOS
cyclopentolate 1 % eye drops	1		AGENTES OFTÁLMICOS
cyclosporine 0.05 % eye drops in a dropperette[NP]	*	PA,QL(60 cada 30 días)	AGENTES OFTÁLMICOS
dexamethasone sodium phosphate 0.1 % eye drops	1		AGENTES OFTÁLMICOS
diclofenac 0.1 % eye drops	1		AGENTES OFTÁLMICOS
difluprednate 0.05 % eye drops[NP]	*		AGENTES OFTÁLMICOS
dorzolamide 2 % eye drops	1		AGENTES OFTÁLMICOS
dorzolamide 22.3 mg-timolol 6.8 mg/ml eye drops	1		AGENTES OFTÁLMICOS
dorzolamide-timolol (pf) 2 %-0.5 % eye drops in a dropperette	1		AGENTES OFTÁLMICOS
DUREZOL 0.05 % EYE DROPS	1		AGENTES OFTÁLMICOS
epinastine 0.05 % eye drops[NP]	*		AGENTES OFTÁLMICOS
erythromycin 5 mg/gram (0.5 %) eye ointment	1		AGENTES OFTÁLMICOS
eye allergy itch relief 0.2 % drops[OTC]	1		AGENTES OFTÁLMICOS
eye allergy itch-redness relief 0.1 % drops[OTC]	1		AGENTES OFTÁLMICOS

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	GRUPO DE NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
EYSUVIS 0.25 % EYE DROPS,SUSPENSION[NP]	*	PA,QL(16.6 cada 90 dÍas)	AGENTES OFTÁLMICOS
FLAREX 0.1 % EYE DROPS,SUSPENSION	1		AGENTES OFTÁLMICOS
fluorometholone 0.1 % eye drops,suspension[NP]	*		AGENTES OFTÁLMICOS
flurbiprofen 0.03 % eye drops	1		AGENTES OFTÁLMICOS
FML FORTE 0.25 % EYE DROPS,SUSPENSION[NP]	*		AGENTES OFTÁLMICOS
FML LIQUIFILM 0.1 % EYE DROPS,SUSPENSION	1		AGENTES OFTÁLMICOS
gatifloxacin 0.5 % eye drops[NP]	*		AGENTES OFTÁLMICOS
gentamicin 0.3 % eye drops	1		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	1		AGENTES OFTÁLMICOS
ISTALOL 0.5 % EYE DROPS[NP]	*		AGENTES OFTÁLMICOS
IYUZEH (PF) 0.005 % EYE DROPS IN A DROPPERETTE[NP]	*		AGENTES OFTÁLMICOS
ketorolac 0.4 % eye drops	1		AGENTES OFTÁLMICOS
ketorolac 0.5 % eye drops	1		AGENTES OFTÁLMICOS
latanoprost 0.005 % eye drops	1		AGENTES OFTÁLMICOS
levobunolol 0.5 % eye drops	1		AGENTES OFTÁLMICOS
LOTEMAX 0.5 % EYE DROPS,SUSPENSION[NP]	*		AGENTES OFTÁLMICOS
LOTEMAX 0.5 % EYE GEL DROPS	1		AGENTES OFTÁLMICOS
LOTEMAX 0.5 % EYE OINTMENT	1		AGENTES OFTÁLMICOS
LOTEMAX SM 0.38 % EYE GEL DROPS[NP]	*		AGENTES OFTÁLMICOS
loteprednol etabonate 0.2 % eye drops,suspension[NP]	*		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	1		AGENTES OFTÁLMICOS
MAXIDEX 0.1 % EYE DROPS,SUSPENSION[NP]	*		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
MIEBO (PF) 100 % EYE DROPS[NP]	*	PA,QL(12 cada 30 dÍas)	AGENTES OFTÁLMICOS
moxifloxacin 0.5 % eye drops	1		AGENTES OFTÁLMICOS
moxifloxacin 0.5 % viscous eye drops	1		AGENTES OFTÁLMICOS
neo-polycin 3.5 mg-400 unit-10,000 unit/g eye ointment[NP]	*		AGENTES OFTÁLMICOS
neo-polycin hc 3.5 mg-400-10,000 unit/g-1 % eye ointment[NP]	*		AGENTES OFTÁLMICOS
neomycin 1.75 mg-polymyxin 10,000 unit-gramicidin 0.025mg/ml eye drops[NP]	*		AGENTES OFTÁLMICOS
neomycin 3.5 mg-polymyxin 10,000 unit-hydrocort 10 mg/ml eye drop,susp[NP]	*		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[NP]	*		AGENTES OFTÁLMICOS

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	GRUPO DE NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
neomycin-bacitracin-polymyxn 3.5 mg-400 unit-10,000 unit/gram eye oint[NP]	*		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	1		AGENTES OFTÁLMICOS
OCUFLOX 0.3 % EYE DROPS[NP]	*		AGENTES OFTÁLMICOS
ofloxacin 0.3 % eye drops	1		AGENTES OFTÁLMICOS
olopatadine 0.1 % eye drops[OTC]	1		AGENTES OFTÁLMICOS
olopatadine 0.1 % eye drops	1		AGENTES OFTÁLMICOS
olopatadine 0.2 % eye drops[OTC]	1		AGENTES OFTÁLMICOS
olopatadine 0.2 % eye drops	1		AGENTES OFTÁLMICOS
OXERVATE 0.002 % EYE DROPS	1	PA	AGENTES OFTÁLMICOS
PATADAY ONCE DAILY RELIEF 0.2 % EYE DROPS[OTC]	1		AGENTES OFTÁLMICOS
PATADAY TWICE DAILY RELIEF 0.1 % EYE DROPS[OTC]	1		AGENTES OFTÁLMICOS
pilocarpine 1 % eye drops	1		AGENTES OFTÁLMICOS
pilocarpine 1.25 % eye drops[NP]	*	PA,QL(5 cada 20 dÍas)	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	1		AGENTES OFTÁLMICOS
RESTASIS 0.05 % EYE DROPS IN A DROPPERETTE	1	PA,QL(60 cada 30 dÍas)	AGENTES OFTÁLMICOS
RESTASIS MULTIDOSE 0.05 % EYE DROPS[NP]	*	PA,QL(11 cada 30 dÍas)	AGENTES OFTÁLMICOS
retaine allergy 0.2 % eye drops[OTC]	1		AGENTES OFTÁLMICOS
RHOPRESSA 0.02 % EYE DROPS	1		AGENTES OFTÁLMICOS
ROCKLATAN 0.02 %-0.005 % EYE DROPS	1		AGENTES OFTÁLMICOS
SIMBRINZA 1 %-0.2 % EYE DROPS,SUSPENSION	1		AGENTES OFTÁLMICOS
sulfacetamide sodium 10 % eye drops	1		AGENTES OFTÁLMICOS
sulfacetamide-prednisolone 10 %-0.23 % (0.25 %) eye drops	1		AGENTES OFTÁLMICOS
tafluprost (pf) 0.0015 % eye drops in a dropperette[NP]	*		AGENTES OFTÁLMICOS
timolol 0.5 % eye drops[NP]	*		AGENTES OFTÁLMICOS
timolol maleate (pf) 0.25 % eye drops in a dropperette	1		AGENTES OFTÁLMICOS
timolol maleate (pf) 0.5 % eye drops in a dropperette	1		AGENTES OFTÁLMICOS
timolol maleate 0.25 % eye drops	1		AGENTES OFTÁLMICOS
timolol maleate 0.25 % eye gel forming solution[NP]	*		AGENTES OFTÁLMICOS
timolol maleate 0.5 % eye drops	1		AGENTES OFTÁLMICOS
timolol maleate 0.5 % eye gel forming solution[NP]	*		AGENTES OFTÁLMICOS
timolol maleate 0.5 % once daily eye drops	1		AGENTES OFTÁLMICOS

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	GRUPO DE NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
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	1		AGENTES OFTÁLMICOS
TOBRADEX ST 0.3 %-0.05 % EYE DROPS,SUSPENSION	1		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	1		AGENTES OFTÁLMICOS
travoprost 0.004 % eye drops[NP]	*		AGENTES OFTÁLMICOS
trifluridine 1 % eye drops	1		AGENTES OFTÁLMICOS
tropicamide 0.5 % eye drops	1		AGENTES OFTÁLMICOS
tropicamide 1 % eye drops	1		AGENTES OFTÁLMICOS
TRYPTYR 0.003 % EYE DROPS IN A DROPPERETTE[NP]	*	PA,QL(60 cada 30 días)	AGENTES OFTÁLMICOS
TYRVAYA 0.03 MG/SPRAY NASAL SPRAY[NP]	*	PA,QL(8.4 cada 30 días)	AGENTES OFTÁLMICOS
VERKAZIA 0.1 % EYE DROPS IN A DROPPERETTE[NP]	*	PA,QL(120 cada 30 días)	AGENTES OFTÁLMICOS
VEVYE 0.1 % EYE DROPS[NP]	*	PA,QL(6 cada 30 días)	AGENTES OFTÁLMICOS
VIGAMOX 0.5 % EYE DROPS[NP]	*		AGENTES OFTÁLMICOS
VUITY 1.25 % EYE DROPS[NP]	*	PA,QL(5 cada 20 días)	AGENTES OFTÁLMICOS
VYZULTA 0.024 % EYE DROPS[NP]	*		AGENTES OFTÁLMICOS
XALATAN 0.005 % EYE DROPS[NP]	*		AGENTES OFTÁLMICOS
XELPROS 0.005 % EYE DROP EMULSION[NP]	*		AGENTES OFTÁLMICOS
XIIDRA 5 % EYE DROPS IN A DROPPERETTE	1	PA,QL(60 cada 30 días)	AGENTES OFTÁLMICOS
ZERVIATE 0.24 % EYE DROPS IN A DROPPERETTE[NP]	*		AGENTES OFTÁLMICOS
ZIOPTAN (PF) 0.0015 % EYE DROPS IN A DROPPERETTE[NP]	*		AGENTES OFTÁLMICOS
ZYLET 0.3 %-0.5 % EYE DROPS,SUSPENSION	1		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

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	GRUPO DE NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
LITHOBID 300 MG TABLET,EXTENDED RELEASE[NP]	*	PA	AGENTES PARA TRASTORNOS BIPOLARES
AMBIEN 10 MG TABLET[NP]	*	PA,QL(30 cada 30 días)	AGENTES PARA TRASTORNOS DEL SUEÑO
AMBIEN 5 MG TABLET[NP]	*	PA,QL(30 cada 30 días)	AGENTES PARA TRASTORNOS DEL SUEÑO
AMBIEN CR 12.5 MG TABLET,EXTENDED RELEASE[NP]	*	PA,QL(30 cada 30 días)	AGENTES PARA TRASTORNOS DEL SUEÑO
AMBIEN CR 6.25 MG TABLET,EXTENDED RELEASE[NP]	*	PA,QL(30 cada 30 días)	AGENTES PARA TRASTORNOS DEL SUEÑO
armodafinil 150 mg tablet	1	PA,QL(30 cada 30 días)	AGENTES PARA TRASTORNOS DEL SUEÑO
armodafinil 200 mg tablet	1	PA,QL(30 cada 30 días)	AGENTES PARA TRASTORNOS DEL SUEÑO
armodafinil 250 mg tablet	1	PA,QL(30 cada 30 días)	AGENTES PARA TRASTORNOS DEL SUEÑO
armodafinil 50 mg tablet	1	PA,QL(60 cada 30 días)	AGENTES PARA TRASTORNOS DEL SUEÑO
BELSOMRA 10 MG TABLET	1	QL(30 cada 30 días)	AGENTES PARA TRASTORNOS DEL SUEÑO
BELSOMRA 15 MG TABLET	1	QL(30 cada 30 días)	AGENTES PARA TRASTORNOS DEL SUEÑO
BELSOMRA 20 MG TABLET	1	QL(30 cada 30 días)	AGENTES PARA TRASTORNOS DEL SUEÑO
BELSOMRA 5 MG TABLET	1	QL(30 cada 30 días)	AGENTES PARA TRASTORNOS DEL SUEÑO
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]	*	PA,QL(30 cada 30 días)	AGENTES PARA TRASTORNOS DEL SUEÑO
doxepin 3 mg tablet	1	QL(30 cada 30 días)	AGENTES PARA TRASTORNOS DEL SUEÑO
doxepin 6 mg tablet	1	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	PA,QL(30 cada 30 días)	AGENTES PARA TRASTORNOS DEL SUEÑO
eszopiclone 1 mg tablet	1	QL(30 cada 30 días)	AGENTES PARA TRASTORNOS DEL SUEÑO
eszopiclone 2 mg tablet	1	QL(30 cada 30 días)	AGENTES PARA TRASTORNOS DEL SUEÑO
eszopiclone 3 mg tablet	1	QL(30 cada 30 días)	AGENTES PARA TRASTORNOS DEL SUEÑO
flurazepam 15 mg capsule[NP]	*	PA,QL(30 cada 30 días)	AGENTES PARA TRASTORNOS DEL SUEÑO
flurazepam 30 mg capsule[NP]	*	PA,QL(30 cada 30 días)	AGENTES PARA TRASTORNOS DEL SUEÑO

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	GRUPO DE NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
HALCION 0.25 MG TABLET[NP]	*	PA,QL(30 cada 30 días)	AGENTES PARA TRASTORNOS DEL SUEÑO
HETLIOZ 20 MG CAPSULE[NP]	*	PA,QL(30 cada 30 días)	AGENTES PARA TRASTORNOS DEL SUEÑO
HETLIOZ LQ 4 MG/ML ORAL SUSPENSION[NP]	*	PA,QL(150 cada 30 días)	AGENTES PARA TRASTORNOS DEL SUEÑO
modafinil 100 mg tablet	1	PA,QL(30 cada 30 días)	AGENTES PARA TRASTORNOS DEL SUEÑO
modafinil 200 mg tablet	1	PA,QL(60 cada 30 días)	AGENTES PARA TRASTORNOS DEL SUEÑO
NUVIGIL 150 MG TABLET[NP]	*	PA,QL(30 cada 30 días)	AGENTES PARA TRASTORNOS DEL SUEÑO
NUVIGIL 200 MG TABLET[NP]	*	PA,QL(30 cada 30 días)	AGENTES PARA TRASTORNOS DEL SUEÑO
NUVIGIL 250 MG TABLET[NP]	*	PA,QL(30 cada 30 días)	AGENTES PARA TRASTORNOS DEL SUEÑO
NUVIGIL 50 MG TABLET[NP]	*	PA,QL(60 cada 30 días)	AGENTES PARA TRASTORNOS DEL SUEÑO
PROVIGIL 100 MG TABLET[NP]	*	PA,QL(30 cada 30 días)	AGENTES PARA TRASTORNOS DEL SUEÑO
PROVIGIL 200 MG TABLET[NP]	*	PA,QL(60 cada 30 días)	AGENTES PARA TRASTORNOS DEL SUEÑO
quazepam 15 mg tablet[NP]	*	QL(30 cada 30 días)	AGENTES PARA TRASTORNOS DEL SUEÑO
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	1	QL(30 cada 30 días)	AGENTES PARA TRASTORNOS DEL SUEÑO
RESTORIL 15 MG CAPSULE[NP]	*	PA,QL(30 cada 30 días)	AGENTES PARA TRASTORNOS DEL SUEÑO
RESTORIL 22.5 MG CAPSULE[NP]	*	PA,QL(30 cada 30 días)	AGENTES PARA TRASTORNOS DEL SUEÑO
RESTORIL 30 MG CAPSULE[NP]	*	PA,QL(30 cada 30 días)	AGENTES PARA TRASTORNOS DEL SUEÑO
RESTORIL 7.5 MG CAPSULE[NP]	*	PA,QL(30 cada 30 días)	AGENTES PARA TRASTORNOS DEL SUEÑO
ROZEREM 8 MG TABLET[NP]	*	PA,QL(30 cada 30 días)	AGENTES PARA TRASTORNOS DEL SUEÑO
sodium oxybate 500 mg/ml oral solution[NP]	*	PA,QL(540 cada 30 días)	AGENTES PARA TRASTORNOS DEL SUEÑO
SUNOSI 150 MG TABLET[NP]	*	PA,QL(30 cada 30 días)	AGENTES PARA TRASTORNOS DEL SUEÑO
SUNOSI 75 MG TABLET[NP]	*	PA,QL(30 cada 30 días)	AGENTES PARA TRASTORNOS DEL SUEÑO
tasimelteon 20 mg capsule[NP]	*	PA,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	PA,QL(30 cada 30 días)	AGENTES PARA TRASTORNOS DEL SUEÑO
temazepam 30 mg capsule	1	PA,QL(30 cada 30 días)	AGENTES PARA TRASTORNOS DEL SUEÑO

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	GRUPO DE NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
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]	*	PA,QL(60 cada 30 días)	AGENTES PARA TRASTORNOS DEL SUEÑO
WAKIX 4.45 MG TABLET[NP]	*	PA,QL(60 cada 30 días)	AGENTES PARA TRASTORNOS DEL SUEÑO
XYREM 500 MG/ML ORAL SOLUTION	1	PA,QL(540 cada 30 días)	AGENTES PARA TRASTORNOS DEL SUEÑO
XYWAV 0.5 GRAM/ML ORAL SOLUTION[NP]	*	PA,QL(540 cada 30 días)	AGENTES PARA TRASTORNOS DEL SUEÑO
zaleplon 10 mg capsule	1	QL(60 cada 30 días)	AGENTES PARA TRASTORNOS DEL SUEÑO
zaleplon 5 mg capsule	1	QL(60 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
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	1	QL(30 cada 30 días)	AGENTES PARA TRASTORNOS DEL SUEÑO
zolpidem er 6.25 mg tablet,extended release,multiphase	1	QL(30 cada 30 días)	AGENTES PARA TRASTORNOS DEL SUEÑO
12 hour decongestant er 120 mg tablet,extended release[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
12 hour nasal decongestant (pse) 120 mg tablet,extended release[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
12-hour cough relief 30 mg/5 ml oral suspension,extended release[OTC]	1	QL(600 cada 30 días)	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
1ST TIER UNIFINE PENTIPS 29 GAUGE X 1/2" NEEDLE[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
1ST TIER UNIFINE PENTIPS 31 GAUGE X 1/4" NEEDLE[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
1ST TIER UNIFINE PENTIPS 31 GAUGE X 3/16" NEEDLE[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
1ST TIER UNIFINE PENTIPS 31 GAUGE X 5/16" NEEDLE[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
1ST TIER UNIFINE PENTIPS 32 GAUGE X 5/32" NEEDLE[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
1ST TIER UNIFINE PENTIPS PLUS 29 GAUGE X 1/2" NEEDLE[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
1ST TIER UNIFINE PENTIPS PLUS 31 GAUGE X 1/4" NEEDLE[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
1ST TIER UNIFINE PENTIPS PLUS 31 GAUGE X 3/16" NEEDLE[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	GRUPO DE NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
1ST TIER UNIFINE PENTIPS PLUS 31 GAUGE X 5/16" NEEDLE[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
1ST TIER UNIFINE PENTIPS PLUS 32 GAUGE X 5/32" NEEDLE[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
2-IN-1 LANCET DEVICE 30 GAUGE[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
2-in-1 laxative 8.6 mg-50 mg tablet[OTC]	1	QL(240 cada 30 dÍas)	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
4-N-1 NO RINSE WASH 1 % TOPICAL[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
4-n-1 no rinse wash 1 % topical cream[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
50 plus adult eye health 250 mg-5 mg-1 mg capsule[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
8 hour pain reliever 650 mg tablet,extended release[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
8hr muscle aches-pain 650 mg tablet,extended release[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
a and d (lanolin-petrolatum) topical ointment[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
A AND D DIAPER RASH CREAM 1 %-10 % TOPICAL[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
a thru z 18 mg-500 mcg-300 mcg-250 mcg tablet[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
a thru z advanced formula 18 mg-400 mcg tablet[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
a thru z high potency 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 tablet[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
a thru z select women's tablet[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
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 SENIOR WOMEN'S 8 MG IRON-400 MCG-50 MCG 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

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	GRUPO DE NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
ABREVA 10 % TOPICAL CREAM[OTC]	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
ACCU-CHEK AVIVA CONTROL SOLN SOLUTION[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
ACCU-CHEK AVIVA PLUS TEST STRIPS[NP]	*	QL(200 cada 30 dÍas)	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
ACCU-CHEK FASTCLIX LANCET DRUM[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
ACCU-CHEK FASTCLIX LANCING DEVICE KIT[OTC]	1		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[OTC]	1	QL(200 cada 30 dÍas)	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
ACCU-CHEK SAFE-T-PRO PLUS 23 GAUGE[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
ACCU-CHEK SMARTVIEW CONTROL SOLUTION[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
ACCU-CHEK SMARTVIEW TEST STRIPS[NP]	*	QL(200 cada 30 dÍas)	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
ACCU-CHEK SOFTCLIX LANCETS[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
ACCU-CHEK SOFTCLIX LANCING DEVICE+LANCETS KIT[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
ACCUTREND GLUCOSE CONTROL SOLUTION[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
ACCUTREND GLUCOSE TEST STRIPS[NP]	*	QL(200 cada 30 dÍas)	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
ACE AEROSOL CLOUD ENHANCER SPACER	1		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 – Medicamento no preferido • OTC – Medicamentos sin receta • PA – Autorización previa • QL – Límite de cantidad • ST – Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	GRUPO DE NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
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 er 650 mg tablet,extended release[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
acetaminophen extra strength 500 mg tablet[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
acetaminophen pain relief 500 mg tablet[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
acidocore 0.5 mg (100 million cell) tablet[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
acidocore max 2 billion cell tablet[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
acidophilus 25 million cell-pectin, citrus 100 mg tablet[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
acne control (benzoyl peroxide) 10 % topical cleanser[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
acne foaming wash 10 % topical cleanser[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
ACNE MEDICATION 10 % TOPICAL GEL[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
ACTI-LANCE LANCETS 17 GAUGE[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
ACTI-LANCE LANCETS 23 GAUGE[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
ACTI-LANCE LANCETS 28 GAUGE[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
actinel diabetic 10 mg-100 mg/5 ml oral liquid[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
ACTIVNUTRIENTS (NO IRON) 170 MCG DFE CAPSULE[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
ACTIVNUTRIENTS (WITHOUT COPPER-IRON) 170 MCG DFE CAPSULE[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
ACTIVNUTRIENTS 1.25 MG IRON-170 MCG DFE CAPSULE[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
ACTIVNUTRIENTS CHEWABLE 0.75 MG-85 MCG DFE TABLET[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
ACTIVNUTRIENTS PERFORMANCE 72.25 MCG DFE-22.5 MG CAPSULE[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
ADJUSTABLE LANCING DEVICE[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
adult 50 plus eye health 250 mg-5 mg-1 mg capsule[OTC]	1		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

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	GRUPO DE NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
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
adult wal-tussin dm max 10 mg-200 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
ADULTS' DAILY FORMULA 18 MG IRON-25 MCG TABLET[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
ADVANCED ALL-IN-ONE GLUCOSE METER KIT[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
advanced exfoliating cleanser 5 % topical[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
ADVANCED GLUCOSE METER[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
ADVANCED GLUCOSE METER TEST STRIPS[NP]	*	QL(200 cada 30 dÍas)	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
ADVANCED LANCING DEVICE KIT[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
ADVANCED MULTI EA 22.5 MG-400 MCG-150 MCG-10 MG CHEWABLE TABLET[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
ADVANCED TRAVEL LANCETS 28 GAUGE[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
ADVANTAGE SAFETY LANCET 28 GAUGE[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
ADVOCATE LANCET 21 GAUGE[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
ADVOCATE LANCET 23 GAUGE[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
ADVOCATE LANCET 26 GAUGE[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
ADVOCATE LANCET 28 GAUGE[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
ADVOCATE LANCET 30 GAUGE[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
ADVOCATE LANCING DEVICE[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
ADVOCATE PEN NEEDLE 31 GAUGE X 3/16"[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
ADVOCATE PEN NEEDLE 31 GAUGE X 5/16"[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
ADVOCATE PEN NEEDLE 32 GAUGE X 5/32"[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
ADVOCATE PEN NEEDLE 33 GAUGE X 5/32"[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
ADVOCATE REDI-CODE PLUS[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
ADVOCATE REDI-CODE PLUS STRIPS[NP]	*	QL(200 cada 30 dÍas)	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	GRUPO DE NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
ADVOCATE SYRINGES 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16"[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
ADVOCATE SYRINGES 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
ADVOCATE SYRINGES 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
ADVOCATE SYRINGES 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
ADVOCATE SYRINGES 1 ML 30 GAUGE X 5/16"[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
ADVOCATE SYRINGES 1 ML 31 GAUGE X 5/16"[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
AEROCHAMBER MINI	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
AEROCHAMBER MV SPACER	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
AEROCHAMBER PLUS FLOW-VU	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
AEROCHAMBER PLUS FLOW-VU,LARGE MASK	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
AEROCHAMBER PLUS FLOW-VU,MEDIUM MASK	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
AEROCHAMBER PLUS FLOW-VU,SMALL MASK	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
AEROCHAMBER PLUS Z STAT LARGE MASK	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
AEROCHAMBER PLUS Z STAT MEDIUM MASK	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
AEROCHAMBER PLUS Z STAT SMALL MASK	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
AEROCHAMBER PLUS Z STAT SPACER	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
AEROCHAMBER Z-STAT PLUS-FLOW SIGNAL	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
AEROCHAMBER2GO	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
AEROGEAR ACTION ASTHMA KIT	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
AEROTRACH PLUS SPACER	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
AEROVENT PLUS SPACER	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
aflora 20 mg iron-1,670 mcg dfe tablet[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
AGAMATRIX AMP TEST STRIPS[NP]	*	QL(200 cada 30 dÍas)	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
AGAMATRIX JAZZ TEST STRIPS[NP]	*	QL(200 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(200 cada 30 dÍas)	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	GRUPO DE NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
AGAMATRIX ULTRA-THIN LANCET 33 GAUGE[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
AIMSCO LATEX CONDOM[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
AIRBORNE (ASCORBATE SODIUM) 333 MG-1.7 MG CHEWABLE TABLET[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
AIRBORNE (ASCORBATE SODIUM) 334 MG-1.7 MG CHEWABLE TABLET[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
AIRBORNE (ASCORBIC ACID) 250 MG-8.875 MG CHEWABLE TABLET[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
AIRBORNE (WITH LYSINE ACETATE) 250 MG-12.5 MG CHEWABLE TABLET[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
AIRBORNE ELDERBERRY COMPLEX 90 MG-3.15 MCG-3.35 MG-150 MG CHEW TABLET[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
AIRBORNE GUMMY 250 MG-11.66 MG CHEWABLE TABLET[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
AIRBORNE IMMUNE SUPPORT 250 MG-8.875 MG CHEWABLE TABLET[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
AIRBORNE KIDS 250 MG-11.66 MG CHEWABLE TABLET[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
airshield 250 mg-87.5 mg chewable tablet[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
alavert d-12 allergy-sinus 5 mg-120 mg tablet,extended release[OTC]	1	ST,QL(60 cada 30 dÍas)	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
ALAWAY 0.025 % (0.035 %) EYE DROPS[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
ALBUSTIX REAGENT STRIPS[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
ALCOHOL PADS[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
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[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
ALHEMO PEN 300 MG/3 ML (100 MG/ML) SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
ALHEMO PEN 60 MG/1.5 ML (40 MG/ML) SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
ALIVE ADULT ULTRA POTENCY 18 MG IRON-400 MCG-120 MCG TABLET[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
ALIVE CALCIUM-VITAMIN D3-K2 300 MG-25 MCG-66 MG-37.5 MCG TABLET[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
ALIVE DAILY ENERGY 18 MG IRON-240 MCG-40 MCG TABLET[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
ALIVE DIABETIC MULTIVITAMIN 120 MCG-100 MCG TABLET[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
ALIVE ENERGY 50 PLUS 240 MCG-45 MCG-900 MCG-250MCG TABLET[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
ALIVE HAIR, SKIN AND NAILS 1,250 MCG-50 MG-67.5 MG-15 MG CHEW TABLET[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	GRUPO DE NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
ALIVE IMMUNE ELDERBERRY 300 MCG-45 MG-10 MCG-5 MG CHEWABLE TABLET[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
ALIVE KIDS CHEWABLE 2.5 MG IRON-75 MG-15 MG TABLET[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
ALIVE KIDS MULTIVITAMIN GUMMY 50 MG CHEWABLE TABLET[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
ALIVE MAX POTENCY 300 MCG-80 MCG/30 ML ORAL LIQUID[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
ALIVE MAX6 POTENCY COMPLETE 3 MG IRON-66.67 MCG DFE CAPSULE[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
ALIVE MEN 50 PLUS ULTRA-LUTEIN 240 MCG-120 MCG TABLET[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
ALIVE MEN'S 50 PLUS MULTIVIT (VIT K) 240 MCG-120 MCG-300 MCG TABLET[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
ALIVE MEN'S 50 PLUS MULTIVITAMIN 120 MCG-150 MCG-50 MG CHEWABLE TABLET[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
ALIVE MEN'S 50 PLUS ULTRA POTENCY 800 MCG DFE-120 MCG TABLET[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
ALIVE MEN'S ENERGY 240 MCG-120 MCG-100 MCG TABLET[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
ALIVE MEN'S GARDEN GOODNESS 119.9 MCG-60 MCG TABLET[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
ALIVE MEN'S GUMMY 120 MCG-50 MG CHEWABLE TABLET[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
ALIVE MEN'S MAX3 POTENCY 133.3 MCG DFE-40 MCG TABLET[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
ALIVE MEN'S ULTRA POTENCY 400 MCG DFE-120 MCG TABLET[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
ALIVE PREMIUM ADULT 80 MCG-66.7 MG CHEWABLE TABLET[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
ALIVE PREMIUM KIDS 66.5 MG CHEWABLE TABLET[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
ALIVE PREMIUM MEN'S 80 MCG-66.7 MG CHEWABLE TABLET[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
ALIVE PREMIUM PRENATAL 120 MCG-25 MG-66.7 MG CHEWABLE TABLET[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
ALIVE PREMIUM WOMEN'S 50 PLUS 80 MCG-166.7 MCG-66.7 MG CHEWABLE TABLET[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
ALIVE PREMIUM WOMEN'S 80 MCG-66.7 MG CHEWABLE TABLET[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
ALIVE WOMEN'S 50 PLUS COMPLETE 240 MCG-120 MCG-300 MCG TABLET[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
ALIVE WOMEN'S 50 PLUS GUMMY 120 MCG-150 MCG-37.5 MG CHEWABLE TABLET[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
ALIVE WOMEN'S 50 PLUS ULTRA POTENCY 800 MCG DFE-150 MCG TABLET[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
ALIVE WOMEN'S ENERGY 18 MG IRON-240 MCG-120 MCG TABLET[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
ALIVE WOMEN'S GUMMY VITAMIN 120 MCG-37.5 MG CHEWABLE TABLET[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
ALIVE WOMEN'S MULTIVITAMIN 4.5 MG IRON-120 MCG-60 MCG TABLET[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
ALIVE WOMEN'S ULTRA POTENCY 18 MG-800 MCG DFE-150 MCG TABLET[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	GRUPO DE NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
ALKA-SELTZER ORIGINAL 325 MG EFFERVESCENT TABLET OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
ALKA-SELTZER ORIGINAL 325 MG-1,916 MG-1,000 MG EFFERVESCENT TABLET OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
alka-seltzer plus allergy 25 mg tablet OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
alka-seltzer plus mucus-congestion 10 mg-200 mg capsule OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
all day allergy-d 5 mg-120 mg tablet,extended release OTC	1	ST,QL(60 cada 30 días)	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
aller-tec d 5 mg-120 mg tablet,extended release OTC	1	ST,QL(60 cada 30 días)	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
allerclear d-12hr 5 mg-120 mg tablet,extended release OTC	1	ST,QL(60 cada 30 días)	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
ALLERGIST TRAY 1/2 ML 27 GAUGE X 3/8" SYRINGE	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
ALLERGIST TRAY INTRADERMAL BEVEL 1 ML 26 GAUGE X 1/2" SYRINGE	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
ALLERGIST TRAY INTRADERMAL BEVEL 1 ML 26 GAUGE X 3/8" SYRINGE	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
ALLERGIST TRAY INTRADERMAL BEVEL 1 ML 27 GAUGE X 3/8" SYRINGE	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
ALLERGIST TRAY REGULAR BEVEL 1 ML 27 GAUGE X 3/8" SYRINGE	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
allergy and congestion relief 10 mg-240 mg tablet,extend release 24 hr OTC	1	ST,QL(30 cada 30 días)	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
allergy and congestion relief 5 mg-120 mg tablet,extend release 12 hr OTC	1	ST,QL(60 cada 30 días)	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
allergy d-12 5 mg-120 mg tablet,extended release OTC	1	ST,QL(60 cada 30 días)	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
allergy eye (ketotifen) 0.025 % (0.035 %) drops OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
allergy eye (naphazoline-pheniramine) 0.025 %-0.3 % drops OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
allergy relief and nasal decongestant 10 mg-240 mg tablet,extended rel OTC	1	ST,QL(30 cada 30 días)	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
allergy relief d-24hr 10 mg-240 mg tablet,extended release OTC	1	ST,QL(30 cada 30 días)	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
allergy relief d12 5 mg-120 mg tablet,extended release OTC	1	ST,QL(60 cada 30 días)	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
allergy relief-d (cetirizine) 5 mg-120 mg tablet,extended release OTC	1	ST,QL(60 cada 30 días)	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
allergy relief-d (loratadine) 5 mg-120 mg tablet,extended release OTC	1	ST,QL(60 cada 30 días)	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
allergy-congestion relief-d 10 mg-240 mg tablet,extended release 24 hr OTC	1	ST,QL(30 cada 30 días)	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
alophen (bisacodyl) 5 mg tablet,delayed release OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
ALPHA BETIC 240 MCG-100 MG TABLET OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
altamist 0.65 % nasal spray aerosol OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
ALTERNATE SITE LANCET 26 GAUGE OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	GRUPO DE NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
ALTERNATE SITE LANCING DEVICE[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
altituss 10 mg-100 mg/5 ml oral liquid[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
ALTRIXA 1,000 MCG TABLET[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
aminofen 325 mg tablet[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
amladex 1 mg-5 mg-50 mg tablet[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
animal chews tablet[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
anti-dandruff with menthol 1 % shampoo[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
antibiotic (bacitracin zinc) 500 unit/gram topical ointment[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
antioxidant a/c/e/selenium capsule[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
ANTIOXIDANT FORMULA (SELENIUM YEAST) 8,333 UNIT-167 MG-133 UNIT TABLET[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
antitussive dm 10 mg-100 mg/5 ml oral syrup[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
APATATE FORTE ORAL LIQUID[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
APETIBEX 12.5 MG-12.5 MCG-30 MG-5 MG SPRINKLE CAPSULE[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
aphen 325 mg tablet[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
APPE-CURB 18.8 MG-187.5 MG-93.8 MG CAPSULE[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
AQINJECT PEN NEEDLE 31 GAUGE X 3/16"[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
AQINJECT PEN NEEDLE 32 GAUGE X 5/32"[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
AQUA LANCE LANCING DEVICE[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
AQUA-E 13.4 MG-16 MG/ML ORAL EMULSION[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
aquoral mucosal spray	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
ARGININE (L-ARGININE) (BULK) 100 % CRYSTALS[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
ARGININE (L-ARGININE) (BULK) 100 % POWDER[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
ARGININE (L-ARGININE) (BULK) 100 % POWDER	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
arginine (l-arginine) 500 mg capsule[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	GRUPO DE NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
arginine (l-arginine) 500 mg tablet[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
arginine (l-arginine) oral powder[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
arginine hcl (l-arginine) 1,000 mg tablet[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
arginine hcl (l-arginine) 500 mg capsule[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
ARGININE HCL(L-ARGININE)(BULK) 100 % POWDER	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
ARGININE HCL(L-ARGININE)(BULK) 100 % POWDER[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
arthritis pain relief (acetaminophen) er 650 mg tablet,extend release[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
arthritis pain relief (capsaicin) 0.1 % topical cream[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
arthritis pain reliever 650 mg tablet,extended release[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 (pf) 0.1 %-0.3 % drops in a dropperette[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
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
ascorbic acid (vitamin c) 1,000 mg tablet[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
ascorbic acid (vitamin c) 250 mg tablet[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
ascorbic acid (vitamin c) 500 mg chewable tablet[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
ascorbic acid (vitamin c) 500 mg tablet[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
aspirin 300 mg rectal suppository[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,buffered (calcium carbonate-magnesium) 325 mg tablet[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
aspirin-acetaminophen-caffeine 250 mg-250 mg-65 mg tablet[OTC]	1	QL(80 cada 30 dÍas)	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	GRUPO DE NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
ASSURE 4 STRIPS[NP]	*	QL(200 cada 30 dÍas)	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
ASSURE ID DUO PRO SAFETY PEN NEEDLE 31 GAUGE X 3/16"[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
ASSURE ID PEN NEEDLE 30 GAUGE X 5/16"[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
ASSURE ID PRO PEN NEEDLE 30 GAUGE X 3/16"[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
ASSURE LANCE 25 GAUGE[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
ASSURE LANCE 28 GAUGE[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
ASSURE LANCE PLUS 21 GAUGE[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
ASSURE LANCE PLUS 25 GAUGE[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
ASSURE LANCE PLUS 30 GAUGE[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
ASSURE PLATINUM GLUCOSE METER[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
ASSURE PLATINUM TEST STRIP[NP]	*	QL(200 cada 30 dÍas)	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
ASSURE PRISM MULTI METER[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
ASSURE PRISM MULTI STRIP[NP]	*	QL(200 cada 30 dÍas)	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
ASSURE TITANIUM GLUCOSE SYSTEM[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
ASSURE TITANIUM TEST STRIP[NP]	*	QL(200 cada 30 dÍas)	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
ASTHMAPACK CHILDREN'S KIT	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
athenol 325 mg tablet[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
AUTO-LANCET MINI[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
AUTOJECT 2 INJECTION DEVICE SUBCUTANEOUS INSULIN PEN[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
AUTOKEEPER SAFETY PEN NEEDLE 30 GAUGE X 5/16"[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
AUTOLET IMPRESSION LANCING DEVICE KIT[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
AUTOLET LANCING DEVICE[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
AUTOLET LITE[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
AUTOPEN 1 TO 21 UNITS SUBCUTANEOUS[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
AUTOPEN 2 TO 42 UNITS SUBCUTANEOUS[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
AUTOSHIELD DUO PEN NEEDLE 30 GAUGE X 3/16"[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
AYR ALLERGY AND SINUS 2.65 % NASAL SPRAY AEROSOL[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	GRUPO DE NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
AYR SALINE 0.65 % NASAL DROPS[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
AYR SALINE 0.65 % NASAL SPRAY AEROSOL[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
AZO URINARY PAIN RELIEF 95 MG TABLET[OTC]	1	QL(30 cada 60 dÍas)	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
b-complex plus b-12 7 mg-5 mg-4 mg-25 mcg-10 mg tablet[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
b-complex tablet[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
b-complex with b-12 2.5 mg-2.5 mg-5 mg-100 mcg tablet[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
b-sure 50 % topical pads[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/gram topical ointment[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
BACMIN 27 MG IRON-1 MG TABLET[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
BARIATRIC MULTIVITAMINS 45 MG IRON-800 MCG DFE-120 MCG CAPSULE[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
BARIATRIC MULTIVITAMINS 45 MG IRON-800 MCG-120 MCG CAPSULE[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
BAZA CLEANSE AND PROTECT 2 % LOTION[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
BD ALCOHOL SWABS[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
BD ALLERGIST TRAY REG BEVEL 1 ML 27 X 1/2" SYRINGE	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
BD ALLERGIST TRAY REG BEVEL 1/2 ML 27 X 1/2"	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
BD AUTOSHIELD DUO PEN NEEDLE 30 GAUGE X 3/16"[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
BD ECLIPSE LUER-LOK 1 ML 30 GAUGE X 1/2" SYRINGE[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
BD FILTER NEEDLE-5 MICRON 19 X 1 1/2"	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
BD INSULIN SYRINGE 1 ML 28 GAUGE X 1/2"[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
BD INSULIN SYRINGE MICRO-FINE 1 ML 28 GAUGE X 1/2"[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	GRUPO DE NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
BD INSULIN SYRINGE U-500 1/2 ML 31 GAUGE X 15/64"	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
BD INSULIN SYRINGE ULTRA-FINE (HALF UNIT) 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
BD INSULIN SYRINGE ULTRA-FINE 0.3 ML 30 GAUGE X 1/2"OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
BD INSULIN SYRINGE ULTRA-FINE 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
BD INSULIN SYRINGE ULTRA-FINE 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2"OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
BD INSULIN SYRINGE ULTRA-FINE 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
BD INSULIN SYRINGE ULTRA-FINE 1 ML 30 GAUGE X 1/2"OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
BD INSULIN SYRINGE ULTRA-FINE 1 ML 31 GAUGE X 5/16"OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
BD INTEGRA SYRINGE 3 ML 25 GAUGE X 1"OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
BD LO-DOSE MICRO-FINE IV 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2" SYRINGEOTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
BD MICROTAINER LANCET 1.5 MM X 2 MMOTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
BD MICROTAINER LANCET 21 GAUGEOTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
BD MICROTAINER LANCET 30 GAUGEOTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
BD NANO 2ND GEN PEN NEEDLE 32 GAUGE X 5/32"OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
BD SAFETYGLIDE ALLERGIST TRAY 1 ML 27 X 1/2" SYRINGE	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
BD SAFETYGLIDE INSULIN SYRINGE 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2"OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
BD SAFETYGLIDE INSULIN SYRINGE 0.3 ML 31 GAUGE X 15/64"OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
BD SAFETYGLIDE INSULIN SYRINGE 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
BD SAFETYGLIDE INSULIN SYRINGE 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
BD SAFETYGLIDE INSULIN SYRINGE 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
BD SAFETYGLIDE INSULIN SYRINGE 0.5 ML 31 GAUGE X 15/64"OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
BD SAFETYGLIDE INSULIN SYRINGE 1 ML 29 GAUGE X 1/2"OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
BD SAFETYGLIDE INSULIN SYRINGE 1 ML 31 GAUGE X 15/64"OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
BD SAFETYGLIDE SYRINGE 1 ML 27 GAUGE X 5/8"OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
BD ULTRA-FINE MICRO PEN NEEDLE 32 GAUGE X 1/4"OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
BD ULTRA-FINE MINI PEN NEEDLE 31 GAUGE X 3/16"OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
BD ULTRA-FINE NANO PEN NEEDLE 32 GAUGE X 5/32"OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	GRUPO DE NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
BD ULTRA-FINE ORIGINAL PEN NEEDLE 29 GAUGE X 1/2"OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
BD ULTRA-FINE SHORT PEN NEEDLE 31 GAUGE X 5/16"OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
BD VEO INSULIN SYRINGE ULTRA-FINE (HALF UNIT) 0.3 ML 31 GAUGE X 15/64"OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
BD VEO INSULIN SYRINGE ULTRA-FINE 0.3 ML 31 GAUGE X 15/64"OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
BD VEO INSULIN SYRINGE ULTRA-FINE 1 ML 31 GAUGE X 15/64"OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
BD VEO INSULIN SYRINGE ULTRA-FINE 1/2 ML 31 GAUGE X 15/64"OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
belladonna alkaloids-opium 16.2 mg-30 mg rectal suppositoryNP	*	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
belladonna alkaloids-opium 16.2 mg-60 mg rectal suppositoryNP	*	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
BENEFIBER HEALTHY SHAPE 5 GRAM/7.4 GRAM ORAL POWDEROTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
BENEFIBER SUGAR FREE (DEXTRIN) 3 GRAM/3.8 GRAM ORAL POWDEROTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
BENEFIBER SUGAR FREE (DEXTRIN) 3 GRAM/4 GRAM ORAL POWDEROTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
BENEFIBER SUGAR FREE (DEXTRIN) 3 GRAM/4 GRAM ORAL POWDER PACKETOTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
benzonatate 100 mg capsule	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
benzonatate 200 mg capsule	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
benzoyl peroxide 10 % topical cleanserOTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
benzoyl peroxide 10 % topical gelOTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
benzoyl peroxide 5 % topical cleanserOTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
benzoyl peroxide 5 % topical gelOTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
best fiber 3 gram/3.5 gram oral powderOTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
best fiber 3 gram/4 gram oral powderOTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
BETADINE 10 % TOPICAL SOLUTIONOTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
BETASEPT SURGICAL SCRUB 4 % TOPICAL LIQUIDOTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
betatemp 160 mg/5 ml oral suspensionOTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
BIO-35, GLUTEN FREE 3 MG-133 MCG-33 MCG-33 MCG CAPSULEOTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
BIOCEL (WITH LUTEIN) 800 MCG-250 MCG-750 MCG TABLETOTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
biocotron 10 mg-100 mg/5 ml oral liquidOTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
BION TEARS (PF) 0.1 %-0.3 % DROPS IN A DROPPERETTEOTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	GRUPO DE NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
BIONIME RIGHTEST GM300 SYSTEM KIT[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
BIONIME RIGHTEST TEST STRIPS[NP]	*	QL(200 cada 30 dÍas)	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
BIOTECT PLUS 500 MCG-15 MG-25 MG-15 MG CAPSULE[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
BIOTEL CARE BGM-4 METER[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
biotene moisturizing mouth mucosal spray[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
biotin 5 mg capsule[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
bisacodyl 10 mg rectal suppository[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
bisacodyl 5 mg tablet,delayed release[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
black-draught lax-senna 8.6 mg tablet[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
BLADDER 2.2 200 MCG-5 MG-250 MCG TABLET[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
BLOOD GLUCOSE MONITORING KIT[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
BLOOD GLUCOSE TEST STRIPS[NP]	*	QL(200 cada 30 dÍas)	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
BLOOD SUGAR MANAGER 300 MCG DFE-20 MG TABLET[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
BLOOD-GLUCOSE METER[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
BLOOD-GLUCOSE METER KIT[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
BLUNT NEEDLE, DISPOSABLE 18 X 1 1/2"	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
BODY, HAIR, SKIN AND NAILS 3 MG-133 MCG CAPSULE[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
BOOSTNOW IMMUNE SUPPORT 166.6 MG-83.3 MG-33.3 MG CAPSULE[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
bp wash 10 % topical cleanser[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
bp wash 5 % topical cleanser[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
BREATHERITE MDI SPACER	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
BREATHERITE SPACER AND MASK, ADULT	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
BREATHERITE SPACER AND MASK, CHILD	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
BREATHERITE SPACER AND MASK, INFANT	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
BREATHERITE SPACER AND MASK, NEONATE	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
BREATHERITE SPACER AND MASK, SMALL CHILD	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
BREATHERITE VALVED MDI CHAMBER SPACER	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	GRUPO DE NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
BREATHERITE VALVED MDI SPACER	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
brompheniramine-pseudoephedrine-dm 2 mg-30 mg-10 mg/5 ml oral syrup	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
bufferin 325 mg tablet[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
BULLSEYE MINI SAFETY LANCETS 21 GAUGE[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
BULLSEYE MINI SAFETY LANCETS 25 GAUGE[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
BULLSEYE MINI SAFETY LANCETS 28 GAUGE[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
butalbital 50 mg-acetaminophen 300 mg-caffeine 40 mg-codeine 30 mg cap	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
butalbital 50 mg-acetaminophen 325 mg tablet	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
butalbital 50 mg-acetaminophen 325 mg-caffeine 40 mg-codeine 30 mg cap	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
butalbital-acetaminophen-caffeine 50 mg-300 mg-40 mg capsule	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
butalbital-acetaminophen-caffeine 50 mg-325 mg-40 mg tablet	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
butalbital-aspirin-caffeine 50 mg-325 mg-40 mg capsule	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
butalbital-aspirin-caffeine 50 mg-325 mg-40 mg tablet	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
BUTTERFLY TOUCH LANCET 30 GAUGE[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
c-1000 1,000 mg tablet[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
c-1000 with rose hips 1,000 mg tablet[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
c-500 500 mg tablet[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
c-lax laxative (bisacodyl) 5 mg tablet,delayed release[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
calcidol 200 mcg/ml (8,000 unit/ml) oral drops[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
caphosol mucosal solution	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
CAPRON DMT 30 MG-30 MG TABLET[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
capsaicin 0.025 % topical cream[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
capsaicin 0.1 % topical cream[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
capsaicin hp 0.1 % topical cream[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
capsaid es 0.1 % topical cream[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
CAPZASIN-HP 0.1 % TOPICAL CREAM[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
capzix 0.1 % topical cream[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	GRUPO DE NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
carboxymethylcellulose sodium 0.5 % eye drops[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
carboxymethylcellulose sodium 0.5 % eye drops in a dropperette[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
carboxymethylcellulose sodium 1 % eye gel in a dropperette[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
carboxymethylcellulose sodium 1 % eye liquid gel drops[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
CAREFINE PEN NEEDLE 29 GAUGE X 1/2"[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
CAREFINE PEN NEEDLE 30 GAUGE X 5/16"[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
CAREFINE PEN NEEDLE 31 GAUGE X 1/4"[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
CAREFINE PEN NEEDLE 31 GAUGE X 5/16"[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
CAREFINE PEN NEEDLE 32 GAUGE X 1/4"[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
CAREFINE PEN NEEDLE 32 GAUGE X 3/16"[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
CAREFINE PEN NEEDLE 32 GAUGE X 5/32"[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
CAREONE LANCING DEVICE[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
CAREONE ULTRA THIN LANCET[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
CARESENS LANCETS 30 GAUGE[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
CARESENS N[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
CARESENS N FELIZ BT GLUCOSE METER[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
CARESENS N FELIZ GLUCOSE METER[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
CARESENS N PLUS BT KIT[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
CARESENS N TEST STRIPS[NP]	*	QL(200 cada 30 dÍas)	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
CARESENS N VOICE[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
CARESENS S FIT BT GLUCOSE MTR MISC[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
CARESENS S FIT GLUCOSE METER[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
CARESENS S TEST STRIP[NP]	*	QL(200 cada 30 dÍas)	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
CARESOFT LANCING DEVICE[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
CARETOUCH ALCOHOL PREP PAD TOPICAL PADS[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
CARETOUCH GLUCOSE MONITORING SYSTEM KIT[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
CARETOUCH INSULIN SYRINGE 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	GRUPO DE NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
CARETOUCH INSULIN SYRINGE 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
CARETOUCH INSULIN SYRINGE 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
CARETOUCH INSULIN SYRINGE 1 ML 28 GAUGE X 5/16"OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
CARETOUCH INSULIN SYRINGE 1 ML 29 GAUGE X 5/16"OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
CARETOUCH INSULIN SYRINGE 1 ML 30 GAUGE X 5/16"OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
CARETOUCH INSULIN SYRINGE 1 ML 31 GAUGE X 5/16"OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
CARETOUCH LANCING DEVICEOTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
CARETOUCH PEN NEEDLE 29 GAUGE X 1/2"OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
CARETOUCH PEN NEEDLE 31 GAUGE X 1/4"OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
CARETOUCH PEN NEEDLE 31 GAUGE X 3/16"OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
CARETOUCH PEN NEEDLE 31 GAUGE X 5/16"OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
CARETOUCH PEN NEEDLE 32 GAUGE X 3/16"OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
CARETOUCH PEN NEEDLE 32 GAUGE X 5/32"OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
CARETOUCH SAFETY LANCETS 26 GAUGEOTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
CARETOUCH SAFETY LANCETS 28 GAUGEOTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
CARETOUCH TEST STRIPNP	*	QL(200 cada 30 dÍas)	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
CARETOUCH TWIST LANCET 28 GAUGEOTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
CARETOUCH TWIST LANCET 30 GAUGEOTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
CARETOUCH TWIST LANCET 33 GAUGEOTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
castor oil 100 % oralOTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
CAVILON DURABLE BARRIER 1.3 % TOPICAL CREAMOTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
CAYA CONTOURED 65 MM-80 MM VAGINAL DIAPHRAGM	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
central-vite 18 mg iron-400 mcg-25 mcg tabletOTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
central-vite women's mature 8 mg iron-400 mcg-50 mcg tabletOTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
centravites 50 plus 0.4 mg-300 mcg-250 mcg tabletOTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
centravites 50 plus tabletOTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
centravites adults 18 mg iron-400 mcg-25 mcg tabletOTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	GRUPO DE NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
centrum 18 mg-400 mcg tablet[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
centrum 9 mg iron/15 ml oral liquid[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
centrum adult 50 plus 80 mcg chewable tablet[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
CENTRUM ADULTS 12 MCG CHEWABLE TABLET[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
CENTRUM KIDS MULTIGUMMY CHEWABLE TABLET[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
CENTRUM MEN 8 MG IRON-200 MCG-600 MCG TABLET[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
CENTRUM MENOPAUSE MULTIVITAMIN 400 MCG-30 MCG-30 MG TABLET[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
CENTRUM MENOPAUSE SUPPORT 1.7 MG-2.4 MCG TABLET[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
CENTRUM MINIS ADULTS 50 PLUS 200 MCG-15 MCG-150 MCG-125MCG TABLET[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
CENTRUM MINIS MEN 50 PLUS 150 MCG-30 MCG-300 MCG-150 MCG TABLET[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
CENTRUM MINIS WOMEN 50 PLUS 4 MG IRON-200 MCG-25 MCG TABLET[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
CENTRUM MULTI MENTAL FOCUS 80 MCG-25 MG CHEWABLE TABLET[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
CENTRUM MULTI PLUS BEAUTY 80 MCG-1,250 MCG CHEWABLE TABLET[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
CENTRUM MULTI PLUS OMEGA-3 80 MCG-12.5 MCG-23.5 MG CHEWABLE TABLET[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
CENTRUM MULTIGUMMIES MEN 12 MCG CHEWABLE TABLET[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
CENTRUM MULTIGUMMIES MEN 42 MCG CHEWABLE TABLET[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
centrum multigummies men 80 mcg chewable tablet[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
CENTRUM MULTIGUMMIES WOMEN 42 MCG CHEWABLE TABLET[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
centrum multigummies women 80 mcg chewable tablet[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
CENTRUM POSTNATAL 115 MCG-35 MG-25 MG-5 MG CHEWABLE TABLET[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
centrum silver 0.4 mg-300 mcg-250 mcg tablet[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
CENTRUM SILVER MEN 300 MCG-60 MCG-600 MCG-300 MCG TABLET[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
CENTRUM SILVER WOMEN 8 MG IRON-400 MCG-50 MCG TABLET[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
centrum women 18 mg-400 mcg tablet[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
CENTRUM WOMEN IMMUNE MINIS 9 MG IRON-200 MCG-25 MCG TABLET[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
century 18 mg-400 mcg tablet[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
century adult formula 18 mg iron-400 mcg-25 mcg tablet[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	GRUPO DE NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
century adults 50 plus 0.4 mg-300 mcg-250 mcg tablet[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
century mature 0.4 mg-300 mcg-250 mcg tablet[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
century men 50 plus 300 mcg-60 mcg-600 mcg-300 mcg tablet[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
century men 8 mg iron-200 mcg-60 mcg tablet[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
century women 18 mg iron-400 mcg-50 mcg tablet[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
century women 50 plus 8 mg iron-400 mcg-50 mcg tablet[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
CEROVITE JR 18 MG IRON-10 MCG CHEWABLE TABLET[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
CEROVITE SENIOR 0.4 MG-300 MCG-250 MCG TABLET[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
certa plus 18 mg-0.4 mg-250 mcg tablet[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
certavite senior 0.4 mg-300 mcg-250 mcg tablet[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
CERTAVITE-ANTIOXIDANT 18 MG-400 MCG TABLET[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
cetiri-d 5 mg-120 mg tablet,extended release[OTC]	1	ST,QL(60 cada 30 dÍas)	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
cetirizine 5 mg-pseudoephedrine er 120 mg tablet,extended release,12hr[OTC]	1	ST,QL(60 cada 30 dÍas)	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
CHEMSTRIP 10 MD[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
CHEMSTRIP MICRAL[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
CHEST CONGESTION RELIEF 100 MG/5 ML ORAL LIQUID[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
chest congestion relief 400 mg tablet[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
chest congestion relief dm 10 mg-100 mg/5 ml oral syrup[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
chest congestion relief dm 20 mg-400 mg tablet[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
chest congestion-cough hbp 10 mg-200 mg capsule[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
chest congestion-cough relief 20 mg-400 mg tablet[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
child chest congestion-cough 5 mg-100 mg/5 ml oral liquid[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
child complete multivitamin 18 mg iron chewable tablet[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
child mucus relief cough 5 mg-100 mg/5 ml oral liquid[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
child mucus relief expectorant 100 mg/5 ml oral liquid[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
child multivitamin plus iron 18 mg chewable tablet[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
child robitussin cough-chest dm 5 mg-100 mg/5 ml oral liquid[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	GRUPO DE NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
child robitussin elderberry dm 5 mg-100 mg/5 ml oral liquid OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
children delsym cough-chest congestion dm 5 mg-100 mg/5 ml oral liquid OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
children multivitamin chewable tablet OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
children's acetaminophen 160 mg chewable tablet OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
children's acetaminophen 160 mg/5 ml (5 ml) oral suspension OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
children's acetaminophen 160 mg/5 ml oral liquid OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
children's acetaminophen 160 mg/5 ml oral suspension OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
children's acetaminophen 325 mg/10.15 ml oral suspension OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
children's acetaminophen 650 mg/20.3 ml oral suspension OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
children's acetaminophen 80 mg chewable tablet OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
CHILDREN'S ALAWAY 0.025 % (0.035 %) EYE DROPS OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
children's chest congestion 100 mg/5 ml oral liquid OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
CHILDREN'S CHEW MULTIVIT WITH IRON 15 MG IRON TABLET OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
children's chewable complete 9 mg iron-200 mcg tablet OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
children's chewable multivitamin 300 mcg tablet OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
children's chewable vitamin complete 18 mg iron tablet OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
CHILDREN'S CHEWABLE VITAMIN TABLET OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
children's chewables 300 mcg tablet OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
children's chewables extra c 300 mcg tablet OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
children's cough 5 mg-100 mg/5 ml oral liquid OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
children's cough dm er 30 mg/5 ml oral suspension,extended release OTC	1	QL(600 cada 30 dÍas)	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
children's cough-chest congestion dm 5 mg-100 mg/5 ml oral liquid OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
CHILDREN'S DELSYM COUGH 30 MG/5 ML ORAL SUSPENSION,EXTENDED RELEASE OTC	1	QL(600 cada 30 dÍas)	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
children's fever reducer-pain reliever 160 mg/5 ml oral suspension OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
children's fever reducing 120 mg rectal suppository OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
children's giltuss cough-chest 10 mg-100 mg/5 ml oral liquid OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
children's mapap 160 mg chewable tablet OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	GRUPO DE NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
children's mapap 80 mg chewable tablet[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
children's mucinex cough 5 mg-100 mg/5 ml oral liquid[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
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 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 elixir[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
CHILDREN'S SLEEP (MELATONIN) 1 MG CHEWABLE TABLET[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
children's sleep (melatonin) 1 mg/ml oral liquid[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
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
chlorhexidine gluconate 4 % topical liquid[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
cholecalciferol (vit d3) 10 mcg/ml(400 unit/ml) oral syringe(oral use)[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
cholecalciferol (vitamin d3) 1,250 mcg (50,000 unit) capsule[OTC]	1	QL(12 cada 28 dÍas)	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
cholecalciferol (vitamin d3) 10 mcg (400 unit) capsule[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
cholecalciferol (vitamin d3) 10 mcg (400 unit) chewable tablet[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
cholecalciferol (vitamin d3) 10 mcg (400 unit) tablet[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	GRUPO DE NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
cholecalciferol (vitamin d3) 10 mcg/ml (400 unit/ml) oral drops[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
cholecalciferol (vitamin d3) 125 mcg (5,000 unit) capsule[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
cholecalciferol (vitamin d3) 125 mcg (5,000 unit) tablet[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
cholecalciferol (vitamin d3) 25 mcg (1,000 unit) capsule[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
cholecalciferol (vitamin d3) 25 mcg (1,000 unit) chewable tablet[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
cholecalciferol (vitamin d3) 25 mcg (1,000 unit) tablet[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
cholecalciferol (vitamin d3) 250 mcg (10,000 unit) tablet[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
cholecalciferol (vitamin d3) 50 mcg (2,000 unit) capsule[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
cholecalciferol (vitamin d3) 50 mcg (2,000 unit) tablet[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
CHOSEN LANCET 30 GAUGE[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
CHOSEN LANCING DEVICE[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
CHOSEN SAFETY LANCET 28 GAUGE[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
citrate of magnesia oral[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
CITROMA ORAL SOLUTION[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
CITRUCEL (SUCROSE) ORAL POWDER[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
CITRUCEL SUGAR FREE ORAL POWDER[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
CLARINEX-D 12 HOUR 2.5 MG-120 MG TABLET,EXTENDED RELEASE[NP]	*	QL(60 cada 30 dÍas)	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
CLARITIN-D 12 HOUR 5 MG-120 MG TABLET,EXTENDED RELEASE[OTC]	1	ST,QL(60 cada 30 dÍas)	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
CLARITIN-D 24 HOUR 10 MG-240 MG TABLET,EXTENDED RELEASE[OTC]	1	ST,QL(30 cada 30 dÍas)	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
clear eyes natural tears 0.5 %-0.6 % drops[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 CHEK LANCETS 30 GAUGE[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
CLEVER CHOICE BLOOD GLUCOSE SYSTEM[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
CLEVER CHOICE HOLDING CHAMBER-LARGE MASK	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
CLEVER CHOICE HOLDING CHAMBER-MEDIUM MASK	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	GRUPO DE NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
CLEVER CHOICE HOLDING CHAMBER-SMALL MASK	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
CLEVER CHOICE MICRO[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
CLEVER CHOICE MICRO TEST STRIP[NP]	*	QL(200 cada 30 días)	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
CLEVER CHOICE MINI BLOOD GLUCOSE MONITOR[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
CLEVER CHOICE PRO BLOOD GLUCOSE MONITOR[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
CLEVER CHOICE PRO BLOOD GLUCOSE MONITOR STRIPS[NP]	*	QL(200 cada 30 días)	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
CLEVER CHOICE TALK BLOOD GLUCOSE SYSTEM[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
CLEVER CHOICE TALK TEST STRIPS[NP]	*	QL(200 cada 30 días)	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
CLEVER CHOICE TEST STRIPS[NP]	*	QL(200 cada 30 días)	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
CLEVER CHOICE VOICE PLUS TEST STRIPS[NP]	*	QL(200 cada 30 días)	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
CLICKFINE PEN NEEDLE 31 GAUGE X 1/4"[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
CLICKFINE PEN NEEDLE 32 GAUGE X 5/32"[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
clinere ear wax removal 6.5 % drops[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
COAGUCHEK LANCETS[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
COBENFY 100 MG-20 MG CAPSULE[NP]	*	PA,QL(60 cada 30 días)	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
COBENFY 125 MG-30 MG CAPSULE[NP]	*	PA,QL(60 cada 30 días)	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
COBENFY 50 MG-20 MG CAPSULE[NP]	*	PA,QL(60 cada 30 días)	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
COBENFY STARTER PACK 50 MG-20 MG/100 MG-20 MG CAPSULES IN A DOSE PACK[NP]	*	PA,QL(56 cada 90 días)	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
codeine 10 mg-guaifenesin 100 mg/5 ml oral liquid[OTC]	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
col-rite 100 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	QL(240 cada 30 días)	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
COLACE CLEAR 50 MG CAPSULE[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
COMFORT EZ INSULIN SYRINGE 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2"[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
COMFORT EZ INSULIN SYRINGE 0.3 ML 30 GAUGE X 1/2"[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
COMFORT EZ INSULIN SYRINGE 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16"[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
COMFORT EZ INSULIN SYRINGE 0.3 ML 31 GAUGE X 15/64"[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	GRUPO DE NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
COMFORT EZ INSULIN SYRINGE 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
COMFORT EZ INSULIN SYRINGE 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
COMFORT EZ INSULIN SYRINGE 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2"OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
COMFORT EZ INSULIN SYRINGE 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
COMFORT EZ INSULIN SYRINGE 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
COMFORT EZ INSULIN SYRINGE 1 ML 27 GAUGE X 1/2"OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
COMFORT EZ INSULIN SYRINGE 1 ML 28 GAUGE X 1/2"OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
COMFORT EZ INSULIN SYRINGE 1 ML 29 GAUGE X 1/2"OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
COMFORT EZ INSULIN SYRINGE 1 ML 30 GAUGE X 1/2"OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
COMFORT EZ INSULIN SYRINGE 1 ML 30 GAUGE X 5/16"OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
COMFORT EZ INSULIN SYRINGE 1 ML 31 GAUGE X 15/64"OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
COMFORT EZ INSULIN SYRINGE 1 ML 31 GAUGE X 5/16"OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
COMFORT EZ INSULIN SYRINGE 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2"OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
COMFORT EZ INSULIN SYRINGE 1/2 ML 31 GAUGE X 15/64"OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
COMFORT EZ LANCETS 21 GAUGEOTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
COMFORT EZ LANCETS 23 GAUGEOTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
COMFORT EZ LANCETS 28 GAUGEOTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
COMFORT EZ PEN NEEDLES 29 GAUGE X 1/2"OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
COMFORT EZ PEN NEEDLES 31 GAUGE X 1/4"OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
COMFORT EZ PEN NEEDLES 31 GAUGE X 3/16"OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
COMFORT EZ PEN NEEDLES 31 GAUGE X 5/16"OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
COMFORT EZ PEN NEEDLES 32 GAUGE X 1/4"OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
COMFORT EZ PEN NEEDLES 32 GAUGE X 3/16"OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
COMFORT EZ PEN NEEDLES 32 GAUGE X 5/16"OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
COMFORT EZ PEN NEEDLES 32 GAUGE X 5/32"OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
COMFORT EZ PEN NEEDLES 33 GAUGE X 1/4"OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
COMFORT EZ PEN NEEDLES 33 GAUGE X 3/16"OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	GRUPO DE NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
COMFORT EZ PEN NEEDLES 33 GAUGE X 5/16"OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
COMFORT EZ PEN NEEDLES 33 GAUGE X 5/32"OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
COMFORT EZ PRO SAFETY PEN NEEDLE 30 GAUGE X 5/16"OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
COMFORT EZ PRO SAFETY PEN NEEDLE 31 GAUGE X 3/16"OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
COMFORT EZ PRO SAFETY PEN NEEDLE 31 GAUGE X 5/32"OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
COMFORT TOUCH PEN NEEDLE 31 GAUGE X 1/4"OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
COMFORT TOUCH PEN NEEDLE 31 GAUGE X 3/16"OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
COMFORT TOUCH PEN NEEDLE 31 GAUGE X 5/16"OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
COMFORT TOUCH PEN NEEDLE 31 GAUGE X 5/32"OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
COMFORT TOUCH PEN NEEDLE 32 GAUGE X 1/4"OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
COMFORT TOUCH PEN NEEDLE 32 GAUGE X 3/16"OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
COMFORT TOUCH PEN NEEDLE 32 GAUGE X 5/16"OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
COMFORT TOUCH PEN NEEDLE 32 GAUGE X 5/32"OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
COMFORT TOUCH PEN NEEDLE 33 GAUGE X 1/4"OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
COMFORT TOUCH PEN NEEDLE 33 GAUGE X 3/16"OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
COMFORT TOUCH PEN NEEDLE 33 GAUGE X 5/32"OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
COMFORT TOUCH PLUS PRESSURE ACTIVATED SAFETY LANCETS 30 GAUGEOTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
COMFORT TOUCH ULTRA THIN LANCETS 31 GAUGEOTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
COMPACT SPACE CHAMBER	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
COMPACT SPACE CHAMBER-LRG MASK	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
COMPACT SPACE CHAMBER-MED MASK	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
COMPACT SPACE CHAMBER-SM MASK	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
complete multivitamin adult 50 plus 0.4 mg-300 mcg-250 mcg tabletOTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
complete multivitamin-multimineral 18 mg-400 mcg tabletOTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
complete multivitamin-multimineral 9 mg iron/15 ml oral liquidOTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
COMPLETIA DIABETIC MULTIVIT 120 MCG TABLETOTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
contac cough-congestion max er 60 mg-1,200 mg tablet,extended releaseOTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	GRUPO DE NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
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(200 cada 30 dÍas)	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
CONTOUR PLUS BLUE METER[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
CONTOUR PLUS TEST STRIP[NP]	*	QL(200 cada 30 dÍas)	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
CONTOUR TEST STRIPS[NP]	*	QL(200 cada 30 dÍas)	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
cool bottoms 1 % topical cream[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
COREVIA 1,000 MCG-75 MG-10 MG TABLET[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
coricidin hbp chest congestion-cough 10 mg-200 mg capsule[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
CORN STARCH (BULK) POWDER[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
corn starch topical powder[OTC]	1		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
CORVITE 1.25 MG-2.5 MG-7 MG TABLET[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
CORVITE FREE 1.25 MG-400 MCG-125 MCG-35 MG TABLET[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
cough dm er 30 mg/5 ml oral suspension,extended release[OTC]	1	QL(600 cada 30 dÍas)	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
cough syrup 100 mg/5 ml oral liquid[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	GRUPO DE NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
cough syrup dm 5 mg-50 mg/5 ml OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
cough-chest congestion dm 5 mg-100 mg/5 ml oral liquid OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
CULTURELLE MEN'S DAILY HEALTH 10 BILLION CELL-90 MG CAPSULE OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
CULTURELLE PROBIOTIC-MULTIVIT 1 BILLION CELL-1 GRAM CHEWABLE TABLET OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
CURITY ALCOHOL SWABS OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
CUTTER BACKWOODS 25 % TOPICAL PUMP SPRAY OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
CUTTER BACKWOODS 25 % TOPICAL SPRAY OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
CUTTER BACKWOODS DRY 25 % TOPICAL SPRAY OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
CUTTER SKINSATIONS 7 % TOPICAL PUMP SPRAY OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
cyanocobalamin (vit b-12) 1,000 mcg sublingual lozenge OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
cyanocobalamin (vit b-12) 1,000 mcg sublingual tablet OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
cyanocobalamin (vit b-12) 1,000 mcg tablet OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
cyanocobalamin (vit b-12) 1,000 mcg/15 ml oral liquid OTC	1	QL(450 cada 30 dÍas)	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
cyanocobalamin (vit b-12) 1,000 mcg/ml injection solution	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
cyanocobalamin (vit b-12) 5,000 mcg/ml sublingual drops OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
cyanocobalamin (vit b-12) er 1,000 mcg tablet,extended release OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
cyanocobalamin (vitamin b-12) 1,000 mcg capsule OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
d-vi-sol 10 mcg/ml (400 unit/ml) oral drops OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
d-vi-sol 10 mcg/ml (400 unit/ml) oral syringe (for oral use only) OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
d3 dots 50 mcg (2,000 unit) tablet OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
d3-2000 50 mcg (2,000 unit) capsule OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
d3-5000 125 mcg (5,000 unit) capsule 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 gummies 200 mcg chewable tablet OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
daily multi-vitamin tablet OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	GRUPO DE NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
daily multiple for women 18 mg iron-400 mcg-500 mg ca tablet[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
daily multivitamin 200 mcg-100 mcg-500 mcg capsule[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
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
daily value tablet[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
daily vitamin formula tablet[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
daily vitamin formula-iron 18 mg-400 mcg tablet[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
daily vitamin formula-minerals tablet[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
DAILY VITAMIN WITH IRON TABLET[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
DAILY VITES/IRON TABLET[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
DAILY-VITE (WITH FOLIC ACID) 400 MCG TABLET[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
DAILY-VITE TABLET[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
dandruff shampoo (selenium sulfide-aloe) 1 %[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
DAYAVITE 1 MG-75 MG-10 MG TABLET[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
daylogic acne foaming wash 10 % topical cleanser[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
daylogic acne treatment 10 % topical gel[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
daytime-nighttime 10-5-325mg(d)/15-325-6.25mg capsules[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
DEBROX 6.5 % EAR DROPS[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
decara 1,250 mcg (50,000 unit) capsule[OTC]	1	QL(12 cada 28 dÍas)	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
DECUBI VITE 400 MCG-50 MG-500 MG CAPSULE[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
deep sea nasal 0.65 % spray aerosol[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
DEKAS PLUS (FOLIC ACID) 200 MCG-1,000 MCG-10 MG CAPSULE[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
DEKAS PLUS (FOLIC ACID) 200 MCG-1,000 MCG-10 MG CHEWABLE TABLET[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
DEKAS PLUS LIQUID 500 MCG/ML ORAL[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
DELSYM 12 HOUR 30 MG/5 ML ORAL SUSPENSION,EXTENDED RELEASE[OTC]	1	QL(600 cada 30 dÍas)	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
delsym cough-chest congestion dm 5 mg-100 mg/5 ml oral liquid[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	GRUPO DE NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
delta d3 10 mcg (400 unit) tablet[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
DEPLIN MA 50 MCG-15 MG-25 MG-250 MG CAPSULE[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
DEPLINPRO MOOD HEALTH 50 MCG-15 MG-25 MG-250 MG CAPSULE[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
DERMACINRX DEXATRAN 18 MG IRON-1 MG CAPSULE[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
dermacinrx dimopair 5 % topical cream[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
DERMACINRX FOLIFLEX 9 MG IRON-500 MCG TABLET[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
DERMACINRX FOLITIN-Z 9 MG IRON-500 MCG TABLET[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
DERMACINRX MULTITAM 1,000 MCG TABLET[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
DERMACINRX PENETRAL 0.025 % TOPICAL CREAM[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
DERMACINRX RIBOTIN-E 9 MG IRON-500 MCG TABLET[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
DERMACINRX VENEXA 1,000 MCG TABLET[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
DERMACINRX VENEXA FE 27 MG IRON-1 MG TABLET[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
DERMACINRX VENTRIXYL 1,000 MCG TABLET[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
DERMACINRX VENTRIXYL FE 27 MG IRON-1 MG TABLET[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
DERMACINRX VITRAMYN 1,000 MCG TABLET[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
DERMACINRX VITRANOL 1,000 MCG TABLET[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
DERMACINRX VITRANOL FE 27 MG IRON-1 MG TABLET[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
DERMACINRX VITREXATE 1,000 MCG TABLET[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
DERMACINRX VITREXATE FE 27 MG IRON-1 MG TABLET[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
DERMACINRX ZINTREXYL-C 9 MG IRON-500 MCG TABLET[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
DEXCOM G6 RECEIVER	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
DEXCOM G6 SENSOR DEVICE	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
DEXCOM G6 TRANSMITTER DEVICE	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
DEXCOM G7 15 DAY SENSOR DEVICE	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
DEXCOM G7 RECEIVER	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
DEXCOM G7 SENSOR DEVICE	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
dextromethorphan polistirex er 30 mg/5 ml oral susp ext.release 12hr[OTC]	1	QL(600 cada 30 dÍas)	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	GRUPO DE NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
dextromethorphan-guaifenesin 10 mg-100 mg/5 ml oral liquid[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
dextromethorphan-guaifenesin 10 mg-100 mg/5 ml oral syrup[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
dextromethorphan-guaifenesin 20 mg-400 mg tablet[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
dextromethorphan-guaifenesin 5 mg-100 mg/5 ml oral liquid[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
dextromethorphan-guaifenesin er 60 mg-1,200 mg tab,extend release,12hr[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
diabetes health formula 500 mcg-250 mcg tablet[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
diabetic multivitamin 120 mcg chewable tablet[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
diabetic support formula 167 mcg-100 mcg-83 mcg tablet[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
diabetic tussin dm 10 mg-100 mg/5 ml oral liquid[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
diabetic tussin dm 10 mg-200 mg/5 ml oral liquid[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
DIALYVITE 800-ULTRA D 0.8 MG-2,000 UNIT TABLET[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
DIALYVITE SUPREME D 3 MG-2,000 UNIT TABLET[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
dialyvite vitamin d 125 mcg (5,000 unit) capsule[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
DIASTIX STRIPS[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
DIATROL 1,700 MCG DFE-90 MCG TABLET[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
DIATRUE PLUS BLOOD GLUCOSE METER SYSTEM[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
DIATRUE PLUS TEST STRIP[NP]	*	QL(200 cada 30 dÍas)	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
dibucaine 1 % topical ointment[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
dimenhydrinate 50 mg tablet[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
diphenhydramine 25 mg tablet[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
dm max 5 mg-100 mg/5 ml oral liquid[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
docosanol 10 % topical cream[NP]	*	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
docuprene 100 mg tablet[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
docusate calcium 240 mg capsule[OTC]	1	QL(30 cada 30 dÍas)	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
docusate sodium 100 mg capsule[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
docusate sodium 100 mg tablet[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
docusate sodium 50 mg/5 ml oral liquid[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	GRUPO DE NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
docusate sodium 60 mg/15 ml oral syrup[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
docuzen 8.6 mg-50 mg tablet[OTC]	1	QL(240 cada 30 dÍas)	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
dodex 1,000 mcg/ml injection solution	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
dok 100 mg tablet[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
dometuss-dm 30 mg-200 mg/5 ml oral liquid[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
double antibiotic (bacitrcn zn) 500 unit-10,000 unit/gram top ointment[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
DRAMAMINE 50 MG TABLET[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
driminate 50 mg tablet[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
DROPLET GENTEEL LANCING DEVICE[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
DROPLET INSULIN SYRINGE (HALF UNIT) 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2"[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
DROPLET INSULIN SYRINGE (HALF UNIT) 0.3 ML 30 GAUGE X 1/2"[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
DROPLET INSULIN SYRINGE (HALF UNIT) 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16"[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
DROPLET INSULIN SYRINGE (HALF UNIT) 0.3 ML 31 GAUGE X 15/64"[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
DROPLET INSULIN SYRINGE (HALF UNIT) 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
DROPLET INSULIN SYRINGE (HALF UNIT) 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
DROPLET INSULIN SYRINGE (HALF UNIT) 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2"[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
DROPLET INSULIN SYRINGE (HALF UNIT) 0.5 ML 30 GAUGE X 15/64"[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
DROPLET INSULIN SYRINGE (HALF UNIT) 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
DROPLET INSULIN SYRINGE (HALF UNIT) 0.5 ML 31 GAUGE X 15/64"[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
DROPLET INSULIN SYRINGE (HALF UNIT) 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
DROPLET INSULIN SYRINGE 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2"[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
DROPLET INSULIN SYRINGE 0.3 ML 30 GAUGE X 1/2"[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
DROPLET INSULIN SYRINGE 0.3 ML 30 GAUGE X 15/64"[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
DROPLET INSULIN SYRINGE 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16"[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
DROPLET INSULIN SYRINGE 0.3 ML 31 GAUGE X 15/64"[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
DROPLET INSULIN SYRINGE 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
DROPLET INSULIN SYRINGE 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	GRUPO DE NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
DROPLET INSULIN SYRINGE 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2"OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
DROPLET INSULIN SYRINGE 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
DROPLET INSULIN SYRINGE 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
DROPLET INSULIN SYRINGE 1 ML 29 GAUGE X 1/2"OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
DROPLET INSULIN SYRINGE 1 ML 30 GAUGE X 1/2"OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
DROPLET INSULIN SYRINGE 1 ML 30 GAUGE X 15/64"OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
DROPLET INSULIN SYRINGE 1 ML 30 GAUGE X 5/16"OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
DROPLET INSULIN SYRINGE 1 ML 31 GAUGE X 15/64"OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
DROPLET INSULIN SYRINGE 1 ML 31 GAUGE X 5/16"OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
DROPLET INSULIN SYRINGE 1/2 ML 31 GAUGE X 15/64"OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
DROPLET LANCETS 30 GAUGEOTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
DROPLET LANCING DEVICEOTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
DROPLET MEDLANCE PLUS 30 GAUGEOTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
DROPLET MICRON PEN NEEDLE 34 GAUGE X 9/64"OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
DROPLET PEN NEEDLE 29 GAUGE X 1/2"OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
DROPLET PEN NEEDLE 29 GAUGE X 3/8"OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
DROPLET PEN NEEDLE 30 GAUGE X 5/16"OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
DROPLET PEN NEEDLE 31 GAUGE X 1/4"OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
DROPLET PEN NEEDLE 31 GAUGE X 3/16"OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
DROPLET PEN NEEDLE 31 GAUGE X 5/16"OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
DROPLET PEN NEEDLE 32 GAUGE X 1/4"OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
DROPLET PEN NEEDLE 32 GAUGE X 3/16"OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
DROPLET PEN NEEDLE 32 GAUGE X 5/16"OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
DROPLET PEN NEEDLE 32 GAUGE X 5/32"OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
DROPSAFE ACTI-LANCE 17 GAUGEOTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
DROPSAFE ACTI-LANCE 23 GAUGEOTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
DROPSAFE ACTI-LANCE 28 GAUGEOTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	GRUPO DE NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
DROPSAFE ALCOHOL PREP PADS[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
DROPSAFE ERGOLANCE 21 GAUGE[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
DROPSAFE ERGOLANCE 25 GAUGE[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
DROPSAFE ERGOLANCE 30 GAUGE[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
DROPSAFE HAEMOLANCE PLUS 18 GAUGE[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
DROPSAFE HAEMOLANCE PLUS 21 GAUGE[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
DROPSAFE HAEMOLANCE PLUS 25 GAUGE[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
DROPSAFE HAEMOLANCE PLUS 28 GAUGE[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
DROPSAFE HAEMOLANCE PLUS BLADE 1.5 MM X 1.2 MM[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
DROPSAFE HAEMOLANCE PLUS BLADE 1.5 MM X 1.6 MM[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
DROPSAFE INSULIN SYRINGE 0.3 ML 31 GAUGE X 15/64"	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
DROPSAFE INSULIN SYRINGE 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
DROPSAFE INSULIN SYRINGE 0.5 ML 31 GAUGE X 15/64"	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
DROPSAFE INSULIN SYRINGE 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
DROPSAFE INSULIN SYRINGE 1 ML 29 GAUGE X 1/2"	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
DROPSAFE INSULIN SYRINGE 1 ML 31 GAUGE X 15/64"	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
DROPSAFE INSULIN SYRINGE 1 ML 31 GAUGE X 5/16"	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
DROPSAFE MEDISAFE SOLO LANCET 23 GAUGE[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
DROPSAFE MEDISAFE SOLO LANCET 29 GAUGE[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
DROPSAFE MEDLANCE PLUS 21 GAUGE[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
DROPSAFE MEDLANCE PLUS 25 GAUGE[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
DROPSAFE MEDLANCE PLUS 30 GAUGE[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
DROPSAFE MEDLANCE PLUS BLADE 0.8 MM X 2 MM[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
DROPSAFE PEN NEEDLE 31 GAUGE X 1/4"[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
DROPSAFE PEN NEEDLE 31 GAUGE X 3/16"[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
DROPSAFE PEN NEEDLE 31 GAUGE X 5/16"[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
DROPSAFE PEN NEEDLE 31 GAUGE X 5/32"[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	GRUPO DE NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
DRY EYE FORMULA 133 MG-167 MG-170 MG CAPSULE OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
dry eye relief 1 %-0.2 %-0.2 % drops OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
dry mouth mucosal spray 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) 400 mg/5 ml oral suspension 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
DYNA-HEX 4 % TOPICAL LIQUID OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
e-200 90 mg (200 unit) capsule OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
e-400 c-500 and beta carotene tablet OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
ear drops (carbamide peroxide) 6.5 % 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
EASIVENT HOLDING CHAMBER	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
EASIVENT MASK LARGE	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
EASIVENT MASK MEDIUM	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
EASIVENT MASK SMALL	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" OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
EASY COMFORT INSULIN SYRINGE 0.3 ML 31 X 1/2" OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
EASY COMFORT INSULIN SYRINGE 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2" OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
EASY COMFORT INSULIN SYRINGE 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16" OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
EASY COMFORT INSULIN SYRINGE 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16" OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	GRUPO DE NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
EASY COMFORT INSULIN SYRINGE 1 ML 29 GAUGE X 5/16"OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
EASY COMFORT INSULIN SYRINGE 1 ML 30 GAUGE X 1/2"OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
EASY COMFORT INSULIN SYRINGE 1 ML 30 GAUGE X 5/16"OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
EASY COMFORT INSULIN SYRINGE 1 ML 31 GAUGE X 5/16"OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
EASY COMFORT INSULIN SYRINGE 1 ML 32 GAUGE X 5/16"OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
EASY COMFORT INSULIN SYRINGE 1/2 ML 29 X 5/16"OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
EASY COMFORT INSULIN SYRINGE 1/2 ML 32 GAUGE X 5/16"OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
EASY COMFORT LANCETS 30 GAUGEOTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
EASY COMFORT PEN NEEDLES 29 GAUGE X 3/16"OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
EASY COMFORT PEN NEEDLES 29 GAUGE X 5/32"OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
EASY COMFORT PEN NEEDLES 31 GAUGE X 1/4"OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
EASY COMFORT PEN NEEDLES 31 GAUGE X 3/16"OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
EASY COMFORT PEN NEEDLES 31 GAUGE X 5/16"OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
EASY COMFORT PEN NEEDLES 32 GAUGE X 5/32"OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
EASY COMFORT PEN NEEDLES 33 GAUGE X 1/4"OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
EASY COMFORT PEN NEEDLES 33 GAUGE X 3/16"OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
EASY COMFORT PEN NEEDLES 33 GAUGE X 5/32"OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
EASY COMFORT SAFETY LANCET 30 GAUGEOTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
EASY COMFORT SAFETY PEN NEEDLE 31 GAUGE X 1/4"OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
EASY COMFORT SAFETY PEN NEEDLE 31 GAUGE X 3/16"OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
EASY COMFORT SAFETY PEN NEEDLE 32 GAUGE X 5/32"OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
EASY GLIDE INSULIN SYRINGE 0.3 ML 31 GAUGE X 15/64"OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
EASY GLIDE INSULIN SYRINGE 1 ML 31 GAUGE X 15/64"OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
EASY GLIDE INSULIN SYRINGE 1/2 ML 31 GAUGE X 15/64"OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
EASY GLIDE PEN NEEDLE 33 GAUGE X 5/32"OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
EASY MINI EJECT LANCING DEVICEOTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
EASY PLUS II BLOOD GLUCOSE METERNP	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	GRUPO DE NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
EASY PLUS II TEST STRIPS[NP]	*	QL(200 cada 30 días)	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
EASY STEP BLOOD GLUCOSE METER[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
EASY STEP STRIPS[NP]	*	QL(200 cada 30 días)	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
EASY TALK BLOOD GLUCOSE METER[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
EASY TALK GLUCOSE TEST STRIPS[NP]	*	QL(200 cada 30 días)	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
EASY TALK PLUS II TEST STRIP[NP]	*	QL(200 cada 30 días)	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
EASY TOUCH 29 GAUGE X 1/2" NEEDLE[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
EASY TOUCH 31 GAUGE X 1/4" NEEDLE[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
EASY TOUCH 31 GAUGE X 3/16" NEEDLE[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
EASY TOUCH 31 GAUGE X 5/16" NEEDLE[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
EASY TOUCH 32 GAUGE X 1/4" NEEDLE[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
EASY TOUCH 32 GAUGE X 3/16" NEEDLE[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
EASY TOUCH 32 GAUGE X 5/32" NEEDLE[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
EASY TOUCH ALCOHOL PREP PADS[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
EASY TOUCH AUTORETRACT SYRINGE 0.5 ML 30 GAUGE X 1/4"	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
EASY TOUCH AUTORETRACT SYRINGE 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
EASY TOUCH AUTORETRACT SYRINGE 1 ML 30 GAUGE X 1/4"	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
EASY TOUCH AUTORETRACT SYRINGE 1 ML 30 GAUGE X 5/16"	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
EASY TOUCH BLULINK GLUCOSE SYSTEM[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
EASY TOUCH BLULINK TEST STRIP[NP]	*	QL(200 cada 30 días)	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
EASY TOUCH FLIPLOCK INSULIN 1 ML 29 GAUGE X 1/2" SYRINGE[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
EASY TOUCH FLIPLOCK INSULIN 1 ML 31 GAUGE X 5/16" SYRINGE[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
EASY TOUCH FLIPLOCK INSULIN SYRINGE 1 ML 30 GAUGE X 1/2"[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
EASY TOUCH FLIPLOCK INSULIN SYRINGE 1 ML 30 GAUGE X 5/16"[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
EASY TOUCH GLUCOSE MONITOR[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
EASY TOUCH HEALTHPRO SYSTEM KIT[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
EASY TOUCH INSULIN SAFETY SYRINGE 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	GRUPO DE NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
EASY TOUCH INSULIN SAFETY SYRINGE 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
EASY TOUCH INSULIN SAFETY SYRINGE 1 ML 29 GAUGE X 1/2"OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
EASY TOUCH INSULIN SAFETY SYRINGE 1 ML 30 GAUGE X 1/2"OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
EASY TOUCH INSULIN SYRINGE (HALF UNIT) 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16"OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
EASY TOUCH INSULIN SYRINGE (HALF UNIT) 0.3 ML 31 GAUGE X 1/4"OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
EASY TOUCH INSULIN SYRINGE (HALF UNIT) 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
EASY TOUCH INSULIN SYRINGE 0.3 ML 30 GAUGE X 1/2"OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
EASY TOUCH INSULIN SYRINGE 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16"OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
EASY TOUCH INSULIN SYRINGE 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
EASY TOUCH INSULIN SYRINGE 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
EASY TOUCH INSULIN SYRINGE 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2"OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
EASY TOUCH INSULIN SYRINGE 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
EASY TOUCH INSULIN SYRINGE 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
EASY TOUCH INSULIN SYRINGE 1 ML 27 GAUGE X 1/2"OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
EASY TOUCH INSULIN SYRINGE 1 ML 27 GAUGE X 5/8"OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
EASY TOUCH INSULIN SYRINGE 1 ML 28 GAUGE X 1/2"OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
EASY TOUCH INSULIN SYRINGE 1 ML 29 GAUGE X 1/2"OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
EASY TOUCH INSULIN SYRINGE 1 ML 30 GAUGE X 1/2"OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
EASY TOUCH INSULIN SYRINGE 1 ML 30 GAUGE X 5/16"OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
EASY TOUCH INSULIN SYRINGE 1 ML 31 GAUGE X 1/4"OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
EASY TOUCH INSULIN SYRINGE 1 ML 31 GAUGE X 5/16"OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
EASY TOUCH INSULIN SYRINGE 1/2 ML 27 GAUGE X 1/2"OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
EASY TOUCH INSULIN SYRINGE 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2"OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
EASY TOUCH INSULIN SYRINGE 1/2 ML 31 GAUGE X 1/4"OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
EASY TOUCH LANCETS 26 GAUGEOTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
EASY TOUCH LANCETS 28 GAUGEOTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
EASY TOUCH LANCETS 30 GAUGEOTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	GRUPO DE NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
EASY TOUCH LANCETS 32 GAUGE[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
EASY TOUCH LANCING DEVICE[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
EASY TOUCH LUER LOCK INSULIN 1 ML SYRINGE[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
EASY TOUCH PEN NEEDLE 30 GAUGE X 5/16"[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
EASY TOUCH SAFETY LANCETS 21 GAUGE[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
EASY TOUCH SAFETY LANCETS 23 GAUGE[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
EASY TOUCH SAFETY LANCETS 26 GAUGE[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
EASY TOUCH SAFETY LANCETS 28 GAUGE[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
EASY TOUCH SAFETY LANCETS 30 GAUGE[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
EASY TOUCH SAFETY LANCETS 32 GAUGE[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
EASY TOUCH SAFETY PEN NEEDLE 29 GAUGE X 3/16"[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
EASY TOUCH SAFETY PEN NEEDLE 29 GAUGE X 5/16"[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
EASY TOUCH SAFETY PEN NEEDLE 30 GAUGE X 1/4"[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
EASY TOUCH SAFETY PEN NEEDLE 30 GAUGE X 3/16"[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
EASY TOUCH SAFETY PEN NEEDLE 30 GAUGE X 5/16"[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
EASY TOUCH SHEATHLOCK INSULIN 1 ML 29 GAUGE X 1/2" SYRINGE[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
EASY TOUCH SHEATHLOCK INSULIN 1 ML 30 GAUGE X 5/16" SYRINGE[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
EASY TOUCH SHEATHLOCK INSULIN 1 ML 31 GAUGE X 5/16" SYRINGE[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
EASY TOUCH SHEATHLOCK INSULIN SYRINGE 1 ML 30 GAUGE X 1/2"[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
EASY TOUCH TEST STRIP[NP]	*	QL(200 cada 30 dÍas)	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
EASY TOUCH TWIST LANCETS 26 GAUGE[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
EASY TOUCH TWIST LANCETS 28 GAUGE[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
EASY TOUCH TWIST LANCETS 30 GAUGE[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
EASY TOUCH TWIST LANCETS 32 GAUGE[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
EASY TOUCH TWIST LANCETS 33 GAUGE[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
EASY TOUCH UNI-SLIP 1 ML SYRINGE[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
EASY TRAK BLOOD GLUCOSE METER[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	GRUPO DE NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
EASY TRAK GLUCOSE TEST STRIPS[NP]	*	QL(200 cada 30 días)	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
EASY TRAK II BLOOD GLUCOSE METER[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
EASY TRAK II TEST STRIP[NP]	*	QL(200 cada 30 días)	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
EASY TWIST AND CAP LANCETS 28 GAUGE[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
EASY-C IMMUNE HEALTH 500 MG TABLET[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
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(200 cada 30 días)	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
EASYLIFE ALCOHOL PADS[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
EASYLIFE INSULIN PEN NEEDLE 29 GAUGE X 1/2"[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
EASYLIFE INSULIN PEN NEEDLE 31 GAUGE X 1/4"[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
EASYLIFE INSULIN PEN NEEDLE 31 GAUGE X 3/16"[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
EASYLIFE INSULIN PEN NEEDLE 31 GAUGE X 5/16"[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
EASYLIFE INSULIN PEN NEEDLE 31 GAUGE X 5/32"[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
EASYLIFE INSULIN PEN NEEDLE 32 GAUGE X 1/4"[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
EASYLIFE INSULIN PEN NEEDLE 32 GAUGE X 3/16"[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
EASYLIFE INSULIN PEN NEEDLE 32 GAUGE X 5/16"[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
EASYLIFE INSULIN PEN NEEDLE 32 GAUGE X 5/32"[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
EASYLIFE INSULIN PEN NEEDLE 33 GAUGE X 1/4"[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
EASYLIFE INSULIN PEN NEEDLE 33 GAUGE X 3/16"[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
EASYLIFE INSULIN PEN NEEDLE 33 GAUGE X 5/16"[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
EASYLIFE INSULIN PEN NEEDLE 33 GAUGE X 5/32"[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
EASYLIFE INSULIN SYRINGE 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
EASYLIFE INSULIN SYRINGE 1 ML 30 GAUGE X 1/2"[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
EASYLIFE INSULIN SYRINGE 1 ML 30 GAUGE X 5/16"[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
EASYLIFE INSULIN SYRINGE 1 ML 31 GAUGE X 5/16"[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	GRUPO DE NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
EASYLIFE SAFETY LANCET 28 GAUGE[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
EASYLIFE SAFETY LANCET 30 GAUGE[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
EASYLIFE SAFETY PEN NEEDLE 31 GAUGE X 3/16"[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
EASYLIFE SAFETY PEN NEEDLE 31 GAUGE X 5/32"[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
EASYLIFE TWIST LANCET 30 GAUGE[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
EASYLIFE TWIST LANCET 31 GAUGE[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
EASYMAX 15 TEST STRIPS[NP]	*	QL(200 cada 30 días)	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
EASYMAX NG KIT[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
EASYMAX NG METER[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
EASYMAX STRIPS[NP]	*	QL(200 cada 30 días)	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
EASYMAX T1 KIT[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
EASYMAX V SPEAKING BLOOD GLUCOSE SYSTEM[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
ECLIPSE NEEDLE 23 GAUGE X 1"	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
ECLIPSE NEEDLE 25 GAUGE X 5/8"	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
ECLIPSE SYRINGE 3 ML 21 GAUGE X 1"	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
electrolytes-dextrose oral solution[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
ELEMENT COMPACT GLUCOSE METER[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
ELEMENT COMPACT TEST STRIPS[NP]	*	QL(200 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(200 cada 30 días)	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
elfolate 15 mg tablet[OTC]	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
elfolate 7.5 mg tablet[OTC]	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
ELYXYB 120 MG/4.8 ML (25 MG/ML) ORAL SOLUTION[NP]	*	PA,QL(28.8 cada 30 días)	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	GRUPO DE NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
EMBRACE BLOOD GLUCOSE SYSTEM[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
EMBRACE BLOOD GLUCOSE SYSTEM STRIPS[NP]	*	QL(200 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(200 cada 30 días)	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
EMBRACE LANCETS 30 GAUGE[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
EMBRACE LANCING DEVICE WITH EJECTOR[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
EMBRACE PEN NEEDLE 29 GAUGE X 1/2"[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
EMBRACE PEN NEEDLE 30 GAUGE X 3/16"[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
EMBRACE PEN NEEDLE 30 GAUGE X 5/16"[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
EMBRACE PEN NEEDLE 31 GAUGE X 1/4"[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
EMBRACE PEN NEEDLE 31 GAUGE X 3/16"[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
EMBRACE PEN NEEDLE 31 GAUGE X 5/16"[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
EMBRACE PEN NEEDLE 32 GAUGE X 5/32"[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
EMBRACE PRO BLOOD GLUCOSE METER[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
EMBRACE PRO TEST STRIPS[NP]	*	QL(200 cada 30 días)	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
EMBRACE SAFETY LANCET 21 GAUGE[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
EMBRACE SAFETY LANCET 28 GAUGE[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
EMBRACE TALK BLOOD GLUCOSE MONITORING SYSTEM KIT[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
EMBRACE TALK GLUCOSE MONITOR[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
EMBRACE TALK TEST STRIPS[NP]	*	QL(200 cada 30 días)	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
EMBRACE WAVE BLOOD GLUCOSE TEST STRIP[NP]	*	QL(200 cada 30 días)	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
EMBRACE WAVE PLUS BLOOD GLUCOSE METER[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
EMERGEN-C 500 MG CHEWABLE TABLET[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
EMERGEN-C APPLE CIDER VINEGAR 83.3 MG CHEWABLE TABLET[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
EMERGEN-C KIDZ DAILY IMMUNE CHEWABLE TABLET[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
EMERGEN-C KIDZ IMMUNE PLUS CHEWABLE TABLET[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	GRUPO DE NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
endit (zinc oxide) 20 % topical ointment[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
ENDUR-VM IRON-FREE 400 MCG TABLET,EXTENDED RELEASE[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
ENDUR-VM WITH IRON 18 MG IRON-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
ENFAMIL ENFALYTE ORAL SOLUTION[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
ENLYTE 16.7 MG-6.7 MG-25 MG-2.7 MG CHEWABLE TABLET[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
ergocalciferol (vitamin d2) 1,250 mcg (50,000 unit) capsule	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
ergocalciferol (vitamin d2) 10 mcg (400 unit) tablet[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
ergocalciferol (vitamin d2) 200 mcg/ml (8,000 unit/ml) oral drops[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
ergocalciferol (vitamin d2) 50 mcg (2,000 unit) capsule[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
ergocalciferol (vitamin d2) 50 mcg (2,000 unit) tablet[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
EVERSENSE 365 SENSOR SUBCUTANEOUS DEVICE[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
EVERSENSE 365 TRANSMITTER DEVICE[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
EVERSENSE E3 SENSOR-HOLDER SUBCUTANEOUS DEVICE[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
EVERSENSE E3 SMART TRANSMITTER DEVICE[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
EVERVITA 1,000 MCG-75 MG-10 MG TABLET[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
EVOLUTION BLOOD GLUCOSE METER KIT[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
EVOLUTION TEST STRIPS[NP]	*	QL(200 cada 30 días)	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	QL(80 cada 30 días)	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
EXCEDRIN MIGRAINE 250 MG-250 MG-65 MG TABLET[OTC]	1	QL(80 cada 30 días)	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	GRUPO DE NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
EXEL INSULIN 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2" SYRINGE[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
EXEL INSULIN 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16" SYRINGE[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
EXEL INSULIN 1 ML 30 GAUGE X 5/16" SYRINGE[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
EXEL INSULIN 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2" SYRINGE[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
expectorant 100 mg/5 ml oral liquid[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
expectorant cough syrup 100 mg/5 ml oral liquid[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
expectorant dm 10 mg-100 mg/5 ml oral syrup[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
expectorant dm 20 mg-300 mg/5 ml oral liquid[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
extra pain relief 250 mg-250 mg-65 mg tablet[OTC]	1	QL(80 cada 30 dÍas)	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
extraprin 250 mg-250 mg-65 mg tablet[OTC]	1	QL(80 cada 30 dÍas)	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
eye allergy relief (naphazoline-pheniramine) 0.025 %-0.3 % drops[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
eye health (lutein-zeaxanthin) 50 mg-15 unit-4.5 mg-2.5 mg chew tab[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
eye health areds-2 250 mg-90 mg-40 mg-1 mg capsule[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
eye health plus lutein 300 mcg-200 mg-27 mg-2 mg tablet[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
eye health vitamin-mineral 250 mg-90 mg-10 mg-1 mg capsule[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
eye itch relief 0.025 % (0.035 %) drops[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
eye multivitamin 2,148 mcg-113 mg-45 mg-17.4 mg tablet[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
EYEPROTECT 7,160 UNIT-113 MG-100 UNIT TABLET[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
eyes alive 0.5 % drops in a dropperette[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
EZ SMART LANCETS 28 GAUGE[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
FANTASY CONDOM[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
FC2 FEMALE CONDOM[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
fe-vite 15 mg iron (75 mg)/ml oral drops[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
FEMCAP 22 MM VAGINAL DEVICE	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
FEMCAP 26 MM VAGINAL DEVICE	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
FEMCAP 30 MM VAGINAL DEVICE	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
FENESIN DM IR 15 MG-400 MG TABLET[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	GRUPO DE NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
fenesin dm ir 20 mg-400 mg tablet[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
feosol 325 mg (65 mg iron) tablet[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
FER-IN-SOL 15 MG IRON (75 MG)/ML ORAL DROPS[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
ferate 240 mg (27 mg iron) tablet[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
fergon 225 mg (27 mg iron) tablet[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
FERGON 270 MG (27 MG IRON) TABLET[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
ferosul 325 mg (65 mg iron) tablet[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
ferrex 150 mg iron capsule[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
ferric x-150 150 mg iron capsule[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
ferro-time 325 mg (65 mg iron) tablet[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
ferrous fumarate 324 mg (106 mg iron) tablet[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
ferrous gluconate 236 mg (27 mg iron) tablet[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
ferrous gluconate 240 mg (27 mg iron) tablet[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
ferrous gluconate 324 mg (38 mg iron) tablet[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
ferrous sulfate 15 mg iron (75 mg)/ml oral drops[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
ferrous sulfate 220 mg (44 mg iron)/5 ml oral elixir[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
ferrous sulfate 220 mg (44 mg iron)/5 ml oral solution[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
ferrous sulfate 300 mg (60 mg iron)/5 ml oral liquid[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
ferrous sulfate 324 mg (65 mg iron) tablet,delayed release[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
ferrous sulfate 325 mg (65 mg iron) tablet[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
ferrous sulfate 325 mg (65 mg iron) tablet,delayed release[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
fever reducer 120 mg rectal suppository[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
FEVERALL 120 MG RECTAL SUPPOSITORY[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
FEVERALL 325 MG RECTAL SUPPOSITORY[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
FEVERALL 650 MG RECTAL SUPPOSITORY[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
FEVERALL 80 MG RECTAL SUPPOSITORY[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
fiber (psyllium husk-sugar) 3 gram/11 gram oral powder[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	GRUPO DE NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
fiber (psyllium husk-sugar) 3.4 gram/12 gram oral powder[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
fiber (psyllium husk-sugar) 3.4 gram/7 gram oral powder[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
fiber (with aspartame) 3 gram/5.8 gram oral powder[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
fiber (with aspartame) 3.4 gram/5.8 gram oral powder[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
fiber supplement(wheat dextrin) 3 gram/3.8 gram oral powder[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
FIBER THERAPY (METHYLCELLULOSE-SUGAR) 2 GRAM/19 GRAM ORAL POWDER[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
fiber therapy (psyllium husk-sucrose) 3 gram/12 gram oral powder[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
fiber therapy (psyllium husk-sucrose) 3 gram/7 gram oral powder[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
fiber therapy (psyllium seed-sucrose) oral powder[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
FILTER NEEDLES 19 X 1 1/2"	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
FILTER NEEDLES 19 X 1"	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
FINAZOL 18 MG IRON-1,700 MCG DFE TABLET[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
FINGERSTIX LANCETS[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
FIORICET WITH CODEINE 50 MG-300 MG-40 MG-30 MG CAPSULE[NP]	*	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
first aid antibiotic 3.5 mg-400 unit-5,000 unit/gram topical ointment[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
first aid antibiotic 3.5 mg-500 unit-10,000 unit topical ointment[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
first aid antiseptic (povidone-iodine) 10 % topical solution[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
fleet bisacodyl 5 mg tablet,delayed release[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
fleet docusate 100 mg capsule[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
FLEET ENEMA 19 GRAM-7 GRAM/118 ML[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
FLEET ENEMA EXTRA 19 GRAM-7 GRAM/197 ML[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
fleet glycerin (adult) rectal suppository[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
FLEET PEDIATRIC 9.5 GRAM-3.5 GRAM/59 ML ENEMA[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
FLEXICHAMBER SPACER	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
FLEXICHAMBER-LARGE CHILD MASK	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
FLEXICHAMBER-SMALL ADULT MASK	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
FLEXICHAMBER-SMALL CHILD MASK	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	GRUPO DE NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
FLINTSTONES COMPLETE (FERROUS SULFATE) 10 MG IRON CHEWABLE TABLET[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
FLINTSTONES COMPLETE CHEWABLE TABLET[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
FLINTSTONES GUMMIES CHEWABLE TABLET[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
FLINTSTONES IMMUNITY SUPPORT 10 MG IRON CHEWABLE TABLET[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
FLINTSTONES MULTI-VITAMINS GUMMIES 100 MCG CHEWABLE TABLET[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
FLINTSTONES MULTI-VITAMINS GUMMIES 200 MCG CHEWABLE TABLET[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
FLINTSTONES MULTIVITAMIN 300 MCG CHEWABLE TABLET[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
FLINTSTONES SOUR GUMMIES COMPLETE CHEWABLE TABLET[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
FLINTSTONES TAB CHEW 100 MCG TABLET[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
FLINTSTONES WITH EXTRA IRON 18 MG IRON CHEWABLE TABLET[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
FLINTSTONES/EXTRA C 100 MCG CHEWABLE TABLET[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
floramax 1 million cell tablet[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
FLORANEX 1 MILLION CELL TABLET[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
florraxyl 20 mg iron-1,670 mcg dfe tablet[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
fluoride 0.25 mg (0.55 mg sodium fluoride) chewable tablet[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
fluoride 0.5 mg (1.1 mg sodium fluoride) chewable tablet[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
fluoride 0.5 mg (1.1 mg sodium fluoride)/ml oral drops[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
fluoride 1 mg (2.2 mg sodium fluoride) chewable tablet[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
foaming acne face wash 10 % topical cleanser[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
FOLAGENT DHA 28 MG-1,000 MCG-35 MG-200 MG CAPSULE[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
folamax 20 mg iron-1,670 mcg dfe tablet[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
FOLAMED DHA 28 MG-1,000 MCG-35 MG-200 MG CAPSULE[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
folaprime 20 mg iron-1,670 mcg dfe tablet[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
FOLASYNC DHA 18 MG IRON-1,000 MCG-150 MG CAPSULE[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
folaten 20 mg iron-1,670 mcg dfe tablet[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
FOLAWISE 1,670 MCG DFE TABLET[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
FOLCYTEINE 1 MG-47 MG-20 MCG-16 MG TABLET[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	GRUPO DE NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
folic acid 1 mg tablet	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
folic acid 1 mg tablet[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
folic acid 400 mcg tablet[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
folic acid 800 mcg tablet[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
folixia 20 mg iron-1,670 mcg dfe tablet[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
folyra 20 mg iron-1,670 mcg dfe tablet[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
FONDCIRCLE BLOOD GLUCOSE MONITOR KIT[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
FONDCIRCLE LANCET 30 GAUGE[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
for sty relief eye ointment[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
FORA 6 CONNECT GLUCOSE STRIP[NP]	*	QL(200 cada 30 días)	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
FORA 6 CONNECT-GTEL-TEST N'GO ADVANCE-VOICE TEST STRIP[NP]	*	QL(200 cada 30 días)	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
FORA D15G STRIPS[NP]	*	QL(200 cada 30 días)	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
FORA D20 STRIPS[NP]	*	QL(200 cada 30 días)	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
FORA D40-G31 TEST STRIPS[NP]	*	QL(200 cada 30 días)	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
FORA G20 KIT[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
FORA G20 STRIPS[NP]	*	QL(200 cada 30 días)	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
FORA G30-PREMIUM V10 TEST STRIP[NP]	*	QL(200 cada 30 días)	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
FORA G30A[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
FORA GD50 BLOOD GLUCOSE SYSTEM[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
FORA GD50 TEST STRIPS[NP]	*	QL(200 cada 30 días)	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
FORA GTEL GLUCOSE TEST STRIP[NP]	*	QL(200 cada 30 días)	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
FORA GTEL MULTI-FUNCTIONAL MONITOR[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
FORA LANCING DEVICE[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
FORA PREMIUM V10 GLUCOSE METER[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
FORA TEST N'GO ADVANCE PRO TEST STRIP[NP]	*	QL(200 cada 30 días)	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
FORA TEST N'GO VOICE METER[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
FORA TEST STRIP[NP]	*	QL(200 cada 30 días)	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	GRUPO DE NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
FORA TN'G VOICE METER[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
FORA TN'G VOICE TEST STRIPS[NP]	*	QL(200 cada 30 días)	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
FORA V10 KIT[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
FORA V10 STRIPS[NP]	*	QL(200 cada 30 días)	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
FORA V10-V12-D10-D20 STRIPS[NP]	*	QL(200 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(200 cada 30 días)	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
FORA V20 KIT[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
FORA V20 STRIPS[NP]	*	QL(200 cada 30 días)	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
FORA V30A[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
FORA V30A KIT[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
FORA V30A STRIPS[NP]	*	QL(200 cada 30 días)	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
FORACARE GD20 GLUCOSE METER[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
FORACARE GD20 STRIPS[NP]	*	QL(200 cada 30 días)	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
FORACARE GD40 TEST STRIPS[NP]	*	QL(200 cada 30 días)	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
FORACARE GD40A GLUCOSE METER[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
FORACARE GD40B GLUCOSE METER[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
FORACARE LANCETS 30 GAUGE[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
FORTAVIT CAPSULE[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
FREEDAVITE 1.8 MG IRON-400 MCG TABLET[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
FREESTYLE FREEDOM LITE KIT[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
FREESTYLE INSULINX STRIPS[NP]	*	QL(200 cada 30 días)	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
FREESTYLE INSULINX TEST STRIPS[NP]	*	QL(200 cada 30 días)	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
FREESTYLE LANCETS 28 GAUGE[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
FREESTYLE LIBRE 14 DAY READER[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	GRUPO DE NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
FREESTYLE LIBRE 14 DAY SENSOR KIT[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
FREESTYLE LIBRE 2 PLUS SENSOR DEVICE[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
FREESTYLE LIBRE 2 READER[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
FREESTYLE LIBRE 2 SENSOR KIT[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
FREESTYLE LIBRE 3 PLUS SENSOR DEVICE[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
FREESTYLE LIBRE 3 READER[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
FREESTYLE LIBRE 3 SENSOR DEVICE[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
FREESTYLE LITE METER KIT[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
FREESTYLE LITE STRIPS[NP]	*	QL(200 cada 30 días)	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
FREESTYLE PRECISION NEO METER[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
FREESTYLE PRECISION NEO STRIPS[NP]	*	QL(200 cada 30 días)	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
FREESTYLE TEST STRIPS[NP]	*	QL(200 cada 30 días)	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
FREESTYLE UNISTIK 2[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
freshkote 2.7 %-2 % eye drops[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
g tussin ac 10 mg-100 mg/5 ml oral liquid[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
g-fenesin dm 20 mg-400 mg tablet[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
G-ZYNCOF 20 MG-400 MG/5 ML ORAL LIQUID[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(200 cada 30 días)	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
GE333 BLOOD GLUCOSE SYSTEM[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
GE333 BLOOD GLUCOSE TEST STRIP[NP]	*	QL(200 cada 30 días)	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
GENADEK 19 MCG-500 MCG/ML ORAL DROPS[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

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	GRUPO DE NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
GENTEAL TEARS SEVERE 0.3 % EYE GEL[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
GENTEAL TEARS SEVERE GEL DROPS 0.4 %-0.3 % EYE DROPS[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
GENTEEL VACUUM LANCING DEVICE COMBO PACK[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
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 hbp 10 mg-100 mg/5 ml oral liquid[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
GLUCO NAVII TEST STRIP[NP]	*	QL(200 cada 30 días)	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
gluco-to-go 15 40 % oral gel[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
GLUCOCARD 01 METER KIT[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
GLUCOCARD 01 SENSOR PLUS STRIPS[NP]	*	QL(200 cada 30 días)	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
GLUCOCARD EXPRESSION[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
GLUCOCARD EXPRESSION KIT[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
GLUCOCARD EXPRESSION STRIPS[NP]	*	QL(200 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(200 cada 30 días)	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
GLUCOCARD SHINE XL METER[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	GRUPO DE NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
GLUCOCARD VITAL KIT[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
GLUCOCARD VITAL SENSOR STRIPS[NP]	*	QL(200 cada 30 días)	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
GLUCOCARD VITAL TEST STRIPS[NP]	*	QL(200 cada 30 días)	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
GLUCOCOM BLOOD GLUCOSE KIT[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
GLUCOCOM GLUCOSE STRIPS[NP]	*	QL(200 cada 30 días)	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
GLUCOCOM LANCETS 28 GAUGE[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
GLUCOCOM LANCETS 30 GAUGE[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
GLUCOCOM LANCETS 33 GAUGE[OTC]	1		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
GM100 KIT[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
GM100 STRIPS[NP]	*	QL(200 cada 30 días)	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
GOJJI BLOOD GLUCOSE TEST STRIP[NP]	*	QL(200 cada 30 días)	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
GOJJI LANCETS 30 GAUGE[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
GOJJI LANCETS 30 GAUGE-GLUCOSE TEST STRIPS COMBO PACK[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
GOJJI LANCING DEVICE[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 200 mg tablet[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	GRUPO DE NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
guaifenesin 400 mg tablet[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
guaifenesin ac 10 mg-100 mg/5 ml oral liquid[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
guaifenesin er 1,200 mg tablet, extended release 12 hr[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
guaifenesin er 600 mg tablet, extended release 12 hr[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
guaifenesin-dm 10 mg-100 mg/5 ml oral liquid[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
GUARDIAN 4 GLUCOSE SENSOR DEVICE[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
GUARDIAN 4 TRANSMITTER DEVICE[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
GUARDIAN CONNECT TRANSMITTER DEVICE[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
GUARDIAN LINK 3 TRANSMITTER DEVICE[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
GUARDIAN SENSOR 3 DEVICE[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
gummi bear multivitamin chewable tablet[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
GUMMIES CHILDREN MULTIVITAMIN CHEWABLE TABLET[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
gummy dinos chewable tablet[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
hair vitamins tablet[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
HAIR, SKIN AND NAILS (HERBS) 120 MCG-1,250 MCG-60 MCG CAPSULE[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
hair, skin and nails advanced 3.3 mg iron-25 mcg tablet[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
HAIR, SKIN AND NAILS-ARGAN OIL 66.7 MCG-1,666.7 MCG CAPSULE[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
hair,skin and nails (folic acid-biotin) 100 mcg-1,500 mcg tablet[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
HAIR,SKIN AND NAILS (FOLIC ACID-BIOTIN) 133.3 MCG-1,666.7 MCG CAPSULE[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
HAIR,SKIN AND NAILS (FOLIC ACID-BIOTIN) 66.7 MCG-1,000 MCG 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 1 mg iron-66.7 mcg-1,000 mcg tablet[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
hair,skin and nails tablet[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
HAIR-SKIN-NAIL (VIT A,C-BIOTIN-ZN-CU) 2,500 UNIT-100 MG-2,500 MCG CAP[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
HAIR-SKIN-NAILS (MULTIVIT-FOLIC-BIOTIN) 400 MCG-2,000 MCG TABLET[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
headache relief (asa-acetaminophn-caffeine) 250 mg-250 mg-65 mg tablet[OTC]	1	QL(80 cada 30 días)	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
HEALTHPRO GLUCOSE MONITOR[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	GRUPO DE NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
HEALTHPRO TEST STRIPS[NP]	*	QL(200 cada 30 días)	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
HEALTHWISE INSULIN SYRINGE 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16"[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
HEALTHWISE INSULIN SYRINGE 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
HEALTHWISE INSULIN SYRINGE 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
HEALTHWISE INSULIN SYRINGE 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
HEALTHWISE INSULIN SYRINGE 1 ML 30 GAUGE X 5/16"[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
HEALTHWISE INSULIN SYRINGE 1 ML 31 GAUGE X 5/16"[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
HEALTHWISE PEN NEEDLE 31 GAUGE X 3/16"[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
HEALTHWISE PEN NEEDLE 31 GAUGE X 5/16"[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
HEALTHWISE PEN NEEDLE 32 GAUGE X 5/32"[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
HEALTHY ACCENTS AUTOLET IMPRESSION LANCING DEVICE[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
HEALTHY ACCENTS UNIFINE PENTIP 29 GAUGE X 1/2" NEEDLE[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
HEALTHY ACCENTS UNIFINE PENTIP 31 GAUGE X 1/4" NEEDLE[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
HEALTHY ACCENTS UNIFINE PENTIP 31 GAUGE X 3/16" NEEDLE[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
HEALTHY ACCENTS UNIFINE PENTIP 31 GAUGE X 5/16" NEEDLE[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
HEALTHY ACCENTS UNILET LANCET 30 GAUGE[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
healthy eyes 300 mcg-200 mg-27 mg-2 mg tablet[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
healthy eyes lutein-zeaxanthin 60 mg-13.5 mg-15 mg-2 mg-6 mg capsule[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
healthy eyes superview 2 250 mg-90 mg-10 mg-1 mg capsule[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
healthy eyes supervision 4,296 mcg-226 mg-90 mg capsule[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
HEALTHY EYES SUPERVISION2 250 MG-90 MG-10 MG-1 MG CAPSULE[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
hemorrhoidal (phenyleph-cocoa) 0.25 %-88.44 % rectal suppository[OTC]	1	QL(120 cada 30 días)	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
hemorrhoidal (witch hazel) 50 % topical pads[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
hemorrhoidal 0.25 %-3 % rectal suppository[OTC]	1	QL(120 cada 30 días)	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
hemorrhoidal hygiene 50 % topical pads[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
hemorrhoidal ointment[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
hemorrhoidal(phenyleph-min oil-petrolat)0.25 %-14 %-74.9 % rectal oint[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	GRUPO DE NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
hemorrhoidal-analgesic 1 % topical ointment[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
HI-D ADEK GUMMIES PLUS ZINC 2,400 MCG-62.5 MCG-67 MG CHEWABLE TABLET[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
HI-D DROP 76 MCG-1,000 MCG/ML ORAL DROPS[OTC]	1		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 WITH IRON-ZINC 4.5 MG CHEWABLE TABLET[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
HYCODAN (WITH HOMATROPINE) 5 MG-1.5 MG TABLET[NP]	*	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
HYCODAN (WITH HOMATROPINE) 5 MG-1.5 MG/5 ML ORAL SOLUTION[NP]	*	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
HYCODAN 5 MG-1.5 MG/5 ML (5 ML) ORAL SOLUTION[NP]	*	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
HYDRAGUARD-D 12.5 % TOPICAL CREAM[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
HYDROCIL ORAL POWDER[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
hydrocodone 10 mg-chlorpheniramine 8 mg/5 ml oral susp extend.rel 12hr[NP]	*	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
hydrocodone-homatropine 5 mg-1.5 mg tablet	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
hydrocodone-homatropine 5 mg-1.5 mg/5 ml oral solution	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
hydromet 5 mg-1.5 mg/5 ml oral solution	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
HYLAZINC 1 MG-1.5 MG-1.7 MG-50 MG TABLET[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
HYMPAVZI PEN 150 MG/ML SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
HYMPAVZI PEN 75 MG/0.5 ML SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
HYPOLANCE AST LANCING KIT[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
I-VITE 300 MCG-200 MG-27 MG TABLET[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
ICTOTEST TABLET (NON-ORAL)[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
iferex 150 150 mg iron capsule[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
IGALMI 120 MCG SUBLINGUAL FILM[NP]	*	PA,QL(2 cada 30 días)	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
IGALMI 180 MCG SUBLINGUAL FILM[NP]	*	PA,QL(2 cada 30 días)	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
IHEALTH GLUCOSE TEST STRIP[NP]	*	QL(200 cada 30 días)	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
IMMUNE ESSENTIALS DAILY 750 MCG-150 MG-31.25 MCG CAPSULE[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	GRUPO DE NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
immune support (vit c, d and zinc) 180 mg-10 mcg-5.5 mg-150 mg capsule[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
immune support (vit-min-herbs) 250 mg-8.875 mg chewable tablet[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
immune support 250 mg-12.5 mg chewable tablet[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
INCONTROL ALCOHOL PADS[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
INCONTROL LANCING DEVICE[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
INCONTROL PEN NEEDLE 29 GAUGE X 1/2"[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
INCONTROL PEN NEEDLE 31 GAUGE X 1/4"[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
INCONTROL PEN NEEDLE 31 GAUGE X 3/16"[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
INCONTROL PEN NEEDLE 31 GAUGE X 5/16"[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
INCONTROL PEN NEEDLE 32 GAUGE X 5/32"[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
INCONTROL SUPER THIN LANCETS 30 GAUGE[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
INCONTROL ULTRA THIN LANCETS 28 GAUGE[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 multivit 250 mcg-50 mg-10mcg/ml oral syringe(oral only)[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(200 cada 30 dÍas)	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
INJECT EASE LANCETS 28 GAUGE[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
INJECT EASE LANCETS 30 GAUGE[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	GRUPO DE NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
insect repellent (deet) 15 % topical spray[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
INSECT REPELLENT (PICARIDIN) 20 % TOPICAL SPRAY WITH PUMP[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
INSULIN SYRINGE 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
INSULIN SYRINGE 1 ML 29 GAUGE X 1/2"[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
INSULIN SYRINGE MICROFINE 1 ML 27 GAUGE X 5/8"[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
INSULIN SYRINGE MICROFINE 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2"[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
INSULIN SYRINGE U-100 WITH NEEDLE 0.3 ML 29 GAUGE[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
INSULIN SYRINGE U-100 WITH NEEDLE 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2"[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
INSULIN SYRINGE U-100 WITH NEEDLE 0.3 ML 30[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
INSULIN SYRINGE U-100 WITH NEEDLE 0.3 ML 30 GAUGE X 1/2"[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
INSULIN SYRINGE U-100 WITH NEEDLE 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16"[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
INSULIN SYRINGE U-100 WITH NEEDLE 0.3 ML 31 GAUGE X 1/4"[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
INSULIN SYRINGE U-100 WITH NEEDLE 0.3 ML 31 GAUGE X 15/64"[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
INSULIN SYRINGE U-100 WITH NEEDLE 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
INSULIN SYRINGE U-100 WITH NEEDLE 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
INSULIN SYRINGE U-100 WITH NEEDLE 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
INSULIN SYRINGE U-100 WITH NEEDLE 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2"	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
INSULIN SYRINGE U-100 WITH NEEDLE 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2"[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
INSULIN SYRINGE U-100 WITH NEEDLE 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
INSULIN SYRINGE U-100 WITH NEEDLE 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
INSULIN SYRINGE U-100 WITH NEEDLE 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
INSULIN SYRINGE U-100 WITH NEEDLE 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
INSULIN SYRINGE U-100 WITH NEEDLE 1 ML 27 GAUGE X 1/2"	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
INSULIN SYRINGE U-100 WITH NEEDLE 1 ML 27 GAUGE X 5/8"[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
INSULIN SYRINGE U-100 WITH NEEDLE 1 ML 28 GAUGE X 1/2"[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
INSULIN SYRINGE U-100 WITH NEEDLE 1 ML 28 GAUGE X 1/2"	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
INSULIN SYRINGE U-100 WITH NEEDLE 1 ML 29 GAUGE X 1/2"[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	GRUPO DE NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
INSULIN SYRINGE U-100 WITH NEEDLE 1 ML 29 GAUGE X 1/2"	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
INSULIN SYRINGE U-100 WITH NEEDLE 1 ML 29 GAUGE X 7/16"OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
INSULIN SYRINGE U-100 WITH NEEDLE 1 ML 30 GAUGE X 1/2"OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
INSULIN SYRINGE U-100 WITH NEEDLE 1 ML 30 GAUGE X 1/2"	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
INSULIN SYRINGE U-100 WITH NEEDLE 1 ML 30 GAUGE X 3/8"OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
INSULIN SYRINGE U-100 WITH NEEDLE 1 ML 30 GAUGE X 5/16"	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
INSULIN SYRINGE U-100 WITH NEEDLE 1 ML 30 GAUGE X 5/16"OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
INSULIN SYRINGE U-100 WITH NEEDLE 1 ML 30 GAUGE X 7/16"OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
INSULIN SYRINGE U-100 WITH NEEDLE 1 ML 31 GAUGE X 1/4"OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
INSULIN SYRINGE U-100 WITH NEEDLE 1 ML 31 GAUGE X 15/64"OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
INSULIN SYRINGE U-100 WITH NEEDLE 1 ML 31 GAUGE X 5/16"	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
INSULIN SYRINGE U-100 WITH NEEDLE 1 ML 31 GAUGE X 5/16"OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
INSULIN SYRINGE U-100 WITH NEEDLE 1/2 ML 27 GAUGE X 1/2"	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
INSULIN SYRINGE U-100 WITH NEEDLE 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2"	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
INSULIN SYRINGE U-100 WITH NEEDLE 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2"OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
INSULIN SYRINGE U-100 WITH NEEDLE 1/2 ML 29OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
INSULIN SYRINGE U-100 WITH NEEDLE 1/2 ML 30 GAUGEOTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
INSULIN SYRINGE U-100 WITH NEEDLE 1/2 ML 31 GAUGE X 1/4"OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
INSULIN SYRINGE U-100 WITH NEEDLE 1/2 ML 31 GAUGE X 15/64"OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
INSULIN SYRINGE-NEEDLE U-100 HALF UNIT MARKING 0.3 ML 31 GAUGE X 1/4"OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
INSULIN U-500 SYRINGE-NEEDLE 1/2 ML 31 GAUGE X 15/64"	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
INSUPEN PEN NEEDLE 29 GAUGE X 1/2"OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
INSUPEN PEN NEEDLE 31 GAUGE X 3/16"OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
INSUPEN PEN NEEDLE 31 GAUGE X 5/16"OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
INSUPEN PEN NEEDLE 32 GAUGE X 1/4"	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
INSUPEN PEN NEEDLE 32 GAUGE X 5/32"OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
INTEGRA SYRINGE 3 ML 21 GAUGE X 1"	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	GRUPO DE NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
INTERLINK SYRINGE AND CANNULA 15 X 10 ML	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
INVACARE LANCETS 30 GAUGE OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
iron (ferrous sulfate) 325 mg (65 mg iron) tablet OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
iron 325 mg (65 mg iron) tablet OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
iron er 159 mg (45 mg iron) tablet,extended release OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
JUST 4 KIDZ MULTIVITAMIN-PROBIOTIC 1.25 MG CHEWABLE TABLET OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
k-pax immune support 2.25 mg iron-100 mcg tablet OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
KETO-DIASTIX STRIPS OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
KETONE CARE STRIPS OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
KETONE URINE TEST STRIPS OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
KETOSTIX STRIPS OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
ketotifen 0.025 % (0.035 %) eye drops OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
keyfolic 20 mg iron-1,670 mcg dfe tablet OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
kids melatonin 1 mg chewable tablet OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
KIDS MULTI ZERO CHEWABLE TABLET OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
KIDS MULTIVITAMIN-MINERALS 200 MCG CHEWABLE TABLET OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
kids vitamin d3 10 mcg (400 unit) chewable tablet OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
kids' gummy 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
KIMONO MICROTHIN LARGE CONDOMS OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
KIMONO TEXTURED CONDOMS OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
KIMONO THIN LUBRICATED CONDOMS OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
kindermed infants pain-fever 160 mg/5 ml oral suspension OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
kindermed kids cough-congest 5 mg-100 mg/5 ml oral liquid OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
kindermed kids pain-fever 160 mg/5 ml oral suspension OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	GRUPO DE NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
konsyl (sugar) 3 gram/12 gram oral powder[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
KYLEENA 17.5 MCG/24 HR (UP TO 5 YEARS) 19.5 MG INTRAUTERINE DEVICE	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
l-arginine (alpha-ketoglutarate) 350 mg tablet,extended release[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
lactobacillus acidoph-l.bulgaricus 1 million cell tablet[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
lactobacillus acidophilus 0.5 mg (100 million cell) tablet[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
lactobacillus acidophilus 1 billion cell tablet[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
lactobacillus acidophilus 2 billion cell tablet[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
lactobacillus acidophilus 500 million cell-fructooligosac 50 mg tablet[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
LANCETS[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
LANCETS 26 GAUGE[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
LANCETS 28 GAUGE[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
LANCETS 30 GAUGE[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
LANCETS 33 GAUGE[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
LANCETS,THIN 28 GAUGE[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
LANCING DEVICE[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
LANCING DEVICE WITH LANCETS[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
LANCING DEVICE WITH LANCETS KIT[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
LANCING SYSTEM[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
LANZO LANCING DEVICE KIT[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
laxa basic 100 mg capsule[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
laxacin 8.6 mg-50 mg tablet[OTC]	1	QL(240 cada 30 dÍas)	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

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	GRUPO DE NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
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	QL(240 cada 30 días)	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
levomefolate 15 mg-algal oil 90.314 mg capsule[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
levomefolate calcium 15 mg tablet[OTC]	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
levomefolate calcium 7.5 mg tablet[OTC]	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
lice killing 0.33 %-4 % shampoo[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
lice pyrinyl shampoo 0.33 %-4 %[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
lice treatment 0.33 %-4 % shampoo[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
LILETTA 20.4 MCG/24 HR (UP TO 8 YEARS) 52 MG INTRAUTERINE DEVICE	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
lintera 10 % topical cleanser[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
liquid b-12 1,000 mcg/15 ml oral[OTC]	1	QL(450 cada 30 días)	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
LIQUID MULTIVITAMIN 9 MG IRON/15 ML (15 ML) ORAL[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
liquituss gg 200 mg/5 ml oral liquid[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
LITE TOUCH-MEDIUM MASK	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
LITEAIRE MDI CHAMBER	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
LITETOUCH-LARGE MASK	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
LITETOUCH-SMALL MASK	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
LIVITA FOR ADULT 1,700 MCG DFE-500 MG/15 ML ORAL LIQUID[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
LIVITA FOR CHILDREN ORAL LIQUID[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
long acting nasal decongestant (pse) 120 mg tablet,extended release[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
lorata-d 10 mg-240 mg tablet,extended release[OTC]	1	ST,QL(30 cada 30 días)	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
lorata-dine d 10 mg-240 mg tablet,extended release[OTC]	1	QL(30 cada 30 días)	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
loratadine-d 10 mg-240 mg tablet,extended release 24 hr[OTC]	1	ST,QL(30 cada 30 días)	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	GRUPO DE NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
loratadine-d 5 mg-120 mg tablet,extended release 12 hr[OTC]	1	ST,QL(60 cada 30 dÍas)	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 0.5 %[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
LUTEIN PLUS WITH ZEAXANTHIN 1,500 MCG-60 MG-20 MG-15 MG TABLET[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
lysiplex plus oral liquid[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
m-pap 160 mg/5 ml oral liquid[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
MACULAR HEALTH FORMULA 5 MG-1 MG-7.5 MG CAPSULE[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
MACUVITE EYE CARE 7,160 UNIT-113 MG-1 MG TABLET[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
MAD NASAL ATOMIZER-1 ML SYRINGE ADAPTER NASAL COMBO PACK	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
MAD NASAL ATOMIZER-3 ML SYRINGE ADAPTER NASAL COMBO PACK	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
MAGELLAN INSULIN SAFETY SYRINGE 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2"	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
MAGELLAN INSULIN SAFETY SYRINGE 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
MAGELLAN INSULIN SAFETY SYRINGE 1 ML 29 GAUGE X 1/2"	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
MAGELLAN INSULIN SAFETY SYRINGE 1 ML 30 GAUGE X 5/16"	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
MAGELLAN SAFETY SYRINGE 1 ML 23 GAUGE X 1"	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
MAGELLAN SYRINGE 0.3 ML 30 X 5/16"	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
MAGELLAN SYRINGE 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
MAGELLAN SYRINGE 1 ML 27 GAUGE X 1/2"	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	GRUPO DE NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
MAGELLAN TUBERCULIN SAFETY SYRINGE 1 ML 28 GAUGE X 1/2"	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
magnesium 241.3 mg (as magnesium oxide 400 mg) tablet[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
magnesium 400 mg (as oxide) tablet[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
magnesium citrate oral solution[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 capsule[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
max sleep junior 1 mg/ml oral liquid[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
MAXI-COMFORT INSULIN SYRINGE 1 ML 28 GAUGE X 1/2"[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
MAXI-COMFORT INSULIN SYRINGE 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2"[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
maxi-tuss ac 10 mg-100 mg/5 ml oral liquid[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
maxi-tuss g 10 mg-100 mg/5 ml oral liquid[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
maxi-tuss gmx 10 mg-200 mg/5 ml oral liquid[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
MAXICOMFORT II PEN NEEDLE 31 GAUGE X 1/4"[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
MAXICOMFORT INSULIN SYRINGE 1 ML 27 GAUGE X 1/2"[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
MAXICOMFORT INSULIN SYRINGE 1/2 ML 27 GAUGE X 1/2"[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
MAXICOMFORT SAFETY PEN NEEDLE 29 GAUGE X 3/16"[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
MAXICOMFORT SAFETY PEN NEEDLE 29 GAUGE X 5/16"[OTC]	1		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
MEDI TAB 2,500 MCG DFE-1,000 MCG TABLET[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
medi-mucus 20 mg-400 mg tablet[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
MEDI-PADS 50 % TOPICAL PADS[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
medicated pads 50 % topical pads[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
medicated wipes 50 % (pads)[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	GRUPO DE NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
MEDLANCE PLUS LANCETS 21 GAUGE[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
MEDLANCE PLUS LANCETS 25 GAUGE[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
MEDLANCE PLUS LANCETS 30 GAUGE[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
MEDLANCE PLUS SPECIAL BLADE 0.8 MM X 2 MM MISC[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
mega multi for women 13.5 mg-200 mcg-250 mcg tablet[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
MEGA MULTIVITAMIN FOR MEN 200 MCG-175 MCG-250 MCG TABLET[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
MEGAVITE 18 MG IRON-800 MCG-150 MG TABLET[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
MEGAVITE GOLDEN YEARS 55 PLUS 800 MCG-150 MG-25 MG TABLET[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
melatonin 1 mg chewable tablet[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
melatonin 1 mg tablet[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
melatonin 1 mg/4 ml oral drops[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
melatonin 1 mg/ml oral liquid[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
melatonin 10 mg capsule[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
melatonin 10 mg tablet[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
melatonin 10 mg-lemon balm leaf extract 1 mg tablet[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
melatonin 10 mg/ml oral drops[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
melatonin 12 mg tablet[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
melatonin 2.5 mg chewable tablet[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
melatonin 2.5 mg/10 ml oral liquid[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
melatonin 3 mg capsule[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
melatonin 3 mg tablet[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
melatonin 3 mg/4 ml oral drops[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
melatonin 300 mcg tablet[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
melatonin 5 mg capsule[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
melatonin 5 mg chewable tablet[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
melatonin 5 mg tablet[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
melatonin 5 mg/15 ml oral liquid[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	GRUPO DE NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
melatonin-pyridoxine hcl (vitamin b6) 3 mg-10 mg 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'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 0.4 MG-600 MCG CAPSULE[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 200 mcg-60 mcg-600 mcg 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
MENATROL 220 MG-15 MCG-100 MG CAPSULE[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
MERIBIN 5 MG CAPSULE[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 (sugar) oral powder[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
METAMUCIL (WITH SUGAR) 3 GRAM/7 GRAM ORAL POWDER[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
metamucil (with sugar) 3.4 gram/12 gram oral powder[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
METAMUCIL (WITH SUGAR) 3.4 GRAM/7 GRAM ORAL POWDER[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
METAMUCIL 3.4 GRAM/5.4 GRAM ORAL POWDER[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
METAMUCIL FREE (WITH SUGAR) 3 GRAM/7 GRAM ORAL POWDER[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
metamucil sunrise oral powder[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
methylergonovine 0.2 mg tablet	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
MEXSANA (CORNSTARCH) 83.7 % TOPICAL POWDER[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	GRUPO DE NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
mgo 400 mg (241.3 mg magnesium) tablet[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
MICRO BLOOD GLUCOSE STRIPS[NP]	*	QL(200 cada 30 días)	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
MICRO THIN LANCETS 33 GAUGE[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
MICROCHAMBER SPACER	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
MICRODOT BLOOD GLUCOSE MONITORING SYSTEM[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
MICRODOT BLOOD GLUCOSE MONITORING SYSTEM STRIPS[NP]	*	QL(200 cada 30 días)	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
microdot glucose gel 40 % oral[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
MICRODOT LANCET 28 GAUGE[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
MICRODOT READYGARD PEN NEEDLE 31 GAUGE X 3/16"[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
MICRODOT XTRA BLOOD GLUCOSE STRIPS[NP]	*	QL(200 cada 30 días)	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
MICROLET 2 LANCING DEVICE KIT[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
MICROLET LANCET[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
MICROLET NEXT LANCET 28 GAUGE[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
MICROLET NEXT LANCING DEVICE KIT[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
MICROSPACER	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
microvera 1 million cell tablet[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
midazolam 2 mg/ml oral syrup	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
migraine formula 250 mg-250 mg-65 mg tablet[OTC]	1	QL(80 cada 30 días)	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
migraine relief 250 mg-250 mg-65 mg tablet[OTC]	1	QL(80 cada 30 días)	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
milltrium senior tablet[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
MINCORA 20 MCG-1,000 MCG-10 MG TABLET[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
mineral oil enema[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
MINI LANCING DEVICE[OTC]	1		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[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	GRUPO DE NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
MINI WRIGHT PEAK FLOW METER	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
MINIMED INSTINCT SENSOR DEVICE[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
MIRENA 21 MCG/24 HR (UP TO 8 YEARS) 52 MG INTRAUTERINE DEVICE	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
MIUDELLA 175 SQUARE MM	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
MOBI BLOOD GLUCOSE LANCING DEVICE[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
MOBILE LANCETS 30 GAUGE[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
moi-stir mucosal spray with pump[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
MONOCAPS 14 MG IRON-400 MCG TABLET[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
MONOJECT BLOOD COLLECTION 20 GAUGE X 1" NEEDLE	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
MONOJECT BLOOD COLLECTION 20 X 1 1/2" NEEDLE	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
MONOJECT BLOOD COLLECTION 21 GAUGE X 1" NEEDLE	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
MONOJECT BLOOD COLLECTION 22 GAUGE X 1" NEEDLE	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
MONOJECT CONTROL SYRINGE LUER LOCK 12 ML	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
MONOJECT ENFIT STERILE SYRINGE 1 ML	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
MONOJECT ENFIT STERILE SYRINGE 3 ML	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
MONOJECT ENFIT STERILE SYRINGE 35 ML	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
MONOJECT ENFIT STERILE SYRINGE 6 ML	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
MONOJECT ENFIT STERILE SYRINGE 60 ML	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
MONOJECT ENFIT SYRINGE 12 ML	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
MONOJECT ENFIT SYRINGE 12 ML[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 1/2"	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
MONOJECT HYPODERMIC NEEDLES 22 GAUGE X 1"[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
MONOJECT HYPODERMIC NEEDLES 22 GAUGE X 1"	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
MONOJECT HYPODERMIC NEEDLES 23 GAUGE X 1"[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
MONOJECT HYPODERMIC NEEDLES 23 GAUGE X 1"	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
MONOJECT HYPODERMIC NEEDLES 25 GAUGE X 1 1/2"	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	GRUPO DE NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
MONOJECT HYPODERMIC NEEDLES 25 GAUGE X 1"	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
MONOJECT HYPODERMIC NEEDLES 25 GAUGE X 5/8"	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
MONOJECT HYPODERMIC NEEDLES 25 GAUGE X 5/8"OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
MONOJECT HYPODERMIC NEEDLES 26 GAUGE X 1 1/2"	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
MONOJECT HYPODERMIC NEEDLES 27 GAUGE X 1/2"OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
MONOJECT HYPODERMIC NEEDLES 27 GAUGE X 1/2"	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
MONOJECT HYPODERMIC NEEDLES 30 GAUGE X 3/4"	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
MONOJECT INSULIN SAFETY SYRINGE 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2"OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
MONOJECT INSULIN SAFETY SYRINGE 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16"	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
MONOJECT INSULIN SAFETY SYRINGE 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
MONOJECT INSULIN SAFETY SYRINGE 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
MONOJECT INSULIN SAFETY SYRINGE 1 ML 29 GAUGE X 1/2"OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
MONOJECT INSULIN SYRINGE 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2"OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
MONOJECT INSULIN SYRINGE 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16"OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
MONOJECT INSULIN SYRINGE 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
MONOJECT INSULIN SYRINGE 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
MONOJECT INSULIN SYRINGE 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
MONOJECT INSULIN SYRINGE 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
MONOJECT INSULIN SYRINGE 1 MLOTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
MONOJECT INSULIN SYRINGE 1 ML	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
MONOJECT INSULIN SYRINGE 1 ML 25 GAUGE X 5/8"OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
MONOJECT INSULIN SYRINGE 1 ML 27 GAUGE X 1/2"OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
MONOJECT INSULIN SYRINGE 1 ML 28 GAUGE X 1/2"OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
MONOJECT INSULIN SYRINGE 1 ML 28 GAUGE X 1/2"	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
MONOJECT INSULIN SYRINGE 1 ML 29 GAUGE X 1/2"OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
MONOJECT INSULIN SYRINGE 1 ML 30 GAUGE X 5/16"OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
MONOJECT INSULIN SYRINGE 1 ML 30 GAUGE X 5/16"	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	GRUPO DE NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
MONOJECT INSULIN SYRINGE 1 ML 31 GAUGE X 5/16"OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
MONOJECT INSULIN SYRINGE 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2"OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
MONOJECT MAGELLAN SAFETY SYRINGE 1 ML 25 GAUGE X 1"	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
MONOJECT MAGELLAN SAFETY SYRINGE 1 ML 25 GAUGE X 5/8"	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
MONOJECT MAGELLAN SAFETY SYRINGE 3 ML 20 GAUGE X 1"	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
MONOJECT PHARMACY TRAY REGULAR TIP 1 ML SYRINGEOTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
MONOJECT PHARMACY TRAY REGULAR TIP 1 ML SYRINGE	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
MONOJECT SAFETY SYRINGES 12 ML 21 X 1 1/2"	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
MONOJECT SAFETY SYRINGES 3 ML 21 GAUGE X 1"OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
MONOJECT SAFETY SYRINGES 3 ML 22 GAUGE X 1 1/2"	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
MONOJECT SAFETY SYRINGES 6 ML	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
MONOJECT SYRINGE 1/2 ML 28 GAUGE	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
MONOJECT SYRINGE 3 ML	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
MONOJECT SYRINGE 6 ML	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
MONOJECT SYRINGE 6 ML 20 X 1 1/2"	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 1/2"	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
MONOJECT SYRINGE 6 ML 21 X 1"	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
MONOJECT SYRINGE 6 ML 21 X 1"OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
MONOJECT SYRINGE 6 ML 22 X 1 1/2"	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
MONOJECT TB LUER LOK 1 ML SYRINGE	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
MONOJECT TUBERCULIN SYRINGE 1 MLOTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
MONOJECT ULTRA COMFORT INSULIN 1/2 ML 28 GAUGE SYRINGEOTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
MONOLET LANCETS 21 GAUGEOTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
MONOLET THIN LANCETS 28 GAUGEOTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
MOOD FOOD 250 MG-50MG-50MG-1,360MCG DFE CAPSULEOTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	GRUPO DE NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
MOOD FOOD ES 50 MG-50 MG-50 MG-150 MG CAPSULE[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
motion sickness 50 mg tablet[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
motion sickness relief 50 mg tablet[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
mouthkote spray[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/5 GRAM ORAL POWDER[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
MUCINEX 1,200 MG TABLET, EXTENDED RELEASE[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
MUCINEX 600 MG TABLET, EXTENDED RELEASE[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
mucinex cough-chest congestion hbp 10 mg-200 mg capsule[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
mucinex fast-max dm max 5 mg-100 mg/5 ml oral liquid[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
mucinex fast-max kickstart congest-cough 5 mg-100 mg/5 ml oral liquid[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
mucosa 400 mg tablet[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
mucosa dm 20 mg-400 mg tablet[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
mucus dm 30 mg-600 mg tablet,extended release[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
mucus dm max er 60 mg-1,200 mg tablet,extended release[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
mucus relief 400 mg tablet[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
mucus relief dm 20 mg-400 mg tablet[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
mucus relief dm cough 20 mg-400 mg tablet[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
mucus relief dm max 5 mg-100 mg/5 ml oral liquid[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
mucus relief er 1,200 mg tablet, extended release[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
mucus relief er 600 mg tablet, extended release[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
mucus relief er dm-max 60 mg-1,200 mg tablet,extended release[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
MUCUS-CHEST CONGESTION 100 MG/5 ML ORAL LIQUID[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
mucus-er max 1,200 mg tablet, extended release[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	GRUPO DE NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
multi complete with iron 18 mg-400 mcg tablet[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
MULTI FOR HER 18 MG IRON-600 MCG-40 MCG CAPSULE[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
MULTI FOR HER 18 MG IRON-600 MCG-80 MCG TABLET[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
MULTI FOR HER 50 PLUS 400 MCG-80 MCG CAPSULE[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
multi for her 50 plus 400 mcg-80 mcg tablet[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
MULTI PRO 32 MG IRON-1 MG-315 MG CAPSULE[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
multi vitamin 9 mg iron/15 ml oral liquid[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
MULTI-DAY PLUS MINERALS 18 MG IRON-400 MCG-25 MCG TABLET[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
multi-day with iron 18 mg-400 mcg tablet[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
MULTI-LANCET DEVICE 2 KIT[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 with fluoride 0.25 mg/ml oral drops[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
multi-vitamin with fluoride 0.5 mg/ml oral drops[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
multi-vite 9 mg iron/15 ml oral liquid[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
MULTIA DAILY MULTIVITAMIN 4.5 MG IRON-500 MCG CAPSULE[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
multigen 70 mg-150 mg-10 mcg-2 mg-75mg tablet[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
MULTITOL-M 2,040 MCG DFE TABLET[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
multivitamin 50 plus tablet[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
multivitamin men's 50 plus 400 mcg-370 mcg tablet[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
multivitamin tablet[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	GRUPO DE NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
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-ferrous fumarate 15 mg iron tablet[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
multivitamin-minerals-iron fumarate 7.5 mg-folic acid 400 mcg tablet[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
multivitamin-mins-folic acid 200 mcg-lutein 137.5 mcg chewable tablet[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
MULTIVITAMIN-ZINC-STRESS 500 MG-400 MCG-23.9 MG-3 MG 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
MVW ADEK GUMMIES PLUS ZINC 2400 MCG-18.75 MCG-67 MG-400MCG CHEW TABLET[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
MVW COMPLETE FORMULATION D3000 3,000 UNIT-1,000 MCG CHEWABLE TABLET[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
MVW COMPLETE FORMULATION D3000 3,000 UNIT-800 MCG CAPSULE[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
MVW COMPLETE FORMULATION D5000 5,000 UNIT-1,000 MCG CHEWABLE TABLET[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
MVW COMPLETE FORMULATION D5000 5,000 UNIT-800 MCG CAPSULE[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
MVW COMPLETE FORMULATION MULTIVITAMIN 1,500 UNIT-1,000 MCG CHEW TABLET[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
MVW COMPLETE FORMULATION MULTIVITAMIN 1,500 UNIT-800 MCG CAPSULE[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
MVW COMPLETE FORMULATION MULTIVITAMIN 750 UNIT-500 MCG CAPSULE[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
MVW MODULATOR FORMUL PEDIATRIC 2,000 MCG-150 MG-19 MCG/3 ML ORAL DROPS[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
MVW MODULATOR FORMULATION MULTIVIT 6,000 MCG-400 MG-37.5 MCG CAPSULE[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
MVW MODULATOR FORMULTN MINI MULTIVT 3,000 MCG-200 MG-18.75 MCG CAPSULE[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
MVW MODULATOR FORMULTN MULTIVIT CHEW 3,000 MCG-200 MG-18.75 MCG TABLET[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
my-vitalife capsule[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
myferon 150 150 mg iron capsule[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
MYGLUCOHEALTH KIT[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	GRUPO DE NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
MYGLUCOHEALTH LANCETS 30 GAUGE[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
MYGLUCOHEALTH STRIPS[NP]	*	QL(200 cada 30 dÍas)	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
NANO 2ND GEN PEN NEEDLE 32 GAUGE X 5/32"[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
NANO PEN NEEDLE 32 GAUGE X 5/32"[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
NAPHCON-A 0.025 %-0.3 % EYE DROPS[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
nasal decongestant (phenylephrine) 10 mg tablet[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
nasal decongestant (pseudoephedrine) 120 mg tablet,extended release[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
nasal decongestant (pseudoephedrine) 30 mg tablet[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
nasal moisturizing 0.65 % spray aerosol[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
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 (aspartame) oral powder[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
natural fiber laxative (sugar) oral powder[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
natural fiber supplement 6 gram/6 gram oral powder[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
NEO-TUSS 30 MG-200 MG/5 ML ORAL LIQUID[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(neo-bac-polym) 3.5 mg-400 unit-5,000 unit top ointment packt[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
NEOVITE 1 MG-100 MG-1 MG TABLET[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
NEPHRON FA 66 MG IRON-1,000 MCG TABLET[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
NEUTEK 2TEK TEST STRIPS[NP]	*	QL(200 cada 30 dÍas)	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
neutraphor 1 % topical cream[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
NEXAFED 30 MG TABLET[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
niacin (inositol niacinate) 500 mg tablet[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
niacin 100 mg tablet[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
niacin 250 mg tablet[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	GRUPO DE NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
niacin 50 mg tablet[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
niacin 500 mg tablet[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
niacinamide 250 mg tablet[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
niacinamide 50 mg tablet[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
niacinamide 500 mg tablet[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
NICADAN 800 MG-10 MG-100 MG-500 MCG TABLET[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
NICADAN ZX 400 MG-5 MG-250 MCG-10 MG TABLET[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
NICAZEL 600 MG-5 MG-10 MG-5 MG-1.5 MG TABLET[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
NICAZEL FORTE 700 MG-500 MCG-8 MG-12 MG TABLET[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
NICORETTE 2 MG BUCCAL LOZENGE[OTC]	1	QL(600 cada 30 días)	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
NICORETTE 2 MG BUCCAL MINI LOZENGE[OTC]	1	QL(600 cada 30 días)	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
NICORETTE 2 MG GUM[OTC]	1	QL(720 cada 30 días)	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
NICORETTE 4 MG BUCCAL LOZENGE[OTC]	1	QL(600 cada 30 días)	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
NICORETTE 4 MG BUCCAL MINI LOZENGE[OTC]	1	QL(600 cada 30 días)	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
NICORETTE 4 MG GUM[OTC]	1	QL(720 cada 30 días)	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
nicotine (polacrilex) 2 mg buccal lozenge[OTC]	1	QL(600 cada 30 días)	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
nicotine (polacrilex) 2 mg buccal mini lozenge[OTC]	1	QL(600 cada 30 días)	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
nicotine (polacrilex) 2 mg gum[OTC]	1	QL(720 cada 30 días)	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
nicotine (polacrilex) 4 mg buccal lozenge[OTC]	1	QL(600 cada 30 días)	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
nicotine (polacrilex) 4 mg buccal mini lozenge[OTC]	1	QL(600 cada 30 días)	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
nicotine (polacrilex) 4 mg gum[OTC]	1	QL(720 cada 30 días)	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
nighttime dry-eye relief 57.3 %-42.5 % ointment[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
NO-STICK GLUCOSE TEST STRIPS[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
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

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	GRUPO DE NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
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
NORMLSHIELD 4.5 % TOPICAL CREAM[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(200 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
NOVA SAFETY LANCETS 23 GAUGE[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
NOVA SAFETY LANCETS 28 GAUGE[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
NOVA SUREFLEX LANCETS[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
NOVAFERRUM YUM PEDIATRIC MULTIVITAMIN-IRON 10 MG IRON/ML ORAL DROPS[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
NOVAFERRUM YUMMY PEDIATRIC 15 MG IRON/ML ORAL DROPS[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[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
NOVOFINE PLUS 32 GAUGE X 1/6" NEEDLE[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
NU-IRON 150 MG IRON CAPSULE[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
NUMOISYN ORAL MUCOSAL LIQUID	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
NUTRAVANCE (ALA-Q10) 1,000 MCG-7.5 MG-10 MG TABLET[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
OCULAR VITAMINS 7,160 UNIT-113 MG-0.5 MG TABLET[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
ocutabs tablet[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
OCUVEL 0.5 MG-250 MG-200 UNIT-40 MG CAPSULE[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
OCUVITE ADULT 50 PLUS 250 MG (90 MG-160 MG) CAPSULE[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	GRUPO DE NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
OCUVITE EYE HEALTH 50 MG-15 UNIT-4.5 MG-2.5 MG CHEWABLE TABLET[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
OCUVITE EYE HEALTH WITH VIT D3 250 MG (90 MG-160 MG) CAPSULE[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
OCUVITE EYE PERFORMANCE 250 MG (90 MG-160 MG)-10 MG CAPSULE[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
OCUVITE EYE PLUS MULTI 200 MCG-15 MCG-150 MCG TABLET[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
OCUVITE LUTEIN AND ZEAXANTHIN 60 MG-13.5 MG-15 MG-2 MG-6 MG CAPSULE[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
OCUVITE WITH LUTEIN 300 MCG-200 MG-27 MG-2 MG TABLET[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
OFF ACTIVE 15 % TOPICAL SPRAY[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
off deep woods 25 % topical pump spray[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
OFF DEEP WOODS 25 % TOPICAL SPRAY[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
OFF DEEP WOODS DRY 25 % TOPICAL SPRAY POWDER[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
off deep woods sportsmen 25 % topical spray pump[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
OFF DEEP WOODS SPORTSMEN 30 % TOPICAL SPRAY[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
OFF DEEP WOODS SPORTSMEN 98.25 % TOPICAL SPRAY PUMP[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
OFF FAMILYCARE (WITH DEET) 15 % TOPICAL SPRAY POWDER[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
OFF FAMILYCARE (WITH DEET) 5 % TOPICAL SPRAY[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
off familycare (with deet) 7 % topical spray[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
OFF FAMILYCARE (WITH PICARIDIN) 5 % TOPICAL SPRAY WITH PUMP[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
omnicap 0.4 mg tablet[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
OMNIFLEX DIAPHRAGM 65 MM VAGINAL	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
OMNIPOD 5 G6-G7 INTRO KIT(GEN 5) SUBCUTANEOUS CARTRIDGE AND CONTROLLER	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
OMNIPOD 5 G6-G7 PODS (GEN 5) SUBCUTANEOUS CARTRIDGE	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
OMNIPOD CLASSIC PODS (GEN 3) SUBCUTANEOUS CARTRIDGE	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
OMNIPOD DASH INTRO KIT (GEN 4) SUBCUTANEOUS CARTRIDGE WITH CONTROLLER	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
OMNIPOD DASH PDM KIT (GEN 4)	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
OMNIPOD DASH PODS (GEN 4) SUBCUTANEOUS CARTRIDGE	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
OMNIPOD GO PODS 10 UNITS/DAY SUBCUTANEOUS CARTRIDGE	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
OMNIPOD GO PODS 15 UNITS/DAY SUBCUTANEOUS CARTRIDGE	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	GRUPO DE NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
OMNIPOD GO PODS 20 UNITS/DAY SUBCUTANEOUS CARTRIDGE	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
OMNIPOD GO PODS 25 UNITS/DAY SUBCUTANEOUS CARTRIDGE	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
OMNIPOD GO PODS 30 UNITS/DAY SUBCUTANEOUS CARTRIDGE	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
OMNIPOD GO PODS 40 UNITS/DAY SUBCUTANEOUS CARTRIDGE	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
OMNIPOD GO PODS SUBCUTANEOUS CARTRIDGE	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
ON CALL EXPRESS METER KIT[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
ON CALL EXPRESS TEST STRIP[NP]	*	QL(200 cada 30 dÍas)	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
ON CALL LANCET 30 GAUGE[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
ON CALL LANCING DEVICE[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
ON CALL PLUS LANCET 30 GAUGE[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
ON CALL PLUS LANCING DEVICE[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
ON-THE-GO LANCETS 30 GAUGE[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
oncovite tablet[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
ONE A DAY MEN COMPLETE 240 MCG-25 MCG-300 MCG TABLET[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
one daily 0.4 mg-600 mcg tablet[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
one daily energy 9 mg iron-400 mcg-200 mg tablet[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
one daily energy tablet[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
one daily essential 0.4 mg tablet[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
one daily essential 0.5 mg tablet[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
one daily essential 400 mcg tablet[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
one daily essential tablet[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
one daily for men 0.4 mg-600 mcg tablet[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
one daily for men 50 plus adv 400 mcg-600 mcg-120 mg tablet[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
one daily for women 18 mg-0.4 mg tablet[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
one daily healthy weight 200 mg-18 mg-0.4 mg tablet[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
one daily maximum 18 mg iron-400 mcg-25 mcg tablet[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
one daily maximum 18 mg-0.4 mg tablet[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	GRUPO DE NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
one daily men's 50 plus memory support 400 mcg-600 mcg-120 mg tablet[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
one daily men's 50 plus with d3 400 mcg-20 mcg-370 mcg tablet[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
one daily men's health 240 mcg-30 mcg-300 mcg tablet[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
one daily multivitamin 400 mcg tablet[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
one daily multivitamin tablet[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
one daily multivitamin with iron (folic acid) 18 mg-400 mcg tablet[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
ONE DAILY MULTIVITAMIN WITH IRON 18 MG IRON TABLET[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
one daily multivitamin women 18 mg-400 mcg tablet[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
ONE DAILY MULTIVITAMINS WITH MINERALS 4.5 MG IRON TABLET[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
one daily plus iron 18 mg-400 mcg tablet[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
ONE DAILY PLUS MINERALS TABLET[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
one daily women 50 plus 400 mcg-120 mg tablet[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
one daily women 50 plus(vit k) 400 mcg-500 mg calcium-20 mcg tablet[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
one daily women's 18 mg iron-400 mcg tablet[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
one daily women's 18 mg iron-400 mcg-25 mcg tablet[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
one daily women's 18 mg iron-400 mcg-450 mg ca tablet[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
one daily women's metabolism 300 mg-18 mg-400 mcg-50 mg tablet[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
one daily womens 50 plus 0.4 mg tablet[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
ONE WAY VALVED MOUTHPIECE DEVICE[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
ONE-A-DAY ENERGY 9 MG IRON-400 MCG-200 MG TABLET[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
one-a-day essential tablet[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
ONE-A-DAY KID'S CHEWABLE TABLET[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
one-a-day maximum formula tablet[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
one-a-day men vitacraves 200 mcg chewable tablet[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
ONE-A-DAY MEN'S 50 PLUS (WITH GINKGO) 400 MCG-300 MCG-120 MG TABLET[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
ONE-A-DAY MEN'S 50 PLUS 400 MCG-370 MCG TABLET[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
ONE-A-DAY MEN'S COMPLETE 240 MCG-30 MCG-300 MCG TABLET[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	GRUPO DE NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
ONE-A-DAY MEN'S MULTIVITAMIN 400 MCG-20 MCG-300 MCG TABLET[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
one-a-day men's pro edge 0.4 mg tablet[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
ONE-A-DAY MENOPAUSE FORMULA 400 MCG-60 MG TABLET[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
ONE-A-DAY POSTNATAL 3 MG-500 MCG-215 MG-180 MG CAPSULE[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
ONE-A-DAY PROACTIVE 65 PLUS 200 MCG TABLET[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
one-a-day teen advantage 18 mg-400 mcg tablet[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
one-a-day teen advantage 9 mg iron-400 mcg tablet[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
ONE-A-DAY TEEN FOR HER VITACRAVES 300 UNIT-37.5 MCG CHEWABLE TABLET[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
ONE-A-DAY TEEN FOR HIM VITACRAVES 300 UNIT-37.5 MCG CHEWABLE TABLET[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
ONE-A-DAY VITACRAVES 200 MCG CHEWABLE TABLET[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
ONE-A-DAY VITACRAVES IMMUNITY 200 MCG CHEWABLE TABLET[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
ONE-A-DAY WEIGHTSMART 200 MG-18 MG-0.4 MG TABLET[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
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
ONE-A-DAY WOMEN'S ACTIVE 18 MG IRON-400 MCG-180 MG TABLET[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
ONE-A-DAY WOMEN'S COMPLETE 18 MG IRON-400 MCG TABLET[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
ONE-A-DAY WOMEN'S HEALTHY SKIN 18 MG IRON-400 MCG-6 MG TABLET[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
ONE-A-DAY WOMEN'S PETITES 9 MG IRON-200 MCG TABLET[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
ONE-DAILY MULTI 800 MCG-1 MG-500 MCG-500 MCG CAPSULE[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
onelax bisacodyl 10 mg rectal suppository[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
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
ONELAX FIBER THERAPY (PSYLLIUM-SUCRALOSE) 3.4 GRAM/12 GRAM ORAL POWDER[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
onelax fiber therapy (psyllium-sucrose) 3.4 gram/12 gram oral powder[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
onelax magnesium citrate oral solution[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
onelax senna 8.8 mg/5 ml oral syrup[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
ONETOUCH DELICA PLUS LANCET 30 GAUGE[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	GRUPO DE NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
ONETOUCH DELICA PLUS LANCET 33 GAUGE[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
ONETOUCH DELICA PLUS LANCING DEVICE KIT[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
ONETOUCH DELICA SAFETY LANCET 30 GAUGE[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
ONETOUCH ULTRA TEST STRIPS[NP]	*	QL(200 cada 30 días)	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
ONETOUCH ULTRA2 METER[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
ONETOUCH ULTRASOFT 2 LANCET 30 GAUGE[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
ONETOUCH VERIO FLEX METER[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
ONETOUCH VERIO REFLECT METER[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
ONETOUCH VERIO TEST STRIPS[NP]	*	QL(200 cada 30 días)	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
onevite daily multivitamin 400 mcg tablet[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
onevite ferrous sulfate 325 mg (65 mg iron) tablet[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
ONEVITE(WITH LUTEIN) 1 MG-100 MG-1 MG TABLET[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
OPTICHAMBER ADULT MASK-LARGE	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
OPTICHAMBER DIAMOND VHC SPACER	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
OPTICHAMBER DIAMOND VHC WITH LARGE MASK	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
OPTICHAMBER DIAMOND VHC WITH MEDIUM MASK	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
OPTICHAMBER DIAMOND VHC WITH SMALL MASK	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
optimal d3 1,250 mcg (50,000 unit) capsule[OTC]	1	QL(12 cada 28 días)	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
OPTIUM EZ STRIPS[NP]	*	QL(200 cada 30 días)	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
OPURITY MULTIVITAMIN 30 MG IRON-800 MCG CHEWABLE TABLET[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
oral relief dry mouth mucosal spray with pump[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
oralyte oral solution[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
overnight lubricating eye 94 %-3 % ointment[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
p-col rite 8.6 mg-50 mg tablet[OTC]	1	QL(240 cada 30 días)	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
pain relief (acetaminophen) 160 mg/5 ml oral liquid[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
pain relief (acetaminophen) 325 mg tablet[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
pain relief (acetaminophen) 500 mg tablet[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	GRUPO DE NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
pain relief (acetaminophen) 650 mg tablet,extended release OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
pain relief extra strength (acetaminophen) 500 mg tablet OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
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
pain reliever (acetaminophen-aspirin-caff) 250 mg-250 mg-65 mg tablet OTC	1	QL(80 cada 30 dÍas)	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
pain reliever extra strength (acetaminophen) 500 mg tablet OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
pain reliever plus 250 mg-250 mg-65 mg tablet OTC	1	QL(80 cada 30 dÍas)	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
pain-off 250 mg-250 mg-65 mg tablet OTC	1	QL(80 cada 30 dÍas)	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
PALFORZIA (LEVEL 1) 3 MG (1 MG X 3) SPRINKLE CAPSULE	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
PALFORZIA (LEVEL 2) 6 MG (1 MG X 6) SPRINKLE CAPSULE	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
PALFORZIA (LEVEL 3) 12 MG (1 MG X 2, 10 MG X 1) SPRINKLE CAPSULE	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
PALFORZIA (LEVEL 4) 20 MG SPRINKLE CAPSULE	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
PALFORZIA (LEVEL 5) 40 MG (20 MG X 2) SPRINKLE CAPSULE	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
PALFORZIA (LEVEL 6) 80 MG (20 MG X 4) SPRINKLE CAPSULE	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
PALFORZIA (LEVEL 7) 120 MG (20 MG X 1, 100 MG X1) SPRINKLE CAPSULE	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
PALFORZIA (LEVEL 8) 160 MG (20 MG X 3, 100 MG X1) SPRINKLE CAPSULE	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
PALFORZIA (LEVEL 9) 200 MG (100 MG X 2) SPRINKLE CAPSULE	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
PALFORZIA (LEVEL 10) 240 MG(20 MG X 2, 100 MG X 2) SPRINKLE CAPSULE	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
PALFORZIA (LEVEL 11 MAINTENANCE) 300 MG ORAL POWDER PACKET	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
PALFORZIA (LEVEL 11 UP-DOSE) 300 MG ORAL POWDER PACKET	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
PALFORZIA INITIAL(4-17YRS) 0.5 MG/1 MG/1.5 MG/3 MG/6 MG SPRNK CAPSULE	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
PANDA MASK OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
panoxyl 10 % topical cleanser OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
PANOXYL 10 % TOPICAL GEL OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
PARAGARD T 380A 380 SQUARE MM INTRAUTERINE DEVICE	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
PARAGARD T380A (SINGLE HAND) 380 SQUARE MM INTRAUTERINE DEVICE	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	GRUPO DE NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
PARVLEX 29 MG IRON-400 MCG TABLET OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
pecgen dmx 10 mg-187 mg/5 ml oral liquid OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
pedia d-vite 10 mcg/ml (400 unit/ml) oral drops OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
pedia iron 15 mg iron (75 mg)/ml oral drops OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
PEDIA POLY-VITE 250 MCG-50 MG-10 MCG-5 MG/ML ORAL DROPS OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
PEDIA POLY-VITE WITH IRON 11 MG IRON/ML ORAL DROPS OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
PEDIA-LAX 2.8 GRAM/2.7 ML RECTAL SOLUTION OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
PEDIALYTE FREEZER POPS ORAL SOLUTION OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
PEDIALYTE ORAL SOLUTION OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
PEDIALYTE SINGLES ORAL SOLUTION OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
pediatric d-vite 10 mcg/ml (400 unit/ml) oral drops OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
pediatric electrolyte oral solution OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
pediatric enema 9.5 gram-3.5 gram/59 ml OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
PEDIATRIC MEDIUM MASK OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
pediatric multivitamin no.171 750 unit-35 mg-400 unit/ml oral drops OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
pediatric multivitamin no.189-iron 11 mg/ml oral syringe (oral use) OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
pediatric multivitamin no.194-ferrous sulfate 10 mg iron/ml oral drops OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
PEDIATRIC PANDA MASK OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
PEDIATRIC POLY-VITE 250 MCG-50 MG-10 MCG-5 MG/ML ORAL DROPS OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
PEDIATRIC POLY-VITE WITH IRON 11 MG IRON/ML ORAL DROPS OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
PEDIATRIC SMALL MASK OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
PEN NEEDLE 29 GAUGE X 1/2" OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
PEN NEEDLE 30 GAUGE X 5/16"	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
PEN NEEDLE 31 GAUGE X 1/4" OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
PEN NEEDLE 31 GAUGE X 3/16" OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
PEN NEEDLE 31 GAUGE X 3/16"	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
PEN NEEDLE 31 GAUGE X 5/16" OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	GRUPO DE NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
PEN NEEDLE 31 GAUGE X 5/16"	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
PEN NEEDLE 32 GAUGE X 5/32"OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
PEN NEEDLE, DIABETIC 29 GAUGE X 1/2"OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
PEN NEEDLE, DIABETIC 29 GAUGE X 15/32"OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
PEN NEEDLE, DIABETIC 30 GAUGE X 3/16"OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
PEN NEEDLE, DIABETIC 30 GAUGE X 5/16"OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
PEN NEEDLE, DIABETIC 31 GAUGE X 1/3"OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
PEN NEEDLE, DIABETIC 31 GAUGE X 1/4"OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
PEN NEEDLE, DIABETIC 31 GAUGE X 1/6"OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
PEN NEEDLE, DIABETIC 31 GAUGE X 13/64"OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
PEN NEEDLE, DIABETIC 31 GAUGE X 15/64"OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
PEN NEEDLE, DIABETIC 31 GAUGE X 3/16"OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
PEN NEEDLE, DIABETIC 31 GAUGE X 5/16"OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
PEN NEEDLE, DIABETIC 31 GAUGE X 5/32"OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
PEN NEEDLE, DIABETIC 32 GAUGE X 1/4"OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
PEN NEEDLE, DIABETIC 32 GAUGE X 3/16"OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
PEN NEEDLE, DIABETIC 32 GAUGE X 5/16"OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
PEN NEEDLE, DIABETIC 32 GAUGE X 5/32"OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
PEN NEEDLE, DIABETIC 33 GAUGE X 1/4"OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
PEN NEEDLE, DIABETIC 33 GAUGE X 3/16"OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
PEN NEEDLE, DIABETIC 33 GAUGE X 5/32"OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
PEN NEEDLE, DIABETIC, SAFETY 31 GAUGE X 3/16"OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
PEN NEEDLE, DIABETIC, SAFETY 31 GAUGE X 5/32"OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
PENTIPS PEN NEEDLE 29 GAUGE X 1/2"OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
PENTIPS PEN NEEDLE 31 GAUGE X 1/4"OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
PENTIPS PEN NEEDLE 31 GAUGE X 3/16"OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
PENTIPS PEN NEEDLE 31 GAUGE X 5/16"OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	GRUPO DE NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
PENTIPS PEN NEEDLE 32 GAUGE X 1/4"OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
PENTIPS PEN NEEDLE 32 GAUGE X 5/32"OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
perdiem overnight relief 15 mg tabletOTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
PERFECT POINT SAFETY LANCETS 28 GAUGEOTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
PERFECT POINT SAFETY LANCETS 30 GAUGEOTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
PERSA-GEL 10 % TOPICALOTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
pharbetol 325 mg tabletOTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
pharbetol 500 mg tabletOTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
pharbinex-dm 20 mg-400 mg tabletOTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
PHARMACIST CHOICE BLOOD GLUCOSE SYSTEMNP	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
PHARMACIST CHOICE GLUCOSE TEST STRIPSNP	*	QL(200 cada 30 dÍas)	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
PHASEAL PROTECTOR 13 MM DEVICE	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
PHASEAL PROTECTOR 20 MM DEVICE	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
PHASEAL PROTECTOR 28 MM DEVICE	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
phenazopyridine 100 mg tablet	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
phenazopyridine 95 mg tabletOTC	1	QL(30 cada 60 dÍas)	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
PHEXX 1.8 %-1 %-0.4 % VAGINAL GEL	1	QL(5 cada 30 dÍas)	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
PHEXXI 1.8 %-1 %-0.4 % VAGINAL GEL	1	QL(5 cada 30 dÍas)	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
PHILLIPS MILK OF MAGNESIA 400 MG/5 ML ORAL SUSPENSIONOTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
phillips' liqui-gels 100 mg capsuleOTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
PHYTOMULTI 3 MG-3 MG-200 MG TABLETOTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
phytonadione (vitamin k1) 1 mg/0.5 ml injection solution	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
phytonadione (vitamin k1) 1 mg/0.5 ml injection syringe	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
phytonadione (vitamin k1) 10 mg/ml injection solution	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
PIP BLOOD GLUCOSE MONITORING SYSTEMNP	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
PIP BLOOD GLUCOSE TEST STRIPNP	*	QL(200 cada 30 dÍas)	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
PIP LANCET 28 GAUGEOTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	GRUPO DE NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
PIP LANCET 30 GAUGE[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
PIP PEN NEEDLE 31 GAUGE X 3/16"[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
PIP PEN NEEDLE 32 GAUGE X 5/32"[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
PLATINUM TEST STRIP[NP]	*	QL(200 cada 30 dÍas)	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
POCKET CHAMBER SPACER	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
poly bacitracin (zinc) 500 unit-10,000 unit/gram topical ointment[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
poly-iron 150 mg iron capsule[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
POLY-VI-SOL 250 MCG-50 MG-10 MCG/ML ORAL DROPS[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
POLY-VI-SOL WITH IRON 11 MG IRON/ML ORAL DROPS[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
poly-vita drops 750 unit-35 mg-400 unit/ml oral[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
poly-vita with iron 10 mg/ml oral drops[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
POLYETHYLENE GLYCOL 3350 (BULK) POWDER[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
POLYETHYLENE GLYCOL 3350 (BULK) POWDER	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
polysaccharide iron complex 150 mg iron capsule[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
POLYSPORIN 500 UNIT-10,000 UNIT/GRAM TOPICAL OINTMENT[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
POLYSPORIN 500 UNIT-10,000 UNIT/GRAM TOPICAL OINTMENT IN PACKET[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
polyvinyl alcohol 1.4 % eye drops[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
potassium iodide 1 gram/ml oral solution	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
povidone-iodine 10 % topical solution[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
povidone-iodine 10 % topical spray[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
pre-moistened medicated wipes topical pads[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
PRECISION XTRA TEST STRIPS[NP]	*	QL(200 cada 30 dÍas)	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
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

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	GRUPO DE NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
PREMIER TEST STRIP[NP]	*	QL(200 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(200 cada 30 días)	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
PREPARATION H (WITCH HAZEL) 20 % TOPICAL PADS[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
preparation h (witch hazel) 50 % topical pads[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
PREPARATION H 0.25 %-14 %-74.9 % OINTMENT[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
PREPARATION H(PHENYLEPH,COCOA BUTTR) 0.25 %-88.44 % RECTAL SUPPOSITORY[OTC]	1	QL(120 cada 30 días)	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
preservision areds 2 co q-10 250 mg-90 mg-40 mg-1 mg-5 mg capsule[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
PRESERVISION AREDS 2 PLUS MULTIVIT 200 MCG-15 MCG-5 MG-1 MG CAPSULE[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
PRESERVISION AREDS 2,148 MCG-113 MG-45 MG-17.4 MG TABLET[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
PRESERVISION AREDS 3 450 MCG-5 MG-1 MG CAPSULE[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
PRESERVISION AREDS 4,296 MCG-226 MG-90 MG CAPSULE[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
PRESERVISION AREDS-2 250 MG-90 MG-40 MG-1 MG CAPSULE[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
PRESERVISION AREDS-2 250 MG-90 MG-40 MG-1 MG CHEWABLE TABLET[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
PRESERVISION LUTEIN 226 MG-90 MG-0.8 MG-5 MG CAPSULE[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
PRESSURE ACTIVATED LANCETS 21 GAUGE[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
PRESSURE ACTIVATED LANCETS 28 GAUGE[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
PREV-RX 1,000 MCG-25 MCG-20 MCG TABLET[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
PREVENT CAPSULE[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
PREVENT DROPSAFE PEN NEEDLE 31 GAUGE X 1/4"[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
PREVENT DROPSAFE PEN NEEDLE 31 GAUGE X 5/16"[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
PRIMEAIRE SPACER	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
PRO COMFORT ALCOHOL PADS[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
PRO COMFORT INSULIN SYRINGE 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2"[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
PRO COMFORT INSULIN SYRINGE 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	GRUPO DE NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
PRO COMFORT INSULIN SYRINGE 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
PRO COMFORT INSULIN SYRINGE 1 ML 30 GAUGE X 1/2"OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
PRO COMFORT INSULIN SYRINGE 1 ML 30 GAUGE X 5/16"OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
PRO COMFORT INSULIN SYRINGE 1 ML 31 GAUGE X 5/16"OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
PRO COMFORT LANCET 30 GAUGEOTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
PRO COMFORT LANCET 31 GAUGEOTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
PRO COMFORT PEN NEEDLE 32 GAUGE X 1/4"OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
PRO COMFORT PEN NEEDLE 32 GAUGE X 3/16"OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
PRO COMFORT PEN NEEDLE 32 GAUGE X 5/16"OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
PRO COMFORT PEN NEEDLE 32 GAUGE X 5/32"OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
PRO COMFORT SAFETY LANCET 30 GAUGEOTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
PRO COMFORT SPACER-ADULT MASKOTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
PRO COMFORT SPACER-CHILD MASKOTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
PRO COMFORT SPACER-INFANT MASKOTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
PRO VOICE V8 GLUCOSE MONITORNP	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
PRO VOICE V8-V9 TEST STRIPNP	*	QL(200 cada 30 dÍas)	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
PRO VOICE V9 GLUCOSE MONITORNP	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
PRO-COMFORT ALCOHOL PADSOTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
PROCARE SPACER WITH ADULT MASK	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
PROCARE SPACER WITH CHILD MASK	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
PROCERV HP 9 MG IRON-300 MCG-50 MCG TABLETOTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
PROCHAMBER	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
proctozone-b 10 mg rectal suppositoryOTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
proctozone-gmax rectal suppositoryOTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
PRODIGY AUTOCODE BLOOD GLUCOSE MONITORING SYSTEMNP	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
PRODIGY AUTOCODE METER KITNP	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
PRODIGY INSULIN SYRINGE 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	GRUPO DE NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
PRODIGY INSULIN SYRINGE 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
PRODIGY INSULIN SYRINGE 1 ML 28 GAUGE X 1/2"OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
PRODIGY LANCETS 26 GAUGEOTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
PRODIGY LANCETS 28 GAUGEOTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
PRODIGY LANCING DEVICEOTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
PRODIGY NO CODING STRIPSNP	*	QL(200 cada 30 dÍas)	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
PRODIGY POCKET METER KITNP	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
PRODIGY TWIST TOP LANCET 28 GAUGEOTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
PRODIGY VOICE GLUCOSE METER KITNP	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
profola 20 mg iron-1,670 mcg dfe tabletOTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
promethazine 6.25 mg-codeine 10 mg/5 ml syrup	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
promethazine vc 6.25 mg-5 mg/5 ml oral syrup	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
promethazine-dm 6.25 mg-15 mg/5 ml oral solution	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
promethazine-phenylephrine 6.25 mg-5 mg/5 ml oral syrup	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
promolaxin 100 mg tabletOTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
PRORENAL 8 MG IRON-800 MCG-1,000 UNIT TABLETOTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
PRORENAL QD 400 MCG-500 UNIT CAPSULEOTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
PROSIGHT 1,500 MCG-60 MG-13.5 MG TABLETOTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
PROTECT CARDIO AF 0.5 MG-30 MG-60 MG-90 MG CAPSULEOTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
PROTECT PLUS SO 0.5 MG-15 MG CAPSULEOTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
pseudoephedrine 30 mg tabletOTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
pseudoephedrine 60 mg tabletOTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
pseudoephedrine er 120 mg tablet,extended releaseOTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
psyllium husk (with sugar) 3 gram/7 gram oral powderOTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
psyllium husk 2.6 gram/4.1 gram oral powderOTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
pure and gentle (saline) 19 gram-7 gram/118 ml enemaOTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
pure and gentle eye 0.3 % dropsOTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	GRUPO DE NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
PURE COMFORT ALCOHOL PADS[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
PURE COMFORT LANCETS 30 GAUGE[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
PURE COMFORT PEN NEEDLE 32 GAUGE X 1/4"[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
PURE COMFORT PEN NEEDLE 32 GAUGE X 3/16"[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
PURE COMFORT PEN NEEDLE 32 GAUGE X 5/16"[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
PURE COMFORT PEN NEEDLE 32 GAUGE X 5/32"[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
PURE COMFORT SAFETY LANCETS 30 GAUGE[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
PURE COMFORT SAFETY PEN NEEDLE 31 GAUGE X 1/4"[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
PURE COMFORT SAFETY PEN NEEDLE 31 GAUGE X 3/16"[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
PURE COMFORT SAFETY PEN NEEDLE 32 GAUGE X 5/32"[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
pure l-citrulline 600 mg capsule[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 vitamin d3 25 mcg (1,000 unit) tablet[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
PUSH BUTTON SAFETY LANCETS 21 GAUGE[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
PUSH BUTTON SAFETY LANCETS 28 GAUGE[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
pvp prep 10 % topical solution[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
pyridoxine (vitamin b6) 100 mg tablet[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
pyridoxine (vitamin b6) 25 mg tablet[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
pyridoxine (vitamin b6) 250 mg tablet[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
pyridoxine (vitamin b6) 50 mg tablet[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
pyridoxine (vitamin b6) 500 mg tablet[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
QFITLIA 20 MG/0.2 ML SUBCUTANEOUS SOLUTION[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
QFITLIA PEN 50 MG/0.5 ML SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
QUIN B STRONG 500 MG-400 MCG-15 MG TABLET[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

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	GRUPO DE NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
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(200 cada 30 días)	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
QUINTET BLOOD GLUCOSE METER[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
QUINTET GLUCOSE TEST STRIPS[NP]	*	QL(200 cada 30 días)	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
quit 2 mg buccal lozenge[OTC]	1	QL(600 cada 30 días)	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
quit 2 mg gum[OTC]	1	QL(720 cada 30 días)	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
quit 4 mg buccal lozenge[OTC]	1	QL(600 cada 30 días)	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
quit 4 mg gum[OTC]	1	QL(720 cada 30 días)	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
QUTENZA 8 % TOPICAL KIT[NP]	*	QL(4 cada 84 días)	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
ranger ready repellent 20 % topical spray with pump[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
ready-to-use enema 19 gram-7 gram/118 ml[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
readyprep pvp 10 % topical solution[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
refenesen dm 20 mg-400 mg tablet[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
REFRESH CELLUVISC 1 % EYE GEL IN A DROPPERETTE[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
REFRESH CLASSIC (PF) 1.4 %-0.6 % EYE DROPS IN A DROPPERETTE[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
REFRESH DIGITAL 0.5 %-1 %-0.5 % EYE DROPS[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
REFRESH DIGITAL PF 0.5 %-1 %-0.5 % EYE DROPS IN A DROPPERETTE[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 OPTIVE 0.5 %-0.9 % EYE DROPS[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
REFRESH OPTIVE 1 %-0.9 % EYE GEL DROPS[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
REFRESH OPTIVE ADVANCED (PF) 0.5 %-1 %-0.5 % EYE DROPS IN DROPPERETTE[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
REFRESH OPTIVE ADVANCED 0.5 %-1 %-0.5 % EYE DROPS[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
REFRESH OPTIVE MEGA-3 (PF) 0.5 %-1 %-0.5 % EYE DROPS[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
REFRESH OPTIVE MEGA-3 (PF) 0.5 %-1 %-0.5 % EYE DROPS IN A DROPPERETTE[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
REFRESH OPTIVE SENSITIVE (PF) 0.5 %-0.9 % EYE DROPS IN A DROPPERETTE[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	GRUPO DE NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
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
REFRESH RELIEVA 0.5 %-0.9 % EYE DROPS[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
REFRESH RELIEVA PF 0.5 %-0.9 % EYE DROPS[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
REFRESH TEARS 0.5 % EYE DROPS[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
REFRESH TEARS PF 0.5 %-0.9 % EYE DROPS[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
REFUAH PLUS GLUCOSE MONITOR KIT[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
REFUAH PLUS STRIPS[NP]	*	QL(200 cada 30 dÍas)	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
reguloid (aspartame) 3 gram/5.8 gram oral powder[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/12 GRAM ORAL POWDER[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
reguloid (psyllium husk-sucrose) 3 gram/7 gram oral powder[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
RELCARE 20 MCG-1,000 MCG-10 MG TABLET[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
RELIAMED LANCET 23 GAUGE[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
RELIAMED LANCET 28 GAUGE[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
RELIAMED LANCET 30 GAUGE[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
RELIAMED MINI LANCING DEVICE[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
RELIAMED SAFETY SEAL LANCETS 28 GAUGE[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
RELIAMED SAFETY SEAL LANCETS 30 GAUGE[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
RELIAMED TWIST AND CAP LANCET 28 GAUGE[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
RELION CONFIRM KIT[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
RELION CONFIRM-MICRO STRIPS[NP]	*	QL(200 cada 30 dÍas)	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
RELION MICRO GLUCOSE MONITOR[NP]	*		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(200 cada 30 dÍas)	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	GRUPO DE NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
REMEDIENT 3.6 MG-1,000 MCG CAPSULE[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
REMEDY CLEANSING BODY 1.5 % TOPICAL CLEANSER[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
REMEDY DIMETHICONE CREAM 5 % TOPICAL[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
REMEDY SKIN REPAIR 1.5 % CREAM[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
renal caps 1 mg capsule[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
RENAL MULTIVITAMIN 800 MCG-60 MG-25 MCG-8MG IRON TABLET[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
RENAPLEX 800 MCG-12.5 MG TABLET[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
RENAPLEX-D 800 MCG-12.5 MG-2,000 UNIT TABLET[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
REPEL 100 98.11 % TOPICAL PUMP SPRAY[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
REPEL FAMILY 10 % TOPICAL SPRAY[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
repel family 15 % topical spray powder[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
REPEL HUNTER'S 25 % TOPICAL SPRAY[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
REPEL SPORTSMEN 25 % TOPICAL SPRAY[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
REPEL SPORTSMEN DRY 25 % TOPICAL SPRAY[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
REPEL SPORTSMEN MAX 40 % TOPICAL PUMP SPRAY[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
REPEL SPORTSMEN MAX 40 % TOPICAL SPRAY[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
REQ49 PLUS 200 MCG-1.5 MG-1.5 MG TABLET[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
RESOURCE THICKENUP ORAL PACKET[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
RESOURCE THICKENUP ORAL POWDER[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 MGD (PF) 0.5 %-0.5 % EYE DROPS IN A DROPPERETTE[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
retaine pm 80 %-20 % eye ointment[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
riboflavin (vitamin b2) 100 mg tablet[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
riboflavin (vitamin b2) 50 mg tablet[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
rid lice killing 0.33 %-4 % shampoo[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	GRUPO DE NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
RIGHTEST GD500 LANCING DEVICE[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
RIGHTEST GL300 LANCETS 30 GAUGE[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
RIGHTEST GM550 SYSTEM KIT[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
RIGHTEST GS550 TEST STRIPS[NP]	*	QL(200 cada 30 dÍas)	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
RIGHTEST GT333 GLUCOSE METER[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
RIGHTEST GT333 TEST STRIP[NP]	*	QL(200 cada 30 dÍas)	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
RITEFLO AEROCHAMBER	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
robafen dm 5 mg-50 mg/5 ml oral liquid[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
robitussin cough-chest congestion dm 10 mg-200 mg capsule[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
robitussin cough-chest congestion dm 5 mg-100 mg/5 ml oral liquid[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
ROBITUSSIN COUGH-CHEST CONGESTION DM 5 MG-50 MG/5 ML ORAL LIQUID[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
robitussin elderberry max dm 5 mg-100 mg/5 ml oral liquid[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
robitussin er 30 mg/5 ml oral suspension,extended release[OTC]	1	QL(600 cada 30 dÍas)	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
robitussin honey max dm 5 mg-100 mg/5 ml oral liquid[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
safe tussin dm 10 mg-100 mg/5 ml oral liquid[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
SAFESNAP INSULIN SYRINGE 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16"[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
SAFESNAP INSULIN SYRINGE 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
SAFESNAP INSULIN SYRINGE 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
SAFESNAP INSULIN SYRINGE 1 ML 28 GAUGE X 1/2"[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
SAFESNAP INSULIN SYRINGE 1 ML 29 GAUGE X 1/2"[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
SAFETY LANCETS 21 GAUGE[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
SAFETY LANCETS 28 GAUGE[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
SAFETY NEEDLES 18 GAUGE X 1 1/2"	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
SAFETY PEN NEEDLE 31 GAUGE X 3/16"[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
SAFETY SEAL LANCETS 28 GAUGE[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
SAFETY SEAL LANCETS 30 GAUGE[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
SAFETY-LET LANCETS 30 GAUGE[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	GRUPO DE NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
saline mist 0.65 % nasal spray aerosol[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
saline nasal 0.65 % spray aerosol[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
saline nasal mist 0.65 % spray aerosol[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
saline nose 0.65 % spray aerosol[OTC]	1		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
secura dimethicone 5 % topical cream[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
SECURESAFE INSULIN SYRINGE 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
SECURESAFE INSULIN SYRINGE 1 ML 29 GAUGE X 1/2"[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
SECURESAFE PEN NEEDLE 30 GAUGE X 5/16"[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
SECURESAFE PEN NEEDLE 31 GAUGE X 3/16"[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
selsun blue moisturizing 1 % shampoo[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
senexon-s 8.6 mg-50 mg tablet[OTC]	1	QL(240 cada 30 días)	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 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 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	QL(240 cada 30 días)	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
senna-s 8.6 mg-50 mg tablet[OTC]	1	QL(240 cada 30 días)	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
senna-time s 8.6 mg-50 mg tablet[OTC]	1	QL(240 cada 30 días)	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
sennosides 8.6 mg tablet[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
sennosides 8.6 mg-docusate sodium 50 mg tablet[OTC]	1	QL(240 cada 30 días)	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
sennosides 8.8 mg/5 ml oral syrup[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	GRUPO DE NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
SENOKOT 8.6 MG TABLET[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
SENOKOT-S 8.6 MG-50 MG TABLET[OTC]	1	QL(240 cada 30 días)	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
SENSILANCE 21 GAUGE MISC[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
SENSILANCE 26 GAUGE MISC[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
SENSILANCE 28 GAUGE MISC[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
SIDEROL TABLET[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
SIDESTREAM PEDIATRIC FACE MASK[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
SILICONE MASK - INFANT	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
SIMPLERA SENSOR DEVICE[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
SIMPLERA SYNC SENSOR DEVICE[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
SIMPLI PEN NEEDLE 32 GAUGE X 5/32"[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
SINGLE-LET MISC[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
sinus 12 hour 120 mg tablet,extended release[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
sinus-congestion 30 mg tablet[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
skin protectant a and d (petrolatum, lanolin) topical ointment[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
SKY SAFETY PEN NEEDLE 30 GAUGE X 3/16"[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
SKY SAFETY PEN NEEDLE 30 GAUGE X 5/16"[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
SKYLA 14 MCG/24 HR (UP TO 3 YEARS) 13.5 MG INTRAUTERINE DEVICE	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
slow release iron 143 mg (45 mg iron) tablet,extended release[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
SMART SENSE MONITORING SYSTEM[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
SMART SENSE TEST STRIPS[NP]	*	QL(200 cada 30 días)	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
SMARTDIABETES VANTAGE[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	GRUPO DE NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
SMARTEST EJECT KIT[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
SMARTEST LANCET[OTC]	1		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
SMARTEST TEST STRIPS[NP]	*	QL(200 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
SOLO 400 MCG-80 MCG 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 LANCETS 28 GAUGE[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
SOLUS V2 LANCETS 30 GAUGE[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
SOLUS V2 LANCING DEVICE KIT[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
SOLUS V2 TEST STRIPS[NP]	*	QL(200 cada 30 dÍas)	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
SOOTHE AND COOL BODY POWDER TOPICAL[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
SOOTHE HYDRATION 1.25 % EYE DROPS[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
SOOTHE NIGHT TIME LUBRICANT 80 %-20 % EYE OINTMENT[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
SOOTHE XP (PF) 1 %-4.5 % EYE DROPS IN A DROPPERETTE[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
soothe xp 1 %-4.5 % eye drops[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
soothing pureway-c 500 mg tablet[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
SORBUTUSS 10 MG-100 MG-85 MG/5 ML ORAL LIQUID[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
SPACE CHAMBER	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
SPACE CHAMBER WITH LARGE MASK	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
SPACE CHAMBER WITH MEDIUM MASK	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	GRUPO DE NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
SPACE CHAMBER WITH SMALL MASK	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 adult 50 plus(with lutein) 500 mcg-250 mcg chewable 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
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
sski 1 gram/ml oral solution	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
STERILANCE TL 30 GAUGE OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
STERILANCE TL 32 GAUGE OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
stimulant laxative plus 8.6 mg-50 mg tablet OTC	1	QL(240 cada 30 días)	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
stool softener (docusate calcium) 240 mg capsule OTC	1	QL(30 cada 30 días)	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 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	QL(240 cada 30 días)	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	QL(240 cada 30 días)	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
stop smoking aid 2 mg buccal lozenge OTC	1	QL(600 cada 30 días)	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
stop smoking aid 4 mg buccal lozenge OTC	1	QL(600 cada 30 días)	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
STRESS B WITH ZINC TABLET OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
STRESS FORMULA TABLET OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
STRESS FORMULA WITH IRON 500 MG-400 MCG-18 MG IRON TABLET OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	GRUPO DE NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
STRESS FORMULA WITH IRON(SULF) 500 MG-400 MCG-27 MG IRON TABLET[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
STROVITE FORTE 10 MG-1 MG TABLET[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
STROVITE ONE 1 MG-1,000 UNIT-15 MG-5 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 12 HOUR 120 MG TABLET,EXTENDED RELEASE[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
SUDAFED 30 MG TABLET[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
sudogest 12-hour 120 mg tablet,extended release[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
sudogest 30 mg tablet[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
sudogest 60 mg tablet[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
sulfacetamide sodium 10 % shampoo	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
sulfacetamide sodium 10 % topical cleanser[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
sulfacetamide sodium 10 % topical cleanser, gel[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
SUNVITE 18 MG IRON-400 MCG-25 MCG TABLET[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
SUPER GINSENG MULTIVITAMIN CAPSULE[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
SUPER MULTIPLE - LOW IRON 400 MCG TABLET[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
SUPER MULTIVITAMIN TABLET[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
super thera vite m tablet[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
SUPER THIN LANCETS 28 GAUGE[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
SUPER THIN LANCETS 30 GAUGE[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
SUPERIOR MEN'S MULTI 400 MCG DFE-30 MCG-30 MG TABLET[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
SUPERIOR WOMEN'S MULTI 2.5 MG IRON-400 MCG DFE-30MCG TABLET[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
suphedrin 30 mg tablet[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
suphedrine 12 hour 120 mg tablet,extended release[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
suphedrine 30 mg tablet[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
support oral liquid[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
SUPPORT-500 CAPSULE[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	GRUPO DE NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
SUPRESS DM 5 MG-50 MG/ML ORAL DROPS[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"[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
SURE COMFORT INSULIN SYRINGE 0.3 ML 30 GAUGE X 1/2"[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
SURE COMFORT INSULIN SYRINGE 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16"[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
SURE COMFORT INSULIN SYRINGE 0.3 ML 31 GAUGE X 1/4"[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
SURE COMFORT INSULIN SYRINGE 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
SURE COMFORT INSULIN SYRINGE 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2"[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
SURE COMFORT INSULIN SYRINGE 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
SURE COMFORT INSULIN SYRINGE 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
SURE COMFORT INSULIN SYRINGE 1 ML 28 GAUGE X 1/2"[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
SURE COMFORT INSULIN SYRINGE 1 ML 29 GAUGE X 1/2"[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
SURE COMFORT INSULIN SYRINGE 1 ML 30 GAUGE X 1/2"[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
SURE COMFORT INSULIN SYRINGE 1 ML 30 GAUGE X 5/16"[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
SURE COMFORT INSULIN SYRINGE 1 ML 31 GAUGE X 1/4"[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
SURE COMFORT INSULIN SYRINGE 1 ML 31 GAUGE X 5/16"[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
SURE COMFORT INSULIN SYRINGE 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2"[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
SURE COMFORT INSULIN SYRINGE 1/2 ML 31 GAUGE X 1/4"[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
SURE COMFORT INSULIN SYRINGE U-100 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
SURE COMFORT LANCETS 18 GAUGE[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
SURE COMFORT LANCETS 21 GAUGE[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
SURE COMFORT LANCETS 23 GAUGE[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
SURE COMFORT LANCETS 28 GAUGE[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
SURE COMFORT LANCETS 30 GAUGE[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
SURE COMFORT LANCING PEN[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
SURE COMFORT PEN NEEDLE 29 GAUGE X 1/2"[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
SURE COMFORT PEN NEEDLE 30 GAUGE X 5/16"[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	GRUPO DE NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
SURE COMFORT PEN NEEDLE 31 GAUGE X 3/16"OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
SURE COMFORT PEN NEEDLE 31 GAUGE X 5/16"OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
SURE COMFORT PEN NEEDLE 32 GAUGE X 1/4"OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
SURE COMFORT PEN NEEDLE 32 GAUGE X 5/32"OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
SURE COMFORT SAFETY PEN NEEDLE 31 GAUGE X 1/4"OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
SURE COMFORT SAFETY PEN NEEDLE 32 GAUGE X 5/32"OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
SURE-FINE PEN NEEDLES 29 GAUGE X 1/2"OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
SURE-FINE PEN NEEDLES 31 GAUGE X 3/16"OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
SURE-FINE PEN NEEDLES 31 GAUGE X 5/16"OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
SURE-JECT INSULIN SYRINGE 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2"OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
SURE-JECT INSULIN SYRINGE 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16"OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
SURE-JECT INSULIN SYRINGE 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
SURE-JECT INSULIN SYRINGE 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
SURE-JECT INSULIN SYRINGE 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
SURE-JECT INSULIN SYRINGE 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
SURE-JECT INSULIN SYRINGE 1 ML 28 GAUGE X 1/2"OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
SURE-JECT INSULIN SYRINGE 1 ML 29 GAUGE X 1/2"OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
SURE-JECT INSULIN SYRINGE 1 ML 30 GAUGE X 5/16"OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
SURE-JECT INSULIN SYRINGE 1 ML 31 GAUGE X 5/16"OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
SURE-JECT INSULIN SYRINGE 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2"OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
SURE-LANCEOTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
SURE-LANCE 26 GAUGEOTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
SURE-LANCE 28 GAUGEOTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
SURE-LANCE ULTRA THIN 30 GAUGEOTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
SURE-PEN LANCING DEVICEOTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
SURE-PREP ALCOHOL PREP PADSOTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
SURE-TOUCH LANCETOTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	GRUPO DE NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
SUREFLEX LANCING DEVICE WITH LANCETS KIT[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
SURFAK 240 MG CAPSULE[OTC]	1	QL(30 cada 30 dÍas)	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
SURGUARD2 SAFETY 1 ML 25 GAUGE X 5/8" SYRINGE	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
SURGUARD2 SAFETY 1 ML 26 GAUGE X 3/8" SYRINGE	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
SURGUARD2 SAFETY 1 ML 27 GAUGE X 1/2" SYRINGE	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
SURGUARD2 SAFETY 10 ML 20 GAUGE X 1 1/2" SYRINGE	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
SURGUARD2 SAFETY 10 ML 20 GAUGE X 1" SYRINGE	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
SURGUARD2 SAFETY 18 GAUGE X 1 1/2" NEEDLE	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
SURGUARD2 SAFETY 18 GAUGE X 1" NEEDLE	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
SURGUARD2 SAFETY 19 GAUGE X 1 1/2" NEEDLE	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
SURGUARD2 SAFETY 19 GAUGE X 1" NEEDLE	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
SURGUARD2 SAFETY 20 GAUGE X 1 1/2" NEEDLE	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
SURGUARD2 SAFETY 20 GAUGE X 1" NEEDLE	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
SURGUARD2 SAFETY 21 GAUGE X 1 1/2" NEEDLE	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
SURGUARD2 SAFETY 21 GAUGE X 1" NEEDLE	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
SURGUARD2 SAFETY 22 GAUGE X 1 1/2" NEEDLE	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
SURGUARD2 SAFETY 22 GAUGE X 1" NEEDLE	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
SURGUARD2 SAFETY 23 GAUGE X 1 1/2" NEEDLE	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
SURGUARD2 SAFETY 23 GAUGE X 1" NEEDLE	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
SURGUARD2 SAFETY 23 GAUGE X 1" NEEDLE[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
SURGUARD2 SAFETY 25 GAUGE X 1 1/2" NEEDLE	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
SURGUARD2 SAFETY 25 GAUGE X 1" NEEDLE	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
SURGUARD2 SAFETY 25 GAUGE X 5/8" NEEDLE	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
SURGUARD2 SAFETY 26 GAUGE X 1/2" NEEDLE	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
SURGUARD2 SAFETY 27 GAUGE X 1/2" NEEDLE	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
SURGUARD2 SAFETY 3 ML 20 GAUGE X 1 1/2" SYRINGE	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
SURGUARD2 SAFETY 3 ML 20 GAUGE X 1" SYRINGE	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	GRUPO DE NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
SURGUARD2 SAFETY 3 ML 21 GAUGE X 1" SYRINGE	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
SURGUARD2 SAFETY 3 ML 22 GAUGE X 1 1/2" SYRINGE	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
SURGUARD2 SAFETY 3 ML 22 GAUGE X 1" SYRINGE	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
SURGUARD2 SAFETY 3 ML 23 GAUGE X 1" SYRINGE	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
SURGUARD2 SAFETY 3 ML 25 GAUGE X 5/8" SYRINGE	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
SURGUARD2 SAFETY 30 GAUGE X 1 1/2" NEEDLE	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
SURGUARD2 SAFETY 5 ML 20 GAUGE X 1 1/2" SYRINGE	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
SURGUARD2 SAFETY 5 ML 20 GAUGE X 1" SYRINGE	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
SURGUARD2 SAFETY 5 ML 21 GAUGE X 1 1/2" SYRINGE	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
SURGUARD2 SAFETY SYRINGE 10 ML 21 GAUGE X 1 1/2"	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
SURGUARD2 SAFETY SYRINGE 3 ML 21 GAUGE X 1 1/2"	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
SURGUARD2 SAFETY SYRINGE 3 ML 25 GAUGE X 1"	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
SWEEN 24 6 % TOPICAL CREAM[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
SYSTANE (PROPYLENE GLYCOL) 0.4 %-0.3 % EYE DROPS[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
SYSTANE BALANCE 0.6 % EYE DROPS[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
SYSTANE COMPLETE 0.6 % EYE DROPS[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
SYSTANE COMPLETE PF 0.6 % EYE DROPS[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
SYSTANE COMPLETE PF 0.6 % EYE DROPS IN A DROPPERETTE[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
SYSTANE CONTACTS EYE DROPS[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
SYSTANE GEL 0.3 % EYE GEL[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
SYSTANE GEL 0.4 %-0.3 % EYE DROPS[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
SYSTANE HYDRATION (PF) 0.4 %-0.3 % EYE DROPS[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
SYSTANE HYDRATION (PF) 0.4 %-0.3 % EYE DROPS IN A DROPPERETTE[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
SYSTANE ULTRA (PF) 0.4 %-0.3 % EYE DROPS[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
SYSTANE ULTRA (PF) 0.4 %-0.3 % EYE DROPS IN A DROPPERETTE[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
SYSTANE ULTRA 0.4 %-0.3 % EYE DROPS[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
tab-a-vite 400 mcg tablet[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	GRUPO DE NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
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"[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
TECHLITE INSULIN SYRINGE (HALF UNIT) 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
TECHLITE INSULIN SYRINGE (HALF UNIT) 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2"[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
TECHLITE INSULIN SYRINGE (HALF UNIT) 0.5 ML 31 GAUGE X 15/64"[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
TECHLITE INSULIN SYRINGE (HALF UNIT) 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
TECHLITE INSULIN SYRINGE 1 ML 30 GAUGE X 1/2"[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
TECHLITE INSULIN SYRINGE 1 ML 31 GAUGE X 15/64"[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
TECHLITE INSULIN SYRINGE 1 ML 31 GAUGE X 5/16"[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
TECHLITE LANCETS 26 GAUGE[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
TECHLITE LANCETS 28 GAUGE[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
TECHLITE LANCETS 30 GAUGE[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
TECHLITE PEN NEEDLE 29 GAUGE X 1/2"[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
TECHLITE PEN NEEDLE 31 GAUGE X 3/16"[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
TECHLITE PEN NEEDLE 31 GAUGE X 5/16"[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
TECHLITE PEN NEEDLE 32 GAUGE X 1/4"[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
TECHLITE PEN NEEDLE 32 GAUGE X 5/32"[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
TECHLITE PLUS PEN NEEDLE 32 GAUGE X 5/32"[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
TELCARE LANCETS 30 GAUGE[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
TELCARE TEST STRIPS[NP]	*	QL(200 cada 30 dÍas)	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
TEMPO REFILL KIT WITH GAUZE[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
TEMPO WELCOME KIT[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
TERUMO INSULIN SYRINGE 0.3 ML 30 X 3/8"[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
TERUMO INSULIN SYRINGE 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
TERUMO INSULIN SYRINGE 1 ML 27 GAUGE X 1/2"[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
TERUMO INSULIN SYRINGE 1 ML 28 GAUGE X 1/2"[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	GRUPO DE NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
TERUMO INSULIN SYRINGE 1 ML 29 GAUGE X 1/2"OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
TERUMO INSULIN SYRINGE 1/2 ML 27 GAUGE X 1/2"OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
TERUMO INSULIN SYRINGE 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2"OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
TERUMO INSULIN SYRINGE 1/2 ML 30 X 3/8"OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
TEST N'GO BLOOD GLUCOSE SYSTEMNP	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
TEST N'GO TEST STRIPSNP	*	QL(200 cada 30 dÍas)	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
the magic bullet 10 mg rectal suppositoryOTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
thera 400 mcg tabletOTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
THERA MOISTURIZING 1.5 % TOPICAL CREAMOTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
THERA MOISTURIZING 1.75 % TOPICAL CREAMOTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
thera-d 50 mcg (2,000 unit) tabletOTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
THERA-M (WITH VITAMIN K) 9 MG IRON-400 MCG-28 MCG TABLETOTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
THERA-M 19 MG IRON-400 MCG TABLETOTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
THERA-M 27 MG-0.4 MG TABLETOTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
thera-tabs tabletOTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
thera-vite max-m 9 mg iron-400 mcg tabletOTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
theragran-m premier 50 plus 400 mcg-250 mcg-375 mcg tabletOTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
theralogix companion 0.4 mg tabletOTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
THERAMILL FORTE 67 MCG-12.5 MG-12.5 MG-17 MG CAPSULEOTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
THERAPEUTIC LIQUID ORALOTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
therapeutic-m 19 mg iron-400 mcg tabletOTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
therapeutic-m 9 mg iron-400 mcg tabletOTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
theratears 1 % gel in a dropperetteOTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
theratrum complete 50 plus with lutein tabletOTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
theratrum complete 50 plus(lycopene,lutein) 0.4 mg-300 mcg-250 mcg tabOTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
theratrum complete with lutein tabletOTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
THEREMS MULTIVITAMIN 400 MCG TABLETOTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	GRUPO DE NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
thiamine hcl (vitamin b1) 100 mg tablet[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
thiamine hcl (vitamin b1) 250 mg tablet[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
thiamine hcl (vitamin b1) 50 mg tablet[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
thiamine mononitrate (vitamin b1) 100 mg tablet[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
THIN LANCETS 26 GAUGE[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
THINPRO INSULIN SYRINGE 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2"[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
THINPRO INSULIN SYRINGE 0.3 ML 30 X 3/8"[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
THINPRO INSULIN SYRINGE 0.3 ML 31 X 3/8"[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
THINPRO INSULIN SYRINGE 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
THINPRO INSULIN SYRINGE 0.5 ML 31 X 3/8"[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
THINPRO INSULIN SYRINGE 1 ML 28 GAUGE X 1/2"[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
THINPRO INSULIN SYRINGE 1 ML 29 GAUGE X 1/2"[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
THINPRO INSULIN SYRINGE 1 ML 30 GAUGE X 3/8"[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
THINPRO INSULIN SYRINGE 1 ML 31 X 3/8"[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
THINPRO INSULIN SYRINGE 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2"[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
THINPRO INSULIN SYRINGE 1/2 ML 30 X 3/8"[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
THRESHOLD IMT TRAINER DEVICE	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
THRESHOLD PEP DEVICE	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
tm-daily vite 400 mcg tablet[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
TOPFINE INSULIN PEN NEEDLE 32 GAUGE X 5/32"	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
total home insect repellent 30 % topical spray[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
travel sickness 50 mg tablet[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
tri-buffered aspirin 325 mg tablet[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
TRI-VI-SOL 250 MCG-50 MG-10 MCG/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
TRIPLE ANTIBIOTIC 3.5 MG-400 UNIT-5,000 UNIT TOPICAL OINTMENT PACKET[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	GRUPO DE NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
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-pain relief 3.5 mg-500 unit-10,000 unit/gram ointmnt[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
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"[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
TRUE COMFORT INSULIN SYRINGE 1 ML 31 GAUGE X 5/16"[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
TRUE COMFORT LANCET 30 GAUGE[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
TRUE COMFORT PEN NEEDLE 31 GAUGE X 1/4"[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
TRUE COMFORT PEN NEEDLE 31 GAUGE X 3/16"[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
TRUE COMFORT PEN NEEDLE 31 GAUGE X 5/16"[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
TRUE COMFORT PEN NEEDLE 32 GAUGE X 1/4"[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
TRUE COMFORT PEN NEEDLE 32 GAUGE X 3/16"[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
TRUE COMFORT PEN NEEDLE 32 GAUGE X 5/32"[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
TRUE COMFORT PEN NEEDLE 33 GAUGE X 1/4"[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
TRUE COMFORT PEN NEEDLE 33 GAUGE X 3/16"[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	GRUPO DE NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
TRUE COMFORT PEN NEEDLE 33 GAUGE X 5/32"OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
TRUE COMFORT PRO ALCOHOL PADSOTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
TRUE COMFORT PRO INS SYRINGE 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2"OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
TRUE COMFORT PRO INS SYRINGE 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
TRUE COMFORT PRO INS SYRINGE 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
TRUE COMFORT PRO INS SYRINGE 1 ML 30 GAUGE X 1/2"OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
TRUE COMFORT PRO INS SYRINGE 1 ML 30 GAUGE X 5/16"OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
TRUE COMFORT PRO INS SYRINGE 1 ML 31 GAUGE X 5/16"OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
TRUE COMFORT PRO INS SYRINGE 1 ML 32 GAUGE X 5/16"OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
TRUE COMFORT PRO INS SYRINGE 1/2 ML 32 GAUGE X 5/16"OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
TRUE COMFORT SAFETY INSULIN SYRINGE 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2"OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
TRUE COMFORT SAFETY INSULIN SYRINGE 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
TRUE COMFORT SAFETY INSULIN SYRINGE 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
TRUE COMFORT SAFETY INSULIN SYRINGE 1 ML 30 GAUGE X 1/2"OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
TRUE COMFORT SAFETY INSULIN SYRINGE 1 ML 30 GAUGE X 5/16"OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
TRUE COMFORT SAFETY INSULIN SYRINGE 1 ML 31 GAUGE X 5/16"OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
TRUE COMFORT SAFETY INSULIN SYRINGE 1 ML 32 GAUGE X 5/16"OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
TRUE COMFORT SAFETY PEN NEEDLE 31 GAUGE X 1/4"OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
TRUE COMFORT SAFETY PEN NEEDLE 31 GAUGE X 3/16"OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
TRUE COMFORT SAFETY PEN NEEDLE 32 GAUGE X 5/32"OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
TRUE COVER CONDOMOTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
TRUE METRIX AIR GLUCOSE METERNP	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
TRUE METRIX AIR GLUCOSE METER KITNP	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
TRUE METRIX GLUCOSE METERNP	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
TRUE METRIX GLUCOSE TEST STRIPOTC	1	QL(200 cada 30 dÍas)	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
TRUE METRIX GO GLUCOSE METERNP	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
TRUE METRIX LEVEL 1 SOLUTIONOTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	GRUPO DE NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
TRUE METRIX LEVEL 2 SOLUTION[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
TRUE METRIX LEVEL 3 SOLUTION[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
TRUE METRIX PRO TEST STRIP[NP]	*	QL(200 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"[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
TRUE-COMFORT PRO PEN NEEDLE 31 GAUGE X 3/16"[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
TRUE-COMFORT PRO PEN NEEDLE 31 GAUGE X 5/16"[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
TRUE-COMFORT PRO PEN NEEDLE 32 GAUGE X 5/32"[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
TRUE-COMFORT SAFETY LANCET 30 GAUGE[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
TRUEDRAW LANCING DEVICE[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
TRUENESS BLOOD GLUCOSE MONITOR[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
TRUENESS GLUCOSE TEST STRIP[NP]	*	QL(200 cada 30 días)	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
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 LANCETS 28 GAUGE[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
TRUEPLUS LANCETS 30 GAUGE[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	GRUPO DE NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
TRUEPLUS LANCETS 33 GAUGE[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(200 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(200 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
TRUZONE PEAK FLOW METER	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
tucks (witch hazel) 50 % topical pads[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
tusnel diabetic 10 mg-100 mg/5 ml oral liquid[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
tusnel-ex 100 mg/5 ml oral liquid[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
tussin 100 mg/5 ml oral liquid[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
tussin 400 mg tablet[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
tussin chest congestion 100 mg/5 ml oral liquid[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
tussin cough (dm only) 15 mg/5 ml oral liquid[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
tussin cough and chest congestion 10 mg-100 mg/5 ml oral liquid[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
tussin dm 10 mg-100 mg/5 ml oral liquid[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	GRUPO DE NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
tussin dm 10 mg-100 mg/5 ml oral syrup[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
tussin dm 20 mg-400 mg tablet[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
tussin dm 5 mg-50 mg/5 ml oral liquid[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
tussin dm clear 10 mg-100 mg/5 ml oral liquid[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
tussin dm cough and chest 10 mg-100 mg/5 ml oral syrup[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
tussin dm cough and chest 5 mg-100 mg/5 ml oral liquid[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
tussin dm max 10 mg-200 mg/5 ml oral liquid[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
tussin dm max 5 mg-100 mg/5 ml oral liquid[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
tussin mucus-chest congestion 100 mg/5 ml oral liquid[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
TUXARIN ER 8 MG-54.3 MG TABLET,EXTENDED RELEASE[NP]	*	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
TWIST LANCETS 30 GAUGE[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
TWIST LANCETS 32 GAUGE[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
TYLENOL 325 MG TABLET[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
TYLENOL 8 HOUR 650 MG TABLET,EXTENDED RELEASE[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
TYLENOL ARTHRITIS PAIN 650 MG TABLET,EXTENDED RELEASE[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
TYLENOL EXTRA STRENGTH 500 MG TABLET[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
tylenol pm extra strength 25 mg-500 mg tablet[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
UDAMIN SP 1,000 MCG-320 MG TABLET[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
ULTI-LANCE KIT[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
ULTI-LANCE MISC[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
ULTICARE 0.3 ML 30 GAUGE X 1/2" SYRINGE[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
ULTICARE 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16" SYRINGE[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
ULTICARE 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2" SYRINGE[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
ULTICARE 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16" SYRINGE[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
ULTICARE 1 ML 25 GAUGE X 5/8" SYRINGE	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
ULTICARE 1 ML 30 GAUGE X 1/2" SYRINGE[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
ULTICARE 1 ML 31 GAUGE X 5/16" SYRINGE[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	GRUPO DE NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
ULTICARE INSULIN SYRINGE (HALF UNIT) 0.3 ML 31 GAUGE X 1/4"OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
ULTICARE INSULIN SYRINGE 0.3 ML 31 GAUGE X 1/4"OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
ULTICARE INSULIN SYRINGE 1 ML 31 GAUGE X 1/4"OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
ULTICARE INSULIN SYRINGE 1/2 ML 31 GAUGE X 1/4"OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
ULTICARE PEN NEEDLE 29 GAUGE X 1/2"OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
ULTICARE PEN NEEDLE 31 GAUGE X 1/4"OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
ULTICARE PEN NEEDLE 31 GAUGE X 3/16"OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
ULTICARE PEN NEEDLE 31 GAUGE X 5/16"OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
ULTICARE PEN NEEDLE 32 GAUGE X 1/4"OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
ULTICARE PEN NEEDLE 32 GAUGE X 5/32"OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
ULTICARE SAFETY PEN NEEDLE 30 GAUGE X 3/16"OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
ULTICARE SAFETY PEN NEEDLE 30 GAUGE X 5/16"OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
ULTIGUARD SAFEPACK-INSULIN SYRINGE 0.3 ML 30 X 1/2"OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
ULTIGUARD SAFEPACK-INSULIN SYRINGE 0.3 ML 31 X 5/16"OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
ULTIGUARD SAFEPACK-INSULIN SYRINGE 1 ML 30 X 1/2"OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
ULTIGUARD SAFEPACK-INSULIN SYRINGE 1 ML 31 X 5/16"OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
ULTIGUARD SAFEPACK-INSULIN SYRINGE 1/2 ML 30 X 1/2"OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
ULTIGUARD SAFEPACK-INSULIN SYRINGE 1/2 ML 31 X 5/16"OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
ULTIGUARD SAFEPACK-PEN NEEDLE 29 GAUGE X 1/2"OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
ULTIGUARD SAFEPACK-PEN NEEDLE 31 GAUGE X 1/4"OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
ULTIGUARD SAFEPACK-PEN NEEDLE 31 GAUGE X 3/16"OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
ULTIGUARD SAFEPACK-PEN NEEDLE 31 GAUGE X 5/16"OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
ULTIGUARD SAFEPACK-PEN NEEDLE 32 GAUGE X 1/4"OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
ULTIGUARD SAFEPACK-PEN NEEDLE 32 GAUGE X 5/32"OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
ULTILET ALCOHOL SWABOTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
ULTILET BASIC LANCETS 30 GAUGEOTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
ULTILET CLASSIC LANCETSOTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	GRUPO DE NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
ULTILET CLASSIC LANCETS 28 GAUGE OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
ULTILET CLASSIC LANCETS 30 GAUGE OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
ULTILET CLASSIC LANCETS 33 GAUGE OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
ULTILET INSULIN SYRINGE 0.3 ML 29 GAUGE OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
ULTILET INSULIN SYRINGE 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2" OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
ULTILET INSULIN SYRINGE 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16" OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
ULTILET INSULIN SYRINGE 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16" OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
ULTILET INSULIN SYRINGE 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2" OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
ULTILET INSULIN SYRINGE 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16" OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
ULTILET INSULIN SYRINGE 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16" OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
ULTILET INSULIN SYRINGE 1 ML 29 GAUGE OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
ULTILET INSULIN SYRINGE 1 ML 29 GAUGE X 1/2" OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
ULTILET INSULIN SYRINGE 1 ML 30 GAUGE X 5/16" OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
ULTILET INSULIN SYRINGE 1 ML 31 GAUGE X 5/16" OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
ULTILET INSULIN SYRINGE 1/2 ML 29 OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
ULTILET LANCETS 28 GAUGE OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
ULTILET LANCETS 30 GAUGE OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
ULTILET LANCETS 33 GAUGE OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
ULTILET PEN NEEDLE 29 GAUGE OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
ULTILET PEN NEEDLE 32 GAUGE X 5/32" OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
ULTILET SAFETY LANCETS 23 GAUGE OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
ULTIMA MONITOR NP	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
ULTIMA TEST STRIPS NP	*	QL(200 cada 30 dÍas)	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
ULTRA ANTIOXIDANT FORMULA TABLET OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
ULTRA COMFORT INSULIN SYRINGE (HALF UNIT) 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2" OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
ULTRA COMFORT INSULIN SYRINGE (HALF UNIT) 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16" OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
ULTRA COMFORT INSULIN SYRINGE 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2" OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	GRUPO DE NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
ULTRA COMFORT INSULIN SYRINGE 0.3 ML 30 OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
ULTRA COMFORT INSULIN SYRINGE 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16" OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
ULTRA COMFORT INSULIN SYRINGE 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2" OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
ULTRA COMFORT INSULIN SYRINGE 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16" OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
ULTRA COMFORT INSULIN SYRINGE 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16" OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
ULTRA COMFORT INSULIN SYRINGE 1 ML 28 GAUGE X 1/2" OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
ULTRA COMFORT INSULIN SYRINGE 1 ML 29 GAUGE X 1/2" OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
ULTRA COMFORT INSULIN SYRINGE 1 ML 30 GAUGE X 5/16" OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
ULTRA COMFORT INSULIN SYRINGE 1 ML 31 GAUGE X 5/16" OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
ULTRA COMFORT INSULIN SYRINGE 1/2 ML 28 GAUGE OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
ULTRA COMFORT INSULIN SYRINGE 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2" OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
ULTRA COMFORT INSULIN SYRINGE 1/2 ML 29 OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
ULTRA FINE LANCETS 30 GAUGE OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
ULTRA FLO INSULIN SYRINGE (HALF UNIT) 0.3 ML 30 GAUGE X 1/2" OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
ULTRA FLO INSULIN SYRINGE (HALF UNIT) 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16" OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
ULTRA FLO INSULIN SYRINGE (HALF UNIT) 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16" OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
ULTRA FLO INSULIN SYRINGE 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2" OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
ULTRA FLO INSULIN SYRINGE 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16" OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
ULTRA FLO INSULIN SYRINGE 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16" OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
ULTRA FLO INSULIN SYRINGE 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2" OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
ULTRA FLO PEN NEEDLE 29 GAUGE X 1/2" OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
ULTRA FLO PEN NEEDLE 31 GAUGE X 3/16" OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
ULTRA FLO PEN NEEDLE 31 GAUGE X 5/16" OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
ULTRA FLO PEN NEEDLE 32 GAUGE X 5/32" OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
ULTRA FLO PEN NEEDLE 33 GAUGE X 5/32" OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
ULTRA FREEDA 267 MCG TABLET OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
ULTRA FREEDA 6 MG IRON-267 MCG TABLET OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	GRUPO DE NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
ultra fresh 0.5 % eye drops OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
ultra fresh pm eye ointment OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
ultra lubricant eye 0.4 %-0.3 % drops OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
ULTRA THIN II LANCETS 30 GAUGE OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
ULTRA THIN LANCETS OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
ULTRA THIN LANCETS 28 GAUGE OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
ULTRA THIN LANCETS 30 GAUGE OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
ULTRA THIN LANCETS 31 GAUGE OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
ULTRA THIN PEN NEEDLE 32 GAUGE X 5/32" OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
ULTRA TLC LANCETS OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
ultra tuss safe 10 mg-100 mg/5 ml oral syrup OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
ULTRA-CARE LANCETS 30 GAUGE OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
ULTRA-FINE INSULIN SYRINGE (HALF UNIT) 0.3 ML 31 GAUGE X 15/64" OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
ULTRA-FINE INSULIN SYRINGE (HALF UNIT) 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16" OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
ULTRA-FINE INSULIN SYRINGE 0.3 ML 30 GAUGE X 1/2" OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
ULTRA-FINE INSULIN SYRINGE 0.3 ML 31 GAUGE X 15/64" OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
ULTRA-FINE INSULIN SYRINGE 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16" OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
ULTRA-FINE INSULIN SYRINGE 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2" OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
ULTRA-FINE INSULIN SYRINGE 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16" OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
ULTRA-FINE INSULIN SYRINGE 1 ML 30 GAUGE X 1/2" OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
ULTRA-FINE INSULIN SYRINGE 1 ML 31 GAUGE X 15/64" OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
ULTRA-FINE INSULIN SYRINGE 1 ML 31 GAUGE X 5/16" OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
ULTRA-FINE INSULIN SYRINGE 1/2 ML 31 GAUGE X 15/64" OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
ULTRA-FINE PEN NEEDLE 29 GAUGE X 1/2" OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
ULTRA-FINE PEN NEEDLE 31 GAUGE X 3/16" OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
ULTRA-FINE PEN NEEDLE 31 GAUGE X 5/16" OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
ULTRA-FINE PEN NEEDLE 32 GAUGE X 1/4" OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	GRUPO DE NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
ULTRA-THIN II (SHORT) INSULIN SYRINGE 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16"OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
ULTRA-THIN II (SHORT) INSULIN SYRINGE 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
ULTRA-THIN II (SHORT) INSULIN SYRINGE 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
ULTRA-THIN II (SHORT) INSULIN SYRINGE 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
ULTRA-THIN II (SHORT) INSULIN SYRINGE 1 ML 30 GAUGE X 5/16"OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
ULTRA-THIN II (SHORT) INSULIN SYRINGE 1 ML 31 GAUGE X 5/16"OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
ULTRA-THIN II (SHORT) PEN NDL 31 GAUGE X 5/16" NEEDLEOTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
ULTRA-THIN II INSULIN PEN NEEDLES 29 GAUGE X 1/2"OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
ULTRA-THIN II INSULIN SYRINGE 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
ULTRA-THIN II INSULIN SYRINGE 1 ML 29 GAUGE X 1/2"OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
ULTRA-THIN II LANCETS 28 GAUGEOTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
ULTRACARE INSULIN SYRINGE 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16"OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
ULTRACARE INSULIN SYRINGE 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
ULTRACARE INSULIN SYRINGE 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2"OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
ULTRACARE INSULIN SYRINGE 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
ULTRACARE INSULIN SYRINGE 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
ULTRACARE INSULIN SYRINGE 1 ML 30 GAUGE X 1/2"OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
ULTRACARE INSULIN SYRINGE 1 ML 30 GAUGE X 5/16"OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
ULTRACARE INSULIN SYRINGE 1 ML 31 GAUGE X 5/16"OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
ULTRACARE PEN NEEDLE 31 GAUGE X 1/4"OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
ULTRACARE PEN NEEDLE 31 GAUGE X 3/16"OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
ULTRACARE PEN NEEDLE 31 GAUGE X 5/16"OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
ULTRACARE PEN NEEDLE 32 GAUGE X 1/4"OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
ULTRACARE PEN NEEDLE 32 GAUGE X 3/16"OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
ULTRACARE PEN NEEDLE 32 GAUGE X 5/32"OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
ULTRACARE PEN NEEDLE 33 GAUGE X 5/32"OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
ULTRALANCE LANCETS 26 GAUGEOTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	GRUPO DE NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
ULTRALANCE LANCETS 28 GAUGE[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
ultrathon 25 % topical spray[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
UNIFINE OTC PEN NEEDLE 31 GAUGE X 3/16"[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
UNIFINE OTC PEN NEEDLE 32 GAUGE X 5/32"[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
UNIFINE PENTIPS 29 GAUGE X 1/2" NEEDLE[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
UNIFINE PENTIPS 31 GAUGE X 1/4" NEEDLE[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
UNIFINE PENTIPS 31 GAUGE X 3/16" NEEDLE[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
UNIFINE PENTIPS 31 GAUGE X 5/16" NEEDLE[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
UNIFINE PENTIPS 32 GAUGE X 1/4" NEEDLE[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
UNIFINE PENTIPS 32 GAUGE X 5/32" NEEDLE[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
UNIFINE PENTIPS 33 GAUGE X 5/32" NEEDLE[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
UNIFINE PENTIPS MAXFLOW 30 GAUGE X 3/16" NEEDLE[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
UNIFINE PENTIPS PLUS 29 GAUGE X 1/2" NEEDLE[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
UNIFINE PENTIPS PLUS 31 GAUGE X 1/4" NEEDLE[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
UNIFINE PENTIPS PLUS 31 GAUGE X 3/16" NEEDLE[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
UNIFINE PENTIPS PLUS 31 GAUGE X 5/16" NEEDLE[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
UNIFINE PENTIPS PLUS 32 GAUGE X 5/32" NEEDLE[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
UNIFINE PENTIPS PLUS 33 GAUGE X 5/32" NEEDLE[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
UNIFINE PENTIPS PLUS MAXFLOW 30 GAUGE X 3/16" NEEDLE[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
UNIFINE PROTECT 30 GAUGE X 3/16" NEEDLE[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
UNIFINE PROTECT 30 GAUGE X 5/16" NEEDLE[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
UNIFINE PROTECT 32 GAUGE X 5/32" NEEDLE[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
UNIFINE SAFECONTROL PEN NEEDLE 30 GAUGE X 3/16"[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
UNIFINE SAFECONTROL PEN NEEDLE 30 GAUGE X 5/16"[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
UNIFINE SAFECONTROL PEN NEEDLE 31 GAUGE X 1/4"[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
UNIFINE SAFECONTROL PEN NEEDLE 31 GAUGE X 3/16"[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
UNIFINE SAFECONTROL PEN NEEDLE 31 GAUGE X 5/16"[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	GRUPO DE NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
UNIFINE SAFECONTROL PEN NEEDLE 32 GAUGE X 5/32"OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
UNIFINE ULTRA PEN NEEDLE 29 GAUGE X 1/2"OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
UNIFINE ULTRA PEN NEEDLE 31 GAUGE X 1/4"OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
UNIFINE ULTRA PEN NEEDLE 31 GAUGE X 3/16"OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
UNIFINE ULTRA PEN NEEDLE 31 GAUGE X 5/16"OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
UNIFINE ULTRA PEN NEEDLE 32 GAUGE X 1/4"OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
UNIFINE ULTRA PEN NEEDLE 32 GAUGE X 5/32"OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
UNIFINE ULTRA PEN NEEDLE 34 GAUGE X 9/64"OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
UNILET COMFORTOUCH LANCETOTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
UNILET COMFORTOUCH LANCET 26 GAUGEOTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
UNILET GP LANCETOTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
UNILET LANCET 28 GAUGEOTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
UNILET LANCET 33 GAUGEOTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
UNILET LANCETS 30 GAUGEOTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
UNILET SUPER THIN LANCETS 30 GAUGEOTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
UNISTIK 2 DEVICE KITOTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
UNISTIK 2 EXTRA LANCET 21 GAUGEOTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
UNISTIK 2 NORMAL LANCET 21 GAUGEOTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
UNISTIK 3 COMFORT LANCET 28 GAUGEOTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
UNISTIK 3 DUAL LANCET 18 GAUGEOTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
UNISTIK 3 EXTRA LANCET 21 GAUGEOTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
UNISTIK 3 GENTLE 30 GAUGEOTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
UNISTIK 3 NORMAL LANCET 23 GAUGEOTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
UNISTIK COMFORT LANCETS 28 GAUGEOTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
UNISTIK CZT LANCET 23 GAUGEOTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
UNISTIK CZT LANCET 28 GAUGEOTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
UNISTIK EXTRA LANCETS 21 GAUGEOTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	GRUPO DE NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
UNISTIK NORMAL LANCETS 23 GAUGE OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
UNISTIK PRO LANCET 21 GAUGE OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
UNISTIK PRO LANCET 25 GAUGE OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
UNISTIK PRO LANCET 28 GAUGE OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
UNISTIK SAFETY 28 GAUGE OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
UNISTIK SAFETY 30 GAUGE OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
UNISTIK TOUCH LANCETS 21 GAUGE OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
UNISTIK TOUCH LANCETS 23 GAUGE OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
UNISTIK TOUCH LANCETS 28 GAUGE OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
UNISTIK TOUCH LANCETS 30 GAUGE OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
UNISTRIP1 TEST STRIP NP	*	QL(200 cada 30 días)	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
UNIVERSAL 1 LANCETS 26 GAUGE OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
urinary pain relief 95 mg tablet OTC	1	QL(30 cada 60 días)	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
urinary pain relief 97.5 mg tablet OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
urinary pain relief 99.5 mg tablet OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
uro-pain 95 mg tablet OTC	1	QL(30 cada 60 días)	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
v-c forte 1 mg capsule OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
VAGINAL CONTRACEPTIVE FILM 28 % OTC	1	QL(30 cada 30 días)	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
VANACOF XP 18 MG-396 MG/15 ML ORAL LIQUID OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
VANALICE 0.3 %-3.5 % TOPICAL GEL OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
VANISHPOINT INSULIN SYRINGE 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16" OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
VANISHPOINT INSULIN SYRINGE 1 ML 30 GAUGE X 3/16" OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
VANISHPOINT SYRINGE 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2" OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
VANISHPOINT SYRINGE 1 ML 29 GAUGE X 1/2" OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
vanquish 250 mg-250 mg-65 mg tablet OTC	1	QL(80 cada 30 días)	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
vcf contraceptive 4 % vaginal gel OTC	1	QL(153 cada 30 días)	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
VCF CONTRACEPTIVE FILM 28 % VAGINAL OTC	1	QL(30 cada 30 días)	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	GRUPO DE NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
vegetable laxative 8.6 mg tablet OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
vegetable laxative-stool softener 8.6 mg-50 mg tablet OTC	1	QL(240 cada 30 días)	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
VEKLURY 100 MG INTRAVENOUS POWDER FOR SOLUTION	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
ventiva tears 0.5 % eye drops OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
VERIFINE INSULIN SYRINGE 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16" OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
VERIFINE INSULIN SYRINGE 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2" OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
VERIFINE INSULIN SYRINGE 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16" OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
VERIFINE INSULIN SYRINGE 1 ML 29 GAUGE X 1/2" OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
VERIFINE INSULIN SYRINGE 1 ML 31 GAUGE X 5/16" OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
VERIFINE PEN NEEDLE 29 GAUGE X 1/2" OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
VERIFINE PEN NEEDLE 31 GAUGE X 1/4" OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
VERIFINE PEN NEEDLE 31 GAUGE X 3/16" OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
VERIFINE PEN NEEDLE 31 GAUGE X 5/16" OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
VERIFINE PEN NEEDLE 32 GAUGE X 1/4" OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
VERIFINE PEN NEEDLE 32 GAUGE X 3/16" OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
VERIFINE PEN NEEDLE 32 GAUGE X 5/32" OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
VERIFINE PLUS PEN NEEDLE 31 GAUGE X 3/16" OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
VERIFINE PLUS PEN NEEDLE 31 GAUGE X 5/16" OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
VERIFINE PLUS PEN NEEDLE 32 GAUGE X 5/32" OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
VERIFINE PLUS PEN NEEDLE-SHARPS CONTAINER 32 GAUGE X 5/32" OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
VERIFINE SAFETY LANCET MINI 21 GAUGE OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
VERIFINE SAFETY LANCET MINI 23 GAUGE OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
VERIFINE SAFETY LANCET MINI 28 GAUGE OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
VERIFINE SAFETY LANCET MINI 30 GAUGE OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
VERIFINE UNIVERSAL LANCET 28 GAUGE OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
VERIFINE UNIVERSAL LANCET 30 GAUGE OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
VERIFINE UNIVERSAL LANCET 33 GAUGE OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	GRUPO DE NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
vic-forte 1 mg capsule[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
VICKS DAYQUIL MUCUS CONTROL DM 10 MG-200 MG/15 ML ORAL LIQUID[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
virex 1 million cell tablet[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
vision formula (with lutein) 300 mcg-200 mg-27 mg-2 mg tablet[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
vision formula(a-c-e-zn-se-cu) 1,000 unit-60 mg-30 unit tablet[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
vision health 250 mg-90 mg-40 mg-2 mg-5 mg capsule[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
VISION OPTIMIZER 66.6MG-3.33MCG-3.33MG-0.66MG CAPSULE[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
vision plus lutein tablet[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
VISTA ADVANCED AREDS2 250 MG-137.5 MG-12.5 MG CAPSULE[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
VISTA ADVANCED DRY EYE 250 MG-667 MG-12.5 MG-12.5MCG CAPSULE[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
vista gel 0.3 % eye gel[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
VITABEX PLUS 500 MCG-25 MG-10 MG CAPSULE[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
vitajoy daily d 25 mcg (1,000 unit) chewable tablet[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
vitajoy melatonin 2.5 mg 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
vitalets chewable tablet[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
vitamin a 2,400 mcg capsule[OTC]	1	QL(30 cada 30 días)	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
vitamin a 3,000 mcg (10,000 unit) capsule[OTC]	1	QL(30 cada 30 días)	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	GRUPO DE NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
vitamin a palmitate 3,000 mcg (10,000 unit) capsule[OTC]	1	QL(30 cada 30 dÍas)	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
vitamin a palmitate 3,000 mcg (10,000 unit) tablet[OTC]	1	QL(30 cada 30 dÍas)	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
vitamin b complex tablet[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
vitamin b complex-vitamin c-folic acid 400 mcg tablet[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
vitamin b-1 (mononitrate) 100 mg tablet[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
vitamin b-1 100 mg tablet[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
vitamin b-1 250 mg tablet[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
vitamin b-1 50 mg tablet[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
vitamin b-12 1,000 mcg tablet[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
vitamin b-2 100 mg tablet[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
vitamin b-2 50 mg tablet[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
vitamin b-6 100 mg tablet[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
vitamin b-6 25 mg tablet[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
vitamin b-6 250 mg tablet[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
vitamin b-6 50 mg tablet[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
vitamin c 1,000 mg tablet[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
vitamin c 250 mg tablet[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
vitamin c 500 mg tablet[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
vitamin c er 1,000 mg tablet,extended release[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
vitamin c with rose hips 1,000 mg tablet[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
vitamin c with rose hips 500 mg tablet[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
vitamin d2 1,250 mcg (50,000 unit) capsule	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
vitamin d3 10 mcg (400 unit) capsule[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
vitamin d3 10 mcg (400 unit) chewable tablet[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
vitamin d3 10 mcg (400 unit) tablet[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
vitamin d3 125 mcg (5,000 unit) tablet[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
vitamin d3 25 mcg (1,000 unit) capsule[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	GRUPO DE NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
vitamin d3 25 mcg (1,000 unit) chewable tablet[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
vitamin d3 25 mcg (1,000 unit) tablet[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
vitamin d3 50 mcg (2,000 unit) capsule[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
vitamin d3 50 mcg (2,000 unit) tablet[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
VITAMIN D3 COMPLETE 18 MG IRON-800 MCG-150 MG TABLET[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
vitamin e (dl, acetate) 180 mg (400 unit) capsule[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
vitamin e (dl, acetate) 22.5 mg (50 unit)/ml oral drops[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
vitamin e (dl, acetate) 45 mg (100 unit) capsule[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
vitamin e (dl, acetate) 90 mg (200 unit) capsule[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
vitamin e 268 mg (400 unit) capsule[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
vitamin e acetate 134 mg (200 unit) capsule[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
vitamin e mixed 400 unit capsule[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
vitamin k 1 mg/0.5 ml injection solution	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
vitamin k1 10 mg/ml injection solution	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
vitamins a and d-white petrolatum-lanolin topical ointment[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
vitamins a-d-e with selenium 10,000 unit-400 unit tablet[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
vitamins b complex tablet[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
VITASCRIPT 1,000 MCG-75 MG-10 MG TABLET[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
VITATRUM 18 MG-500 MCG-300 MCG-250 MCG TABLET[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
VITEYES AREDS 2 COQ10 250 MG-90 MG-40 MG-1 MG-5 MG CAPSULE[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
viteyes areds 2 plus multivit 200 mcg-15 mcg-5 mg-1 mg capsule[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
viteyes areds-2 250 mg-90 mg-40 mg-1 mg capsule[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
VITRAX MULTIVITAMIN 400 MCG TABLET[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
VITREXYL 1,000 MCG TABLET[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
VITREXYL PLUS IRON 27 MG IRON-1 MG TABLET[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
VITRION 400 MCG TABLET[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
VITRUM SENIOR 500 MCG-300 MCG-250 MCG TABLET[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	GRUPO DE NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
vitrum senior tablet[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(200 cada 30 días)	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
VIVAGUARD LANCET 30 GAUGE[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
VIVAGUARD LANCING DEVICE[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
VIVAGUARD SAFETY LANCET 28 GAUGE[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
VORTEX HOLDING CHAMBER	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
VORTEX VHC FROG MASK-CHILD	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
VORTEX VHC LADYBUG MASK-TODDLER	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
wal-dram 50 mg tablet[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
wal-itin d 10 mg-240 mg tablet,extended release[OTC]	1	ST,QL(30 cada 30 días)	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
wal-itin d 12 hour 5 mg-120 mg tablet,extended release[OTC]	1	ST,QL(60 cada 30 días)	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 natural fiber laxative 3.4 gram/12 gram oral powder[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
wal-phed 12 hour 120 mg tablet,extended release[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
wal-phed 30 mg tablet[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
wal-phed d 120 mg tablet,extended release[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
wal-zyr (ketotifen) 0.025 % (0.035 %) eye drops[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
wal-zyr d 5 mg-120 mg tablet,extended release[OTC]	1	ST,QL(60 cada 30 días)	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
WEBCOL TOPICAL PADS[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
weekly-d 1,250 mcg (50,000 unit) capsule[OTC]	1	QL(12 cada 28 días)	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	GRUPO DE NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
WEGOVY 0.25 MG/0.5 ML SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR[NP]	*	PA,QL(2 cada 28 días)	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
WEGOVY 0.5 MG/0.5 ML SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR[NP]	*	PA,QL(2 cada 28 días)	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
WEGOVY 1 MG/0.5 ML SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR[NP]	*	PA,QL(2 cada 28 días)	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
WEGOVY 1.5 MG TABLET[NP]	*	PA,QL(30 cada 30 días)	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
WEGOVY 1.7 MG/0.75 ML SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR[NP]	*	PA,QL(3 cada 28 días)	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
WEGOVY 2.4 MG/0.75 ML SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR[NP]	*	PA,QL(3 cada 28 días)	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
WEGOVY 25 MG TABLET[NP]	*	PA,QL(30 cada 30 días)	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
WEGOVY 4 MG TABLET[NP]	*	PA,QL(30 cada 30 días)	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
WEGOVY 9 MG TABLET[NP]	*	PA,QL(30 cada 30 días)	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
WEGOVY HD 7.2 MG/0.75 ML SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR[NP]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
wellfola 20 mg iron-1,670 mcg dfe tablet[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
WIDE-SEAL DIAPHRAGM 60 MM VAGINAL	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
WIDE-SEAL DIAPHRAGM 65 MM VAGINAL	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
WIDE-SEAL DIAPHRAGM 70 MM VAGINAL	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
WIDE-SEAL DIAPHRAGM 75 MM VAGINAL	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
WIDE-SEAL DIAPHRAGM 80 MM VAGINAL	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
WIDE-SEAL DIAPHRAGM 85 MM VAGINAL	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
WIDE-SEAL DIAPHRAGM 90 MM VAGINAL	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
WIDE-SEAL DIAPHRAGM 95 MM VAGINAL	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
woman's laxative (bisacodyl) 5 mg tablet[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
women's 50 plus advanced 400 mcg-20 mcg 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 50 plus multivitamin 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

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	GRUPO DE NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
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 18 mg-400 mcg-500 mg-50 mcg tablet[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
women's multivitamin gummies 200 mcg chewable tablet[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
WOMEN'S MULTIVITAMIN WITH BIOTIN 200 MCG-300 MCG CHEWABLE TABLET[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
WOMEN'S MULTIVITAMIN WITH COLLAGEN 200 MCG-25 MG 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
womens daily gummies 200 mcg chewable tablet[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
xcellent a 3,000 mcg (10,000 unit) capsule[OTC]	1	QL(30 cada 30 días)	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
yelets 18 mg-400 mcg tablet[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
zaditor 0.025 % (0.035 %) eye drops[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
ZEPBOUND 10 MG/0.5 ML SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR	1	PA,QL(2 cada 28 días)	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
ZEPBOUND 10 MG/0.5 ML SUBCUTANEOUS SOLUTION	1	PA,QL(2 cada 28 días)	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
ZEPBOUND 12.5 MG/0.5 ML SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR	1	PA,QL(2 cada 28 días)	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
ZEPBOUND 12.5 MG/0.5 ML SUBCUTANEOUS SOLUTION	1	PA,QL(2 cada 28 días)	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
ZEPBOUND 15 MG/0.5 ML SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR	1	PA,QL(2 cada 28 días)	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
ZEPBOUND 15 MG/0.5 ML SUBCUTANEOUS SOLUTION	1	PA,QL(2 cada 28 días)	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
ZEPBOUND 2.5 MG/0.5 ML SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR	1	PA,QL(12 cada 28 días)	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
ZEPBOUND 2.5 MG/0.5 ML SUBCUTANEOUS SOLUTION	1	PA,QL(12 cada 28 días)	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
ZEPBOUND 5 MG/0.5 ML SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR	1	PA,QL(6 cada 28 días)	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
ZEPBOUND 5 MG/0.5 ML SUBCUTANEOUS SOLUTION	1	PA,QL(6 cada 28 días)	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
ZEPBOUND 7.5 MG/0.5 ML SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR	1	PA,QL(4 cada 28 días)	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
ZEPBOUND 7.5 MG/0.5 ML SUBCUTANEOUS SOLUTION	1	PA,QL(4 cada 28 días)	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
ZEPBOUND KWIKPEN 10 MG/0.6 ML (40 MG/2.4 ML) SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR	1	PA,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	1	PA,QL(2.4 cada 28 días)	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
ZEPBOUND KWIKPEN 15 MG/0.6 ML (60 MG/2.4 ML) SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR	1	PA,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	1	PA,QL(2.4 cada 28 días)	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	GRUPO DE NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
ZEPBOUND KWIKPEN 5 MG/0.6 ML (20 MG/2.4 ML) SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR	1	PA,QL(2.4 cada 28 dÍas)	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
ZEPBOUND KWIKPEN 7.5 MG/0.6 ML(30 MG/2.4 ML) SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR	1	PA,QL(2.4 cada 28 dÍas)	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
zephrex-d 30 mg tablet[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
zinc oxide 20 % topical ointment[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
zinc oxide diaper cream 1 %-10 % topical[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
zinc with vitamins a and c 15 mg lozenges[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
zyncof 20 mg-400 mg tablet[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
ZYNCOF 20 MG-400 MG/5 ML ORAL LIQUID[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
ZYRTEC-D 5 MG-120 MG TABLET,EXTENDED RELEASE[OTC]	1	ST,QL(60 cada 30 dÍas)	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
acetaminophen 120 mg-codeine 12 mg/5 ml (5 ml) oral solution	1	PA	ANALGÉSICOS
acetaminophen 120 mg-codeine 12 mg/5 ml oral solution	1	PA	ANALGÉSICOS
acetaminophen 300 mg-codeine 15 mg tablet	1	PA	ANALGÉSICOS
acetaminophen 300 mg-codeine 30 mg tablet	1	PA	ANALGÉSICOS
acetaminophen 300 mg-codeine 30 mg/12.5 ml (12.5 ml) oral solution	1	PA	ANALGÉSICOS
acetaminophen 300 mg-codeine 60 mg tablet	1	PA	ANALGÉSICOS
acetaminophen 320.5 mg-caffeine 30 mg-dihydrocodeine 16 mg capsule[NP]	*		ANALGÉSICOS
addaprin 200 mg tablet[OTC]	1		ANALGÉSICOS
ADVIL 200 MG TABLET[OTC]	1		ANALGÉSICOS
ADVIL JUNIOR STRENGTH 100 MG CHEWABLE TABLET[OTC]	1		ANALGÉSICOS
ALEVE 220 MG TABLET[OTC]	1	QL(90 cada 30 dÍas)	ANALGÉSICOS
aleve arthritis pain gel (diclofenac) 1 % topical[OTC]	1		ANALGÉSICOS
all day pain relief 220 mg tablet[OTC]	1	QL(90 cada 30 dÍas)	ANALGÉSICOS
all day relief 220 mg tablet[OTC]	1	QL(90 cada 30 dÍas)	ANALGÉSICOS
arthritis pain (diclofenac) 1 % topical gel[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	PA	ANALGÉSICOS
aspercreme arthritis pain 1 % topical gel[OTC]	1		ANALGÉSICOS
BELBUCA 150 MCG BUCCAL FILM[NP]	*	PA	ANALGÉSICOS
BELBUCA 300 MCG BUCCAL FILM[NP]	*	PA	ANALGÉSICOS
BELBUCA 450 MCG BUCCAL FILM[NP]	*	PA	ANALGÉSICOS
BELBUCA 600 MCG BUCCAL FILM[NP]	*	PA	ANALGÉSICOS
BELBUCA 75 MCG BUCCAL FILM[NP]	*	PA	ANALGÉSICOS

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	GRUPO DE NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
BELBUCA 750 MCG BUCCAL FILM[NP]	*	PA	ANALGÉSICOS
BELBUCA 900 MCG BUCCAL FILM[NP]	*	PA	ANALGÉSICOS
buprenorphine 10 mcg/hour weekly transdermal patch[NP]	*	PA,QL(4 cada 28 días)	ANALGÉSICOS
buprenorphine 15 mcg/hour weekly transdermal patch[NP]	*	PA,QL(4 cada 28 días)	ANALGÉSICOS
buprenorphine 20 mcg/hour weekly transdermal patch[NP]	*	PA,QL(4 cada 28 días)	ANALGÉSICOS
buprenorphine 5 mcg/hour weekly transdermal patch[NP]	*	PA,QL(4 cada 28 días)	ANALGÉSICOS
buprenorphine 7.5 mcg/hour weekly transdermal patch[NP]	*	PA,QL(4 cada 28 días)	ANALGÉSICOS
buprenorphine hcl 0.3 mg/ml injection solution	1	PA	ANALGÉSICOS
buprenorphine hcl 0.3 mg/ml injection syringe	1	PA	ANALGÉSICOS
butorphanol 1 mg/ml injection solution	1	PA	ANALGÉSICOS
butorphanol 10 mg/ml nasal spray	1	PA,QL(2.5 cada 30 días)	ANALGÉSICOS
butorphanol 2 mg/ml injection solution	1	PA	ANALGÉSICOS
BUTRANS 10 MCG/HOUR TRANSDERMAL PATCH	1	PA,QL(4 cada 28 días)	ANALGÉSICOS
BUTRANS 15 MCG/HOUR TRANSDERMAL PATCH	1	PA,QL(4 cada 28 días)	ANALGÉSICOS
BUTRANS 20 MCG/HOUR TRANSDERMAL PATCH	1	PA,QL(4 cada 28 días)	ANALGÉSICOS
BUTRANS 5 MCG/HOUR TRANSDERMAL PATCH	1	PA,QL(4 cada 28 días)	ANALGÉSICOS
BUTRANS 7.5 MCG/HOUR TRANSDERMAL PATCH	1	PA,QL(4 cada 28 días)	ANALGÉSICOS
CELEBREX 100 MG CAPSULE	1		ANALGÉSICOS
CELEBREX 200 MG CAPSULE	1		ANALGÉSICOS
CELEBREX 400 MG CAPSULE	1		ANALGÉSICOS
CELEBREX 50 MG CAPSULE	1		ANALGÉSICOS
celecoxib 100 mg capsule[NP]	*		ANALGÉSICOS
celecoxib 200 mg capsule[NP]	*		ANALGÉSICOS
celecoxib 400 mg capsule[NP]	*		ANALGÉSICOS
celecoxib 50 mg capsule[NP]	*		ANALGÉSICOS
CHILDREN'S ADVIL 100 MG/5 ML ORAL SUSPENSION[OTC]	1		ANALGÉSICOS
children's ibuprofen 100 mg/5 ml oral suspension[OTC]	1		ANALGÉSICOS
CHILDREN'S MOTRIN 100 MG/5 ML ORAL SUSPENSION[OTC]	1		ANALGÉSICOS
children's motrin jr strength 100 mg chewable tablet[OTC]	1		ANALGÉSICOS
children's profen ib 100 mg/5 ml oral suspension[OTC]	1		ANALGÉSICOS
codeine sulfate 15 mg tablet	1	PA	ANALGÉSICOS
codeine sulfate 30 mg tablet	1	PA	ANALGÉSICOS
codeine sulfate 60 mg tablet	1	PA	ANALGÉSICOS
codeine-butalbital-asa-caffeine 30 mg-50 mg-325 mg-40 mg capsule	1	PA	ANALGÉSICOS
CONZIP 100 MG CAPSULE,EXTENDED RELEASE[NP]	*	PA,QL(30 cada 30 días)	ANALGÉSICOS

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	GRUPO DE NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
CONZIP 200 MG CAPSULE,EXTENDED RELEASE[NP]	*	PA,QL(30 cada 30 dÍas)	ANALGÉSICOS
CONZIP 300 MG CAPSULE, EXTENDED RELEASE[NP]	*	PA,QL(30 cada 30 dÍas)	ANALGÉSICOS
DEMEROL (PF) 100 MG/ML INJECTION SYRINGE[NP]	*		ANALGÉSICOS
DEMEROL (PF) 25 MG/ML INJECTION SYRINGE[NP]	*	PA	ANALGÉSICOS
DEMEROL (PF) 50 MG/ML INJECTION SYRINGE[NP]	*	PA	ANALGÉSICOS
DEMEROL (PF) 75 MG/ML INJECTION SYRINGE[NP]	*		ANALGÉSICOS
DEMEROL 50 MG/ML INJECTION SOLUTION[NP]	*	PA	ANALGÉSICOS
diclofenac 1 % topical gel[OTC]	1		ANALGÉSICOS
diclofenac 1 % topical gel	1		ANALGÉSICOS
diclofenac 1.5 % topical drops[NP]	*		ANALGÉSICOS
diclofenac 20 mg/gram/actuation (2 %) topical soln metered-dose pump	1		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 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
DILAUDID (PF) 0.2 MG/ML INJECTION SYRINGE[NP]	*	PA	ANALGÉSICOS
DILAUDID (PF) 0.5 MG/0.5 ML INJECTION SYRINGE[NP]	*	PA	ANALGÉSICOS
DILAUDID (PF) 1 MG/ML INJECTION SYRINGE[NP]	*	PA	ANALGÉSICOS
DILAUDID (PF) 2 MG/ML INJECTION SYRINGE[NP]	*	PA	ANALGÉSICOS
DILAUDID 1 MG/ML ORAL LIQUID[NP]	*	PA	ANALGÉSICOS
DILAUDID 2 MG TABLET[NP]	*	PA	ANALGÉSICOS
DILAUDID 4 MG TABLET[NP]	*	PA	ANALGÉSICOS
DILAUDID 8 MG TABLET[NP]	*	PA	ANALGÉSICOS
DURAMORPH (PF) 0.5 MG/ML INJECTION SOLUTION	1	PA	ANALGÉSICOS
DURAMORPH (PF) 1 MG/ML INJECTION SOLUTION	1	PA	ANALGÉSICOS
ENDOCET 10 MG-325 MG TABLET	1	PA	ANALGÉSICOS
ENDOCET 2.5 MG-325 MG TABLET	1	PA	ANALGÉSICOS
ENDOCET 5 MG-325 MG TABLET	1	PA	ANALGÉSICOS
ENDOCET 7.5 MG-325 MG TABLET	1	PA	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
fentanyl 1,200 mcg lozenge on a handle[NP]	*		ANALGÉSICOS
fentanyl 1,600 mcg lozenge on a handle[NP]	*		ANALGÉSICOS
fentanyl 100 mcg/hr transdermal patch	1	PA,QL(10 cada 30 dÍas)	ANALGÉSICOS
fentanyl 12 mcg/hr transdermal patch	1	PA,QL(10 cada 30 dÍas)	ANALGÉSICOS
fentanyl 200 mcg lozenge on a handle[NP]	*		ANALGÉSICOS

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	GRUPO DE NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
fentanyl 25 mcg/hr transdermal patch	1	PA,QL(10 cada 30 días)	ANALGÉSICOS
fentanyl 37.5 mcg/hour transdermal patch	1	PA	ANALGÉSICOS
fentanyl 400 mcg lozenge on a handle[NP]	*		ANALGÉSICOS
fentanyl 50 mcg/hr transdermal patch	1	PA,QL(10 cada 30 días)	ANALGÉSICOS
fentanyl 600 mcg lozenge on a handle[NP]	*		ANALGÉSICOS
fentanyl 62.5 mcg/hour transdermal patch	1	PA,QL(10 cada 30 días)	ANALGÉSICOS
fentanyl 75 mcg/hr transdermal patch	1	PA,QL(10 cada 30 días)	ANALGÉSICOS
fentanyl 800 mcg lozenge on a handle[NP]	*		ANALGÉSICOS
fentanyl 87.5 mcg/hour transdermal patch	1	PA,QL(10 cada 30 días)	ANALGÉSICOS
FENTORA 100 MCG BUCCAL TABLET, EFFERVESCENT[NP]	*		ANALGÉSICOS
FENTORA 200 MCG BUCCAL TABLET, EFFERVESCENT[NP]	*		ANALGÉSICOS
FENTORA 400 MCG BUCCAL TABLET, EFFERVESCENT[NP]	*		ANALGÉSICOS
FENTORA 600 MCG BUCCAL TABLET, EFFERVESCENT[NP]	*		ANALGÉSICOS
FENTORA 800 MCG BUCCAL TABLET, EFFERVESCENT[NP]	*		ANALGÉSICOS
flanax (naproxen) 220 mg tablet[OTC]	1	QL(90 cada 30 días)	ANALGÉSICOS
flurbiprofen 100 mg tablet	1		ANALGÉSICOS
hydrocodone 10 mg-acetaminophen 300 mg tablet	1	PA	ANALGÉSICOS
hydrocodone 10 mg-acetaminophen 300 mg/15 ml oral solution[NP]	*	PA	ANALGÉSICOS
hydrocodone 10 mg-acetaminophen 325 mg tablet	1	PA	ANALGÉSICOS
hydrocodone 10 mg-acetaminophen 325 mg/15 ml oral solution	1	PA	ANALGÉSICOS
hydrocodone 10 mg-ibuprofen 200 mg tablet	1	PA	ANALGÉSICOS
hydrocodone 2.5 mg-acetaminophen 325 mg tablet	1	PA	ANALGÉSICOS
hydrocodone 5 mg-acetaminophen 300 mg tablet	1	PA	ANALGÉSICOS
hydrocodone 5 mg-acetaminophen 325 mg tablet	1	PA	ANALGÉSICOS
hydrocodone 5 mg-ibuprofen 200 mg tablet	1	PA	ANALGÉSICOS
hydrocodone 7.5 mg-acetaminophen 300 mg tablet	1	PA	ANALGÉSICOS
hydrocodone 7.5 mg-acetaminophen 325 mg tablet	1	PA	ANALGÉSICOS
hydrocodone 7.5 mg-acetaminophen 325 mg/15 ml oral solution	1	PA	ANALGÉSICOS
hydrocodone 7.5 mg-ibuprofen 200 mg tablet	1	PA	ANALGÉSICOS
hydrocodone bitartrate er 10 mg capsule, oral only, extended rel 12 hr[NP]	*	PA,QL(60 cada 30 días)	ANALGÉSICOS
hydrocodone bitartrate er 100 mg tablet, crush resist,extend.rel. 24hr[NP]	*	PA,QL(30 cada 30 días)	ANALGÉSICOS

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	GRUPO DE NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
hydrocodone bitartrate er 120 mg tablet, crush resist,extend.rel. 24hr[NP]	*	PA,QL(30 cada 30 días)	ANALGÉSICOS
hydrocodone bitartrate er 15 mg capsule, oral only, extended rel 12 hr[NP]	*	PA,QL(60 cada 30 días)	ANALGÉSICOS
hydrocodone bitartrate er 20 mg capsule, oral only, extended rel 12 hr[NP]	*	PA,QL(60 cada 30 días)	ANALGÉSICOS
hydrocodone bitartrate er 20 mg tablet,crush resist,extended rel. 24hr[NP]	*	PA,QL(30 cada 30 días)	ANALGÉSICOS
hydrocodone bitartrate er 30 mg capsule, oral only, extended rel 12 hr[NP]	*	PA,QL(60 cada 30 días)	ANALGÉSICOS
hydrocodone bitartrate er 30 mg tablet,crush resist,extended rel. 24hr[NP]	*	PA,QL(30 cada 30 días)	ANALGÉSICOS
hydrocodone bitartrate er 40 mg capsule, oral only, extended rel 12 hr[NP]	*	PA,QL(60 cada 30 días)	ANALGÉSICOS
hydrocodone bitartrate er 40 mg tablet,crush resist,extended rel. 24hr[NP]	*	PA,QL(30 cada 30 días)	ANALGÉSICOS
hydrocodone bitartrate er 50 mg capsule, oral only, extended rel 12 hr[NP]	*	PA,QL(60 cada 30 días)	ANALGÉSICOS
hydrocodone bitartrate er 60 mg tablet,crush resist,extended rel. 24hr[NP]	*	PA,QL(30 cada 30 días)	ANALGÉSICOS
hydrocodone bitartrate er 80 mg tablet,crush resist,extended rel. 24hr[NP]	*	PA,QL(30 cada 30 días)	ANALGÉSICOS
hydromorphone (pf) 0.2 mg/ml injection syringe	1	PA	ANALGÉSICOS
hydromorphone (pf) 0.5 mg/0.5 ml injection syringe	1	PA	ANALGÉSICOS
hydromorphone (pf) 1 mg/ml injection solution	1	PA	ANALGÉSICOS
hydromorphone (pf) 1 mg/ml injection syringe	1	PA	ANALGÉSICOS
hydromorphone (pf) 10 mg/ml injection solution	1	PA	ANALGÉSICOS
hydromorphone (pf) 2 mg/ml injection solution	1	PA	ANALGÉSICOS
hydromorphone (pf) 4 mg/ml injection solution	1	PA	ANALGÉSICOS
HYDROMORPHONE 0.25 MG/0.5 ML INJECTION SYRINGE	1	PA	ANALGÉSICOS
hydromorphone 0.5 mg/0.5 ml injection syringe	1	PA	ANALGÉSICOS
hydromorphone 1 mg/ml injection solution	1	PA	ANALGÉSICOS
hydromorphone 1 mg/ml injection syringe	1	PA	ANALGÉSICOS
hydromorphone 1 mg/ml oral liquid	1	PA	ANALGÉSICOS
hydromorphone 2 mg tablet	1	PA	ANALGÉSICOS
hydromorphone 2 mg/ml injection solution	1	PA	ANALGÉSICOS
hydromorphone 2 mg/ml injection syringe	1	PA	ANALGÉSICOS
hydromorphone 3 mg rectal suppository	1	PA	ANALGÉSICOS
hydromorphone 4 mg tablet	1	PA	ANALGÉSICOS
hydromorphone 4 mg/ml injection syringe	1	PA	ANALGÉSICOS
hydromorphone 8 mg tablet	1	PA	ANALGÉSICOS
hydromorphone er 12 mg tablet,extended release 24 hr[NP]	*	PA,QL(60 cada 30 días)	ANALGÉSICOS
hydromorphone er 16 mg tablet,extended release 24 hr[NP]	*	PA,QL(30 cada 30 días)	ANALGÉSICOS
hydromorphone er 32 mg tablet,extended release 24 hr[NP]	*	PA,QL(60 cada 30 días)	ANALGÉSICOS
hydromorphone er 8 mg tablet,extended release 24 hr[NP]	*	PA,QL(30 cada 30 días)	ANALGÉSICOS
HYSINGLA ER 100 MG TABLET, CRUSH RESISTANT, EXTENDED RELEASE[NP]	*	PA,QL(30 cada 30 días)	ANALGÉSICOS

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	GRUPO DE NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
HYSINGLA ER 120 MG TABLET, CRUSH RESISTANT, EXTENDED RELEASE[NP]	*	PA,QL(30 cada 30 días)	ANALGÉSICOS
HYSINGLA ER 20 MG TABLET, CRUSH RESISTANT, EXTENDED RELEASE[NP]	*	PA,QL(30 cada 30 días)	ANALGÉSICOS
HYSINGLA ER 30 MG TABLET, CRUSH RESISTANT, EXTENDED RELEASE[NP]	*	PA,QL(30 cada 30 días)	ANALGÉSICOS
HYSINGLA ER 40 MG TABLET, CRUSH RESISTANT, EXTENDED RELEASE[NP]	*	PA,QL(30 cada 30 días)	ANALGÉSICOS
HYSINGLA ER 60 MG TABLET, CRUSH RESISTANT, EXTENDED RELEASE[NP]	*	PA,QL(30 cada 30 días)	ANALGÉSICOS
HYSINGLA ER 80 MG TABLET, CRUSH RESISTANT, EXTENDED RELEASE[NP]	*	PA,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 chewable tablet[OTC]	1		ANALGÉSICOS
ibuprofen 100 mg/5 ml oral suspension	1		ANALGÉSICOS
ibuprofen 100 mg/5 ml oral suspension[OTC]	1		ANALGÉSICOS
ibuprofen 200 mg tablet[OTC]	1		ANALGÉSICOS
ibuprofen 400 mg tablet	1		ANALGÉSICOS
ibuprofen 50 mg/1.25 ml oral drops,suspension[OTC]	1		ANALGÉSICOS
ibuprofen 600 mg tablet	1		ANALGÉSICOS
ibuprofen 800 mg tablet	1		ANALGÉSICOS
ibuprofen 800 mg-famotidine 26.6 mg tablet[NP]	*		ANALGÉSICOS
ibuprofen ib 100 mg chewable tablet[OTC]	1		ANALGÉSICOS
ibuprofen jr strength 100 mg chewable tablet[OTC]	1		ANALGÉSICOS
indomethacin 25 mg capsule	1		ANALGÉSICOS
indomethacin 50 mg capsule	1		ANALGÉSICOS
indomethacin er 75 mg capsule,extended release	1		ANALGÉSICOS
INFANT'S ADVIL 50 MG/1.25 ML ORAL DROPS,SUSPENSION[OTC]	1		ANALGÉSICOS
infant's ibuprofen 50 mg/1.25 ml oral drops,suspension[OTC]	1		ANALGÉSICOS
INFANT'S MOTRIN 50 MG/1.25 ML ORAL DROPS,SUSPENSION[OTC]	1		ANALGÉSICOS
infants profenib 50 mg/1.25 ml oral drops,suspension[OTC]	1		ANALGÉSICOS
ketoprofen 50 mg capsule	1		ANALGÉSICOS
ketorolac 10 mg tablet	1		ANALGÉSICOS
levorphanol tartrate 2 mg tablet	1	PA	ANALGÉSICOS
levorphanol tartrate 3 mg tablet	1	PA	ANALGÉSICOS
mediproxen 220 mg tablet[OTC]	1	QL(90 cada 30 días)	ANALGÉSICOS
meloxicam 15 mg tablet	1		ANALGÉSICOS
meloxicam 7.5 mg tablet	1		ANALGÉSICOS
meperidine (pf) 100 mg/ml injection solution	1	PA	ANALGÉSICOS
meperidine (pf) 25 mg/ml injection solution	1	PA	ANALGÉSICOS
meperidine (pf) 50 mg/ml injection solution	1	PA	ANALGÉSICOS
meperidine 50 mg tablet	1	PA	ANALGÉSICOS
meperidine 50 mg/5 ml oral solution	1	PA	ANALGÉSICOS

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	GRUPO DE NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
methadone 10 mg tablet[NP]	*	PA,QL(180 cada 30 días)	ANALGÉSICOS
methadone 10 mg/5 ml oral solution[NP]	*	PA,QL(900 cada 30 días)	ANALGÉSICOS
methadone 10 mg/ml injection solution[NP]	*	PA,QL(180 cada 30 días)	ANALGÉSICOS
methadone 10 mg/ml oral concentrate[NP]	*	PA,QL(180 cada 30 días)	ANALGÉSICOS
methadone 5 mg tablet[NP]	*	PA,QL(360 cada 30 días)	ANALGÉSICOS
methadone 5 mg/5 ml oral solution[NP]	*	PA,QL(1800 cada 30 días)	ANALGÉSICOS
methadone intensol 10 mg/ml oral concentrate[NP]	*	PA,QL(180 cada 30 días)	ANALGÉSICOS
METHADOSE 10 MG/ML ORAL CONCENTRATE[NP]	*	PA,QL(180 cada 30 días)	ANALGÉSICOS
morphine (pf) 0.5 mg/ml injection solution	1	PA	ANALGÉSICOS
morphine (pf) 1 mg/ml injection solution	1	PA	ANALGÉSICOS
morphine (pf) 30 mg/30 ml (1 mg/ml) pca intravenous solution	1	PA	ANALGÉSICOS
morphine 10 mg rectal suppository	1	PA	ANALGÉSICOS
morphine 10 mg/5 ml (2 mg/ml) oral solution	1	PA	ANALGÉSICOS
morphine 10 mg/ml injection solution	1	PA	ANALGÉSICOS
morphine 10 mg/ml intravenous solution	1	PA	ANALGÉSICOS
morphine 10 mg/ml intravenous syringe	1	PA	ANALGÉSICOS
morphine 15 mg immediate release tablet	1	PA	ANALGÉSICOS
morphine 2 mg/ml injection solution	1	PA	ANALGÉSICOS
morphine 2 mg/ml injection syringe	1	PA	ANALGÉSICOS
morphine 2 mg/ml intravenous syringe	1	PA	ANALGÉSICOS
morphine 20 mg rectal suppository	1	PA	ANALGÉSICOS
morphine 20 mg/5 ml (4 mg/ml) oral solution	1	PA	ANALGÉSICOS
morphine 30 mg immediate release tablet	1	PA	ANALGÉSICOS
morphine 30 mg rectal suppository	1	PA	ANALGÉSICOS
morphine 4 mg/ml injection solution	1	PA	ANALGÉSICOS
morphine 4 mg/ml injection syringe	1	PA	ANALGÉSICOS
morphine 4 mg/ml intravenous solution	1	PA	ANALGÉSICOS
morphine 4 mg/ml intravenous syringe	1	PA	ANALGÉSICOS
morphine 5 mg rectal suppository	1	PA	ANALGÉSICOS
morphine 50 mg/ml intravenous solution	1	PA	ANALGÉSICOS
morphine 8 mg/ml intravenous solution	1	PA	ANALGÉSICOS
morphine concentrate 100 mg/5 ml (20 mg/ml) oral solution	1	PA	ANALGÉSICOS
morphine er 10 mg capsule,extended release pellets[NP]	*	PA,QL(60 cada 30 días)	ANALGÉSICOS
morphine er 100 mg capsule,extended release pellets[NP]	*	PA,QL(60 cada 30 días)	ANALGÉSICOS
morphine er 100 mg tablet,extended release	1	PA,QL(90 cada 30 días)	ANALGÉSICOS
morphine er 120 mg capsule,extended release 24 hr multiphase[NP]	*	PA,QL(60 cada 30 días)	ANALGÉSICOS
morphine er 15 mg tablet,extended release	1	PA,QL(90 cada 30 días)	ANALGÉSICOS

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	GRUPO DE NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
morphine er 20 mg capsule,extended release pellets[NP]	*	PA,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]	*	PA,QL(60 cada 30 días)	ANALGÉSICOS
morphine er 30 mg capsule,extended release pellets[NP]	*	PA,QL(60 cada 30 días)	ANALGÉSICOS
morphine er 30 mg tablet,extended release	1	PA,QL(90 cada 30 días)	ANALGÉSICOS
morphine er 45 mg capsule,extended release 24 hr multiphase[NP]	*	PA,QL(60 cada 30 días)	ANALGÉSICOS
morphine er 50 mg capsule,extended release pellets[NP]	*	PA,QL(60 cada 30 días)	ANALGÉSICOS
morphine er 60 mg capsule,extended release 24 hr multiphase[NP]	*	PA,QL(60 cada 30 días)	ANALGÉSICOS
morphine er 60 mg capsule,extended release pellets[NP]	*	PA,QL(60 cada 30 días)	ANALGÉSICOS
morphine er 60 mg tablet,extended release	1	PA,QL(90 cada 30 días)	ANALGÉSICOS
morphine er 75 mg capsule,extended release 24 hr multiphase[NP]	*	PA,QL(60 cada 30 días)	ANALGÉSICOS
morphine er 80 mg capsule,extended release pellets[NP]	*	PA,QL(60 cada 30 días)	ANALGÉSICOS
morphine er 90 mg capsule,extended release 24 hr multiphase[NP]	*	PA,QL(60 cada 30 días)	ANALGÉSICOS
motrin arthritis pain 1 % topical gel[OTC]	1		ANALGÉSICOS
motrin ib 200 mg tablet[OTC]	1		ANALGÉSICOS
MS CONTIN 100 MG TABLET,EXTENDED RELEASE[NP]	*	QL(90 cada 30 días)	ANALGÉSICOS
MS CONTIN 15 MG TABLET,EXTENDED RELEASE[NP]	*	PA,QL(90 cada 30 días)	ANALGÉSICOS
MS CONTIN 30 MG TABLET,EXTENDED RELEASE[NP]	*	PA,QL(90 cada 30 días)	ANALGÉSICOS
MS CONTIN 60 MG TABLET,EXTENDED RELEASE[NP]	*	PA,QL(90 cada 30 días)	ANALGÉSICOS
nabumetone 500 mg tablet	1		ANALGÉSICOS
nabumetone 750 mg tablet	1		ANALGÉSICOS
nalbuphine 10 mg/ml injection solution	1	PA	ANALGÉSICOS
nalbuphine 20 mg/ml injection solution	1	PA	ANALGÉSICOS
nalocet 2.5 mg-300 mg tablet[NP]	*	PA	ANALGÉSICOS
naproxen 250 mg tablet	1		ANALGÉSICOS
naproxen 375 mg tablet	1		ANALGÉSICOS
naproxen 375 mg-esomeprazole 20 mg tablet,immediate and delay release[NP]	*		ANALGÉSICOS
naproxen 500 mg tablet	1		ANALGÉSICOS
naproxen 500 mg-esomeprazole 20 mg tablet,immediate and delay release[NP]	*		ANALGÉSICOS
naproxen sodium 220 mg tablet[OTC]	1	QL(90 cada 30 días)	ANALGÉSICOS
oxycodone 10 mg tablet	1	PA	ANALGÉSICOS
oxycodone 15 mg tablet	1	PA	ANALGÉSICOS
oxycodone 20 mg tablet	1	PA	ANALGÉSICOS

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	GRUPO DE NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
oxycodone 20 mg/ml oral concentrate	1	PA	ANALGÉSICOS
oxycodone 30 mg tablet	1	PA	ANALGÉSICOS
oxycodone 5 mg capsule	1	PA	ANALGÉSICOS
oxycodone 5 mg tablet	1	PA	ANALGÉSICOS
oxycodone 5 mg/5 ml oral solution	1	PA	ANALGÉSICOS
oxycodone-acetaminophen 10 mg-325 mg tablet	1	PA	ANALGÉSICOS
oxycodone-acetaminophen 2.5 mg-325 mg tablet	1	PA	ANALGÉSICOS
oxycodone-acetaminophen 5 mg-325 mg tablet	1	PA	ANALGÉSICOS
oxycodone-acetaminophen 7.5 mg-325 mg tablet	1	PA	ANALGÉSICOS
OXYCONTIN 10 MG TABLET,CRUSH RESISTANT,EXTENDED RELEASE[NP]	*	PA,QL(60 cada 30 días)	ANALGÉSICOS
OXYCONTIN 15 MG TABLET,CRUSH RESISTANT,EXTENDED RELEASE[NP]	*	PA,QL(60 cada 30 días)	ANALGÉSICOS
OXYCONTIN 20 MG TABLET,CRUSH RESISTANT,EXTENDED RELEASE[NP]	*	PA,QL(60 cada 30 días)	ANALGÉSICOS
OXYCONTIN 30 MG TABLET,CRUSH RESISTANT,EXTENDED RELEASE[NP]	*	PA,QL(60 cada 30 días)	ANALGÉSICOS
OXYCONTIN 40 MG TABLET,CRUSH RESISTANT,EXTENDED RELEASE[NP]	*	PA,QL(60 cada 30 días)	ANALGÉSICOS
OXYCONTIN 60 MG TABLET,CRUSH RESISTANT,EXTENDED RELEASE[NP]	*	PA,QL(60 cada 30 días)	ANALGÉSICOS
OXYCONTIN 80 MG TABLET,CRUSH RESISTANT,EXTENDED RELEASE[NP]	*	PA,QL(60 cada 30 días)	ANALGÉSICOS
oxymorphone 10 mg tablet[NP]	*	PA	ANALGÉSICOS
oxymorphone 5 mg tablet[NP]	*	PA	ANALGÉSICOS
oxymorphone er 10 mg tablet,extended release,12 hr[NP]	*	PA,QL(60 cada 30 días)	ANALGÉSICOS
oxymorphone er 15 mg tablet,extended release,12 hr[NP]	*	PA,QL(60 cada 30 días)	ANALGÉSICOS
oxymorphone er 20 mg tablet,extended release,12 hr[NP]	*	PA,QL(60 cada 30 días)	ANALGÉSICOS
oxymorphone er 30 mg tablet,extended release,12 hr[NP]	*	PA,QL(60 cada 30 días)	ANALGÉSICOS
oxymorphone er 40 mg tablet,extended release,12 hr[NP]	*	PA,QL(60 cada 30 días)	ANALGÉSICOS
oxymorphone er 5 mg tablet,extended release,12 hr[NP]	*	PA,QL(60 cada 30 días)	ANALGÉSICOS
oxymorphone er 7.5 mg tablet,extended release,12 hr[NP]	*	PA,QL(60 cada 30 días)	ANALGÉSICOS
pain relief (ibuprofen) 200 mg tablet[OTC]	1		ANALGÉSICOS
PENNSAID 20 MG/GRAM/ACTUATION (2 %) TOPICAL SOLN IN METERED-DOSE PUMP[NP]	*		ANALGÉSICOS
pentazocine 50 mg-naloxone 0.5 mg tablet	1	PA	ANALGÉSICOS
PERCOCET 10 MG-325 MG TABLET[NP]	*	PA	ANALGÉSICOS
PERCOCET 2.5 MG-325 MG TABLET[NP]	*		ANALGÉSICOS
PERCOCET 5 MG-325 MG TABLET[NP]	*	PA	ANALGÉSICOS
PERCOCET 7.5 MG-325 MG TABLET[NP]	*	PA	ANALGÉSICOS
piroxicam 10 mg capsule	1		ANALGÉSICOS
piroxicam 20 mg capsule	1		ANALGÉSICOS
prolate 10 mg-300 mg tablet[NP]	*	PA	ANALGÉSICOS
PROLATE 10 MG-300 MG/5 ML ORAL SOLUTION[NP]	*	PA	ANALGÉSICOS

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	GRUPO DE NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
prolate 5 mg-300 mg tablet[NP]	*	PA	ANALGÉSICOS
prolate 7.5 mg-300 mg tablet[NP]	*	PA	ANALGÉSICOS
ROXICODONE 15 MG TABLET[NP]	*	PA	ANALGÉSICOS
ROXICODONE 30 MG TABLET[NP]	*		ANALGÉSICOS
ROXYBOND 10 MG TABLET,ORAL ONLY (NOT FEEDING TUBES)[NP]	*	PA	ANALGÉSICOS
ROXYBOND 15 MG TABLET,ORAL ONLY (NOT FEEDING TUBES)[NP]	*	PA	ANALGÉSICOS
ROXYBOND 30 MG TABLET,ORAL ONLY (NOT FEEDING TUBES)[NP]	*	PA	ANALGÉSICOS
ROXYBOND 5 MG TABLET,ORAL ONLY (NOT FEEDING TUBES)[NP]	*	PA	ANALGÉSICOS
sulindac 150 mg tablet	1		ANALGÉSICOS
sulindac 200 mg tablet	1		ANALGÉSICOS
tapentadol 100 mg tablet[NP]	*	PA,QL(180 cada 30 días)	ANALGÉSICOS
tapentadol 50 mg tablet[NP]	*	PA,QL(180 cada 30 días)	ANALGÉSICOS
tapentadol 75 mg tablet[NP]	*	PA,QL(180 cada 30 días)	ANALGÉSICOS
tapentadol er 100 mg tablet,extended release,12 hr[NP]	*	PA,QL(60 cada 30 días)	ANALGÉSICOS
tapentadol er 150 mg tablet,extended release,12 hr[NP]	*	PA,QL(60 cada 30 días)	ANALGÉSICOS
tapentadol er 200 mg tablet,extended release,12 hr[NP]	*	PA,QL(60 cada 30 días)	ANALGÉSICOS
tapentadol er 250 mg tablet,extended release,12 hr[NP]	*	PA,QL(60 cada 30 días)	ANALGÉSICOS
tapentadol er 50 mg tablet,extended release,12 hr[NP]	*	PA,QL(60 cada 30 días)	ANALGÉSICOS
tramadol 100 mg tablet	1	PA,QL(120 cada 30 días)	ANALGÉSICOS
tramadol 25 mg tablet	1	PA,QL(240 cada 30 días)	ANALGÉSICOS
tramadol 37.5 mg-acetaminophen 325 mg tablet	1	PA,QL(318 cada 30 días)	ANALGÉSICOS
tramadol 5 mg/ml oral solution[NP]	*	PA,QL(2400 cada 30 días)	ANALGÉSICOS
tramadol 50 mg tablet	1	PA,QL(240 cada 30 días)	ANALGÉSICOS
tramadol 75 mg tablet	1	PA,QL(150 cada 30 días)	ANALGÉSICOS
tramadol er 100 mg capsule 24h,extended release(25-75)[NP]	*	PA,QL(30 cada 30 días)	ANALGÉSICOS
tramadol er 100 mg tablet,extended release 24 hr[NP]	*	PA,QL(30 cada 30 días)	ANALGÉSICOS
tramadol er 100 mg tablet,extended release 24hr mphase[NP]	*	PA,QL(30 cada 30 días)	ANALGÉSICOS
tramadol er 200 mg capsule 24h,extended release(25-75)[NP]	*	PA,QL(30 cada 30 días)	ANALGÉSICOS
tramadol er 200 mg tablet,extended release 24 hr[NP]	*	PA,QL(30 cada 30 días)	ANALGÉSICOS
tramadol er 200 mg tablet,extended release 24hr mphase[NP]	*	PA,QL(30 cada 30 días)	ANALGÉSICOS

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	GRUPO DE NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
tramadol er 300 mg capsule 24 hr,extended release[NP]	*	PA,QL(30 cada 30 días)	ANALGÉSICOS
tramadol er 300 mg tablet,extended release 24 hr[NP]	*	PA,QL(30 cada 30 días)	ANALGÉSICOS
tramadol er 300 mg tablet,extended release 24hr mphase[NP]	*	PA,QL(30 cada 30 días)	ANALGÉSICOS
VIMOVO 500 MG-20 MG TABLET,IMMEDIATE AND DELAY RELEASE[NP]	*		ANALGÉSICOS
VOLTAREN ARTHRITIS PAIN 1 % TOPICAL GEL[OTC]	1		ANALGÉSICOS
VYSCOXA 10 MG/ML ORAL SUSPENSION[NP]	*		ANALGÉSICOS
wal-profen 200 mg tablet[OTC]	1		ANALGÉSICOS
wal-proxen 220 mg tablet[OTC]	1	QL(90 cada 30 días)	ANALGÉSICOS
xyvona 2 mg tablet	1	PA	ANALGÉSICOS
xyvona 3 mg tablet	1	PA	ANALGÉSICOS
anlido 4 % topical patch[OTC]	1	QL(30 cada 30 días)	ANESTÉSICOS
aspercreme (lidocaine) 4 % topical patch[OTC]	1	QL(30 cada 30 días)	ANESTÉSICOS
asperflex (lidocaine) 4 % topical cream[OTC]	1		ANESTÉSICOS
asperflex (lidocaine) 4 % topical patch[OTC]	1	QL(30 cada 30 días)	ANESTÉSICOS
blue-emu lidocaine patch 4 % topical[OTC]	1	QL(30 cada 30 días)	ANESTÉSICOS
dermacinrx lidocan 5 % topical patch	1	QL(90 cada 30 días)	ANESTÉSICOS
ez flex (lidocaine) 4 % topical patch[OTC]	1	QL(30 cada 30 días)	ANESTÉSICOS
glydo 2 % mucosal jelly in applicator	1		ANESTÉSICOS
lido king 4 % topical patch[OTC]	1	QL(30 cada 30 días)	ANESTÉSICOS
lidocaine 2 % mucosal jelly in applicator	1		ANESTÉSICOS
lidocaine 4 % topical cream[OTC]	1		ANESTÉSICOS
lidocaine 4 % topical patch[OTC]	1	QL(30 cada 30 días)	ANESTÉSICOS
lidocaine 5 % topical patch	1	QL(90 cada 30 días)	ANESTÉSICOS
lidocaine hcl 2 % mucosal solution	1		ANESTÉSICOS
lidocaine pain relief 4 % topical patch[OTC]	1	QL(30 cada 30 días)	ANESTÉSICOS
lidocaine-prilocaine 2.5 %-2.5 % topical cream	1		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
lidocare 4 % topical patch[OTC]	1	QL(30 cada 30 días)	ANESTÉSICOS
lidocore 4 % topical patch[OTC]	1	QL(30 cada 30 días)	ANESTÉSICOS
lidofore 4 % topical patch[OTC]	1	QL(30 cada 30 días)	ANESTÉSICOS

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	GRUPO DE NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
lidoguard 4 % topical patch[OTC]	1	QL(30 cada 30 días)	ANESTÉSICOS
lidotrode 4 % topical patch[OTC]	1	QL(30 cada 30 días)	ANESTÉSICOS
neurocaine 4 % topical patch[OTC]	1	QL(30 cada 30 días)	ANESTÉSICOS
re-lieved lidocaine 4 % topical patch[OTC]	1	QL(30 cada 30 días)	ANESTÉSICOS
salonpas (lidocaine) 4 % topical patch[OTC]	1	QL(30 cada 30 días)	ANESTÉSICOS
ultra lido gel 4 % topical patch[OTC]	1	QL(30 cada 30 días)	ANESTÉSICOS
ZTLIDO 1.8 % TOPICAL PATCH[NP]	*	QL(90 cada 30 días)	ANESTÉSICOS
alprazolam 0.25 mg disintegrating tablet	1	QL(120 cada 30 días)	ANSIOLÍTICOS
alprazolam 0.25 mg tablet	1	QL(120 cada 30 días)	ANSIOLÍTICOS
alprazolam 0.5 mg disintegrating tablet	1	QL(120 cada 30 días)	ANSIOLÍTICOS
alprazolam 0.5 mg tablet	1	QL(120 cada 30 días)	ANSIOLÍTICOS
alprazolam 1 mg disintegrating tablet	1	PA,QL(120 cada 30 días)	ANSIOLÍTICOS
alprazolam 1 mg tablet	1	PA,QL(120 cada 30 días)	ANSIOLÍTICOS
alprazolam 2 mg disintegrating tablet	1	PA,QL(120 cada 30 días)	ANSIOLÍTICOS
alprazolam 2 mg tablet	1	PA,QL(120 cada 30 días)	ANSIOLÍTICOS
alprazolam er 0.5 mg tablet,extended release 24 hr	1	PA,QL(30 cada 30 días)	ANSIOLÍTICOS
alprazolam er 1 mg tablet,extended release 24 hr	1	PA,QL(30 cada 30 días)	ANSIOLÍTICOS
alprazolam er 2 mg tablet,extended release 24 hr	1	PA,QL(30 cada 30 días)	ANSIOLÍTICOS
alprazolam er 3 mg tablet,extended release 24 hr	1	PA,QL(30 cada 30 días)	ANSIOLÍTICOS
alprazolam intensol 1 mg/ml oral concentrate	1	PA,QL(120 cada 30 días)	ANSIOLÍTICOS
ATIVAN 2 MG/ML INJECTION SOLUTION[NP]	*	PA	ANSIOLÍTICOS
ATIVAN 4 MG/ML INJECTION SOLUTION[NP]	*	PA	ANSIOLÍTICOS
BUCAPSOL 10 MG CAPSULE[NP]	*	QL(120 cada 30 días)	ANSIOLÍTICOS
BUCAPSOL 15 MG CAPSULE[NP]	*	QL(90 cada 30 días)	ANSIOLÍTICOS
BUCAPSOL 5 MG CAPSULE[NP]	*		ANSIOLÍTICOS
BUCAPSOL 7.5 MG CAPSULE[NP]	*	QL(90 cada 30 días)	ANSIOLÍTICOS
buspirone 10 mg tablet	1	QL(120 cada 30 días)	ANSIOLÍTICOS
buspirone 12.5 mg tablet	1		ANSIOLÍTICOS
buspirone 15 mg tablet	1	QL(90 cada 30 días)	ANSIOLÍTICOS

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	GRUPO DE NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
buspirone 2.5 mg tablet	1		ANSIOLÍTICOS
buspirone 30 mg tablet	1	QL(60 cada 30 días)	ANSIOLÍTICOS
buspirone 5 mg tablet	1	QL(90 cada 30 días)	ANSIOLÍTICOS
buspirone 7.5 mg tablet	1	QL(90 cada 30 días)	ANSIOLÍTICOS
chlordiazepoxide 10 mg capsule	1	QL(120 cada 30 días)	ANSIOLÍTICOS
chlordiazepoxide 25 mg capsule	1	PA,QL(120 cada 30 días)	ANSIOLÍTICOS
chlordiazepoxide 5 mg capsule	1	QL(120 cada 30 días)	ANSIOLÍTICOS
clonazepam 0.125 mg disintegrating tablet	1	QL(90 cada 30 días)	ANSIOLÍTICOS
clonazepam 0.25 mg disintegrating tablet	1	QL(90 cada 30 días)	ANSIOLÍTICOS
clonazepam 0.5 mg disintegrating tablet	1	QL(90 cada 30 días)	ANSIOLÍTICOS
clonazepam 0.5 mg tablet	1	QL(90 cada 30 días)	ANSIOLÍTICOS
clonazepam 1 mg disintegrating tablet	1	PA,QL(90 cada 30 días)	ANSIOLÍTICOS
clonazepam 1 mg tablet	1	PA,QL(90 cada 30 días)	ANSIOLÍTICOS
clonazepam 2 mg disintegrating tablet	1	PA,QL(90 cada 30 días)	ANSIOLÍTICOS
clonazepam 2 mg tablet	1	PA,QL(90 cada 30 días)	ANSIOLÍTICOS
clorazepate dipotassium 15 mg tablet	1	QL(120 cada 30 días)	ANSIOLÍTICOS
clorazepate dipotassium 3.75 mg tablet	1	QL(120 cada 30 días)	ANSIOLÍTICOS
clorazepate dipotassium 7.5 mg tablet	1	QL(120 cada 30 días)	ANSIOLÍTICOS
diazepam 10 mg tablet	1	PA,QL(120 cada 30 días)	ANSIOLÍTICOS
diazepam 2 mg tablet	1	QL(120 cada 30 días)	ANSIOLÍTICOS
diazepam 5 mg tablet	1	QL(120 cada 30 días)	ANSIOLÍTICOS
diazepam 5 mg/5 ml (1 mg/ml) oral solution	1	PA	ANSIOLÍTICOS
diazepam 5 mg/5 ml (1 mg/ml, 5 ml) oral solution	1	PA	ANSIOLÍTICOS
diazepam 5 mg/ml oral concentrate	1	PA,QL(240 cada 30 días)	ANSIOLÍTICOS
diazepam intensol 5 mg/ml oral concentrate	1	PA,QL(240 cada 30 días)	ANSIOLÍTICOS
doxepin 10 mg capsule	1	QL(120 cada 30 días)	ANSIOLÍTICOS
doxepin 10 mg/ml oral concentrate	1	QL(900 cada 30 días)	ANSIOLÍTICOS
doxepin 100 mg capsule	1	QL(60 cada 30 días)	ANSIOLÍTICOS

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	GRUPO DE NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
doxepin 150 mg capsule	1	QL(60 cada 30 días)	ANSIOLÍTICOS
doxepin 25 mg capsule	1	QL(60 cada 30 días)	ANSIOLÍTICOS
doxepin 50 mg capsule	1	QL(60 cada 30 días)	ANSIOLÍTICOS
doxepin 75 mg capsule	1	QL(60 cada 30 días)	ANSIOLÍTICOS
hydroxyzine hcl 10 mg tablet	1	QL(120 cada 30 días)	ANSIOLÍTICOS
hydroxyzine hcl 10 mg/5 ml oral solution	1	QL(6000 cada 30 días)	ANSIOLÍTICOS
hydroxyzine hcl 25 mg tablet	1	QL(120 cada 30 días)	ANSIOLÍTICOS
hydroxyzine hcl 50 mg tablet	1	QL(240 cada 30 días)	ANSIOLÍTICOS
KLONOPIN 0.5 MG TABLET[NP]	*	PA,QL(90 cada 30 días)	ANSIOLÍTICOS
KLONOPIN 1 MG TABLET[NP]	*	PA,QL(90 cada 30 días)	ANSIOLÍTICOS
KLONOPIN 2 MG TABLET[NP]	*	PA,QL(90 cada 30 días)	ANSIOLÍTICOS
lorazepam 0.5 mg tablet	1	QL(120 cada 30 días)	ANSIOLÍTICOS
lorazepam 1 mg tablet	1	QL(120 cada 30 días)	ANSIOLÍTICOS
lorazepam 2 mg tablet	1	PA,QL(120 cada 30 días)	ANSIOLÍTICOS
lorazepam 2 mg/ml injection solution	1	PA	ANSIOLÍTICOS
lorazepam 2 mg/ml injection syringe	1	PA	ANSIOLÍTICOS
lorazepam 2 mg/ml oral concentrate	1	PA	ANSIOLÍTICOS
lorazepam 4 mg/ml injection solution	1	PA	ANSIOLÍTICOS
lorazepam intensol 2 mg/ml oral concentrate	1	PA	ANSIOLÍTICOS
LOREEV XR 1 MG CAPSULE,EXTENDED RELEASE[NP]	*	PA,QL(30 cada 30 días)	ANSIOLÍTICOS
LOREEV XR 1.5 MG CAPSULE,EXTENDED RELEASE[NP]	*	PA,QL(30 cada 30 días)	ANSIOLÍTICOS
LOREEV XR 2 MG CAPSULE,EXTENDED RELEASE[NP]	*	PA,QL(60 cada 30 días)	ANSIOLÍTICOS
LOREEV XR 3 MG CAPSULE,EXTENDED RELEASE[NP]	*	PA,QL(90 cada 30 días)	ANSIOLÍTICOS
meprobamate 200 mg tablet[NP]	*	QL(120 cada 30 días)	ANSIOLÍTICOS
meprobamate 400 mg tablet[NP]	*	QL(120 cada 30 días)	ANSIOLÍTICOS
oxazepam 10 mg capsule	1	QL(120 cada 30 días)	ANSIOLÍTICOS
oxazepam 15 mg capsule	1	QL(120 cada 30 días)	ANSIOLÍTICOS
oxazepam 30 mg capsule	1	PA,QL(120 cada 30 días)	ANSIOLÍTICOS
XANAX 0.25 MG TABLET[NP]	*	PA,QL(120 cada 30 días)	ANSIOLÍTICOS

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	GRUPO DE NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
XANAX 0.5 MG TABLET[NP]	*	PA,QL(120 cada 30 días)	ANSIOLÍTICOS
XANAX 1 MG TABLET[NP]	*	PA,QL(120 cada 30 días)	ANSIOLÍTICOS
XANAX 2 MG TABLET[NP]	*	PA,QL(120 cada 30 días)	ANSIOLÍTICOS
XANAX XR 0.5 MG TABLET,EXTENDED RELEASE[NP]	*	PA,QL(30 cada 30 días)	ANSIOLÍTICOS
XANAX XR 1 MG TABLET,EXTENDED RELEASE[NP]	*	PA,QL(30 cada 30 días)	ANSIOLÍTICOS
XANAX XR 2 MG TABLET,EXTENDED RELEASE[NP]	*	PA,QL(30 cada 30 días)	ANSIOLÍTICOS
XANAX XR 3 MG TABLET,EXTENDED RELEASE[NP]	*	PA,QL(30 cada 30 días)	ANSIOLÍTICOS
acetic acid 2 % ear solution	1		ANTIBACTERIANOS
amikacin 1,000 mg/4 ml injection solution	1		ANTIBACTERIANOS
amikacin 500 mg/2 ml injection 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
ampicillin 1 gram intravenous solution	1		ANTIBACTERIANOS
ampicillin 1 gram solution for injection	1		ANTIBACTERIANOS
ampicillin 10 gram solution for injection	1		ANTIBACTERIANOS
ampicillin 125 mg solution for injection	1		ANTIBACTERIANOS
ampicillin 2 gram intravenous solution	1		ANTIBACTERIANOS
ampicillin 2 gram solution for injection	1		ANTIBACTERIANOS
ampicillin 250 mg solution for injection	1		ANTIBACTERIANOS

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	GRUPO DE NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
ampicillin 500 mg capsule	1		ANTIBACTERIANOS
ampicillin 500 mg solution for injection	1		ANTIBACTERIANOS
ampicillin-sulbactam 1.5 gram intravenous solution	1		ANTIBACTERIANOS
ampicillin-sulbactam 1.5 gram solution for injection	1		ANTIBACTERIANOS
ampicillin-sulbactam 15 gram solution for injection	1		ANTIBACTERIANOS
ampicillin-sulbactam 3 gram intravenous solution	1		ANTIBACTERIANOS
ampicillin-sulbactam 3 gram solution for injection	1		ANTIBACTERIANOS
avidoxy 100 mg tablet	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	QL(6 cada 30 dÍas)	ANTIBACTERIANOS
azithromycin 500 mg intravenous solution	1		ANTIBACTERIANOS
azithromycin 500 mg tablet	1	QL(7 cada 30 dÍas)	ANTIBACTERIANOS
azithromycin 600 mg tablet	1	QL(30 cada 30 dÍas)	ANTIBACTERIANOS
BAXDELA 450 MG TABLET[NP]	*		ANTIBACTERIANOS
cefaclor 125 mg/5 ml oral suspension	1		ANTIBACTERIANOS
cefaclor 250 mg capsule	1		ANTIBACTERIANOS
cefaclor 250 mg/5 ml oral suspension	1		ANTIBACTERIANOS
cefaclor 375 mg/5 ml oral suspension	1		ANTIBACTERIANOS
cefaclor 500 mg capsule	1		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
cefazolin 1 gram intravenous solution	1		ANTIBACTERIANOS
cefazolin 1 gram solution for injection	1		ANTIBACTERIANOS
cefazolin 1 gram/50 ml in dextrose (iso-osmotic) intravenous piggyback	1		ANTIBACTERIANOS
cefazolin 10 gram intravenous solution	1		ANTIBACTERIANOS
CEFAZOLIN 2 GRAM INTRAVENOUS SOLUTION	1		ANTIBACTERIANOS
cefazolin 2 gram solution for injection	1		ANTIBACTERIANOS
cefazolin 2 gram/100 ml in dextrose(iso-osmotic) intravenous piggyback	1		ANTIBACTERIANOS
cefazolin 2 gram/50 ml in dextrose (iso-osmotic) intravenous piggyback	1		ANTIBACTERIANOS
CEFAZOLIN 3 GRAM INTRAVENOUS SOLUTION	1		ANTIBACTERIANOS
cefazolin 3 gram solution for injection	1		ANTIBACTERIANOS
CEFAZOLIN 3 GRAM/150 ML IN DEXTROSE(ISO-OSMOTIC) INTRAVENOUS PIGGYBACK	1		ANTIBACTERIANOS
cefazolin 3 gram/50 ml in dextrose (iso-osmotic) intravenous piggyback	1		ANTIBACTERIANOS
cefazolin 500 mg solution for injection	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
cefepime 1 gram solution for injection	1		ANTIBACTERIANOS

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	GRUPO DE NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
cefepime 1 gram/50 ml in dextrose (iso-osmotic) intravenous piggyback	1		ANTIBACTERIANOS
cefepime 1 gram/50 ml in dextrose 5 % intravenous piggyback	1		ANTIBACTERIANOS
cefepime 2 gram solution for injection	1		ANTIBACTERIANOS
cefepime 2 gram/100 ml in dextrose (iso-osmotic) intravenous piggyback	1		ANTIBACTERIANOS
cefepime 2 gram/50 ml in dextrose 5 % intravenous piggyback	1		ANTIBACTERIANOS
cefixime 100 mg/5 ml oral suspension[NP]	*		ANTIBACTERIANOS
cefixime 200 mg/5 ml oral suspension[NP]	*		ANTIBACTERIANOS
cefixime 400 mg capsule[NP]	*		ANTIBACTERIANOS
cefotetan 1 gram solution for injection	1		ANTIBACTERIANOS
cefotetan 2 gram solution for injection	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	1		ANTIBACTERIANOS
cefprozil 250 mg/5 ml oral suspension	1		ANTIBACTERIANOS
cefprozil 500 mg tablet	1		ANTIBACTERIANOS
ceftazidime 1 gram solution for injection	1		ANTIBACTERIANOS
ceftazidime 2 gram solution for injection	1		ANTIBACTERIANOS
ceftazidime 6 gram solution for injection	1		ANTIBACTERIANOS
ceftriaxone 1 gram intravenous solution	1		ANTIBACTERIANOS
ceftriaxone 1 gram solution for injection	1		ANTIBACTERIANOS
ceftriaxone 10 gram solution for injection	1		ANTIBACTERIANOS
ceftriaxone 2 gram intravenous solution	1		ANTIBACTERIANOS
ceftriaxone 2 gram solution for injection	1		ANTIBACTERIANOS
ceftriaxone 250 mg solution for injection	1		ANTIBACTERIANOS
ceftriaxone 500 mg solution for injection	1		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/5 ml oral suspension	1		ANTIBACTERIANOS
cephalexin 500 mg capsule	1		ANTIBACTERIANOS
CIPRO 250 MG TABLET[NP]	*		ANTIBACTERIANOS
CIPRO 250 MG/5 ML ORAL SUSPENSION[NP]	*	PA	ANTIBACTERIANOS
CIPRO 500 MG TABLET[NP]	*		ANTIBACTERIANOS
CIPRO 500 MG/5 ML ORAL SUSPENSION[NP]	*	PA	ANTIBACTERIANOS
ciprofloxacin 200 mg/100 ml in 5 % dextrose intravenous piggyback	1		ANTIBACTERIANOS
ciprofloxacin 250 mg tablet	1		ANTIBACTERIANOS
ciprofloxacin 400 mg/200 ml in 5 % dextrose intravenous piggyback	1		ANTIBACTERIANOS
ciprofloxacin 500 mg tablet	1		ANTIBACTERIANOS
ciprofloxacin 750 mg tablet	1		ANTIBACTERIANOS
clarithromycin 125 mg/5 ml oral suspension	1		ANTIBACTERIANOS
clarithromycin 250 mg tablet	1		ANTIBACTERIANOS

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	GRUPO DE NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
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[NP]	*		ANTIBACTERIANOS
CLEOCIN 2 % VAGINAL CREAM	1		ANTIBACTERIANOS
clindamycin 150 mg/ml injection solution	1		ANTIBACTERIANOS
clindamycin 2 % vaginal cream[NP]	*		ANTIBACTERIANOS
clindamycin 300 mg/50 ml in 0.9% sodium chloride intravenous piggyback	1		ANTIBACTERIANOS
clindamycin 300 mg/50 ml in 5 % dextrose intravenous piggyback	1		ANTIBACTERIANOS
clindamycin 600 mg/50 ml in 0.9% sodium chloride intravenous piggyback	1		ANTIBACTERIANOS
clindamycin 600 mg/50 ml in 5 % dextrose intravenous piggyback	1		ANTIBACTERIANOS
clindamycin 75 mg/5 ml oral solution	1		ANTIBACTERIANOS
clindamycin 900 mg/50 ml in 0.9% sodium chloride intravenous piggyback	1		ANTIBACTERIANOS
clindamycin 900 mg/50 ml in 5 % dextrose intravenous piggyback	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
daptomycin 1,000 mg/100 ml in 0.9 % sodium chlor intravenous piggyback	1		ANTIBACTERIANOS
daptomycin 350 mg intravenous solution	1		ANTIBACTERIANOS
daptomycin 350 mg/50 ml in 0.9 % sodium chloride intravenous piggyback	1		ANTIBACTERIANOS
daptomycin 500 mg intravenous solution	1		ANTIBACTERIANOS
daptomycin 500 mg/50 ml in 0.9 % sodium chloride intravenous piggyback	1		ANTIBACTERIANOS
daptomycin 700 mg/100 ml in 0.9 % sodium chlor intravenous piggyback	1		ANTIBACTERIANOS
dicloxacillin 250 mg capsule	1		ANTIBACTERIANOS
dicloxacillin 500 mg capsule	1		ANTIBACTERIANOS
DIFICID 200 MG TABLET[NP]	*	PA	ANTIBACTERIANOS
DIFICID 40 MG/ML ORAL SUSPENSION[NP]	*	PA	ANTIBACTERIANOS
doxycycline hyclate 100 mg capsule	1		ANTIBACTERIANOS
doxycycline hyclate 100 mg tablet	1		ANTIBACTERIANOS
doxycycline hyclate 100 mg tablet,delayed release	1		ANTIBACTERIANOS
doxycycline hyclate 150 mg tablet	1		ANTIBACTERIANOS
doxycycline hyclate 150 mg tablet,delayed release	1		ANTIBACTERIANOS
doxycycline hyclate 20 mg tablet	1		ANTIBACTERIANOS
doxycycline hyclate 50 mg capsule	1		ANTIBACTERIANOS
doxycycline hyclate 50 mg tablet,delayed release	1		ANTIBACTERIANOS
doxycycline hyclate 75 mg tablet	1		ANTIBACTERIANOS

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	GRUPO DE NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
doxycycline monohydrate 100 mg capsule	1		ANTIBACTERIANOS
doxycycline monohydrate 100 mg tablet	1		ANTIBACTERIANOS
doxycycline monohydrate 150 mg tablet	1		ANTIBACTERIANOS
doxycycline monohydrate 25 mg/5 ml oral suspension	1		ANTIBACTERIANOS
doxycycline monohydrate 50 mg capsule	1		ANTIBACTERIANOS
doxycycline monohydrate 50 mg tablet	1		ANTIBACTERIANOS
doxycycline monohydrate 75 mg tablet	1		ANTIBACTERIANOS
E.E.S. 400 MG TABLET[NP]	*		ANTIBACTERIANOS
E.E.S. GRANULES 200 MG/5 ML ORAL SUSPENSION[NP]	*		ANTIBACTERIANOS
ERY-TAB 250 MG TABLET,DELAYED RELEASE[NP]	*		ANTIBACTERIANOS
ERY-TAB 333 MG TABLET,DELAYED RELEASE[NP]	*		ANTIBACTERIANOS
ERY-TAB 500 MG TABLET,DELAYED RELEASE[NP]	*		ANTIBACTERIANOS
ERYPED 200 200 MG/5 ML ORAL SUSPENSION[NP]	*		ANTIBACTERIANOS
ERYPED 400 MG/5 ML ORAL SUSPENSION[NP]	*		ANTIBACTERIANOS
erythromycin 250 mg tablet	1		ANTIBACTERIANOS
erythromycin 250 mg tablet,delayed release[NP]	*		ANTIBACTERIANOS
erythromycin 333 mg tablet,delayed release[NP]	*		ANTIBACTERIANOS
erythromycin 500 mg tablet	1		ANTIBACTERIANOS
erythromycin 500 mg tablet,delayed release[NP]	*		ANTIBACTERIANOS
erythromycin ethylsuccinate 200 mg/5 ml oral powder for suspension	1		ANTIBACTERIANOS
erythromycin ethylsuccinate 400 mg tablet[NP]	*		ANTIBACTERIANOS
erythromycin ethylsuccinate 400 mg/5 ml oral powder for suspension	1		ANTIBACTERIANOS
fidaxomicin 200 mg tablet[NP]	*	PA	ANTIBACTERIANOS
gentamicin 0.1 % topical cream	1		ANTIBACTERIANOS
gentamicin 0.1 % topical ointment	1		ANTIBACTERIANOS
gentamicin 100 mg/100 ml in sodium chloride(iso) intravenous piggyback	1		ANTIBACTERIANOS
gentamicin 100 mg/50 ml in sodium chloride(iso) intravenous piggyback	1		ANTIBACTERIANOS
gentamicin 120 mg/100 ml in sodium chloride(iso) intravenous piggyback	1		ANTIBACTERIANOS
gentamicin 40 mg/ml injection solution	1		ANTIBACTERIANOS
gentamicin 60 mg/50 ml in sodium chloride(iso) intravenous piggyback	1		ANTIBACTERIANOS
gentamicin 80 mg/100 ml in sodium chloride(iso) intravenous piggyback	1		ANTIBACTERIANOS
gentamicin 80 mg/50 ml in sodium chloride(iso) intravenous piggyback	1		ANTIBACTERIANOS
gentamicin sulfate (pediatric) (pf) 20 mg/2 ml injection solution	1		ANTIBACTERIANOS
imipenem-cilastatin 250 mg intravenous solution	1		ANTIBACTERIANOS
imipenem-cilastatin 500 mg intravenous solution	1		ANTIBACTERIANOS
levofloxacin 250 mg tablet	1		ANTIBACTERIANOS
levofloxacin 250 mg/10 ml oral solution[NP]	*	PA	ANTIBACTERIANOS
levofloxacin 250 mg/50 ml in 5 % dextrose intravenous piggyback	1		ANTIBACTERIANOS
levofloxacin 500 mg tablet	1		ANTIBACTERIANOS

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	GRUPO DE NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
levofloxacin 500 mg/100 ml in 5 % dextrose intravenous piggyback	1		ANTIBACTERIANOS
levofloxacin 750 mg tablet	1		ANTIBACTERIANOS
levofloxacin 750 mg/150 ml in 5 % dextrose intravenous piggyback	1		ANTIBACTERIANOS
lincomycin 300 mg/ml injection solution	1		ANTIBACTERIANOS
linezolid 600 mg tablet	1		ANTIBACTERIANOS
meropenem 1 gram intravenous solution	1		ANTIBACTERIANOS
MEROPENEM 2 GRAM INTRAVENOUS SOLUTION	1		ANTIBACTERIANOS
meropenem 500 mg intravenous solution	1		ANTIBACTERIANOS
meropenem 500 mg/50 ml in 0.9% sodium chloride intravenous piggyback	1		ANTIBACTERIANOS
metronidazole 0.75 % (37.5 mg/5 gram) vaginal gel	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	1		ANTIBACTERIANOS
metronidazole 250 mg tablet	1		ANTIBACTERIANOS
metronidazole 500 mg tablet	1		ANTIBACTERIANOS
minocycline 100 mg capsule	1		ANTIBACTERIANOS
minocycline 50 mg capsule	1		ANTIBACTERIANOS
minocycline 75 mg capsule	1		ANTIBACTERIANOS
mondoxyne nl 100 mg capsule	1		ANTIBACTERIANOS
morgidox 50 mg capsule	1		ANTIBACTERIANOS
moxifloxacin 400 mg tablet	1		ANTIBACTERIANOS
moxifloxacin 400 mg/250 ml-sodium acet,sul-water intravenous piggyback	1		ANTIBACTERIANOS
moxifloxacin 400 mg/250 ml-sodium chloride(iso) intravenous piggyback	1		ANTIBACTERIANOS
neomycin 500 mg tablet	1		ANTIBACTERIANOS
nitrofurantoin macrocrystal 100 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	1		ANTIBACTERIANOS
ofloxacin 300 mg tablet[NP]	*		ANTIBACTERIANOS
ofloxacin 400 mg tablet[NP]	*		ANTIBACTERIANOS
penicillin g potassium 20 million unit solution for injection	1		ANTIBACTERIANOS
penicillin g potassium 5 million unit solution for injection	1		ANTIBACTERIANOS
penicillin v potassium 125 mg/5 ml oral solution	1		ANTIBACTERIANOS
penicillin v potassium 250 mg tablet	1		ANTIBACTERIANOS
penicillin v potassium 250 mg/5 ml oral solution	1		ANTIBACTERIANOS
penicillin v potassium 500 mg tablet	1		ANTIBACTERIANOS
piperacillin-tazobactam 13.5 gram intravenous solution	1		ANTIBACTERIANOS
piperacillin-tazobactam 2.25 gram intravenous solution	1		ANTIBACTERIANOS

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	GRUPO DE NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
piperacillin-tazobactam 3.375 gram intravenous solution	1		ANTIBACTERIANOS
piperacillin-tazobactam 4.5 gram intravenous solution	1		ANTIBACTERIANOS
piperacillin-tazobactam 40.5 gram intravenous solution	1		ANTIBACTERIANOS
SOLOSEC 2 GRAM ORAL DR GRANULES IN PACKET[NP]	*		ANTIBACTERIANOS
sulfacetamide sodium (acne) 10 % lotion (suspension)[NP]	*		ANTIBACTERIANOS
sulfacetamide sodium 10 % eye ointment	1		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
tetracycline 250 mg capsule	1		ANTIBACTERIANOS
tetracycline 500 mg capsule	1		ANTIBACTERIANOS
tinidazole 250 mg tablet[NP]	*		ANTIBACTERIANOS
tinidazole 500 mg tablet[NP]	*		ANTIBACTERIANOS
tobramycin 10 mg/ml injection solution	1		ANTIBACTERIANOS
tobramycin 40 mg/ml injection solution	1		ANTIBACTERIANOS
trimethoprim 100 mg tablet	1		ANTIBACTERIANOS
vancomycin 1 gram/200 ml in 0.9 % sod. chloride intravenous piggyback	1		ANTIBACTERIANOS
vancomycin 1 gram/200 ml in dextrose 5 % intravenous piggyback	1		ANTIBACTERIANOS
vancomycin 1 gram/200 ml in diluent combination iv piggyback	1		ANTIBACTERIANOS
vancomycin 1,000 mg intravenous injection	1		ANTIBACTERIANOS
vancomycin 1.25 gram intravenous solution	1		ANTIBACTERIANOS
VANCOMYCIN 1.25 GRAM/250 ML IN DEXTROSE 5 % INTRAVENOUS PIGGYBACK	1		ANTIBACTERIANOS
vancomycin 1.25 gram/250 ml in diluent combination iv piggyback	1		ANTIBACTERIANOS
vancomycin 1.5 gram intravenous solution	1		ANTIBACTERIANOS
VANCOMYCIN 1.5 GRAM/300 ML IN DEXTROSE 5 % INTRAVENOUS PIGGYBACK	1		ANTIBACTERIANOS
vancomycin 1.5 gram/300 ml in diluent combination iv piggyback	1		ANTIBACTERIANOS
vancomycin 1.75 gram intravenous solution	1		ANTIBACTERIANOS
vancomycin 1.75 gram/350 ml in diluent combination iv piggyback	1		ANTIBACTERIANOS
vancomycin 10 gram intravenous solution	1		ANTIBACTERIANOS
vancomycin 125 mg capsule	1		ANTIBACTERIANOS
vancomycin 2 gram intravenous solution	1		ANTIBACTERIANOS
vancomycin 2 gram/400 ml in diluent combination iv piggyback	1		ANTIBACTERIANOS
vancomycin 25 mg/ml oral solution	1		ANTIBACTERIANOS
vancomycin 250 mg capsule	1		ANTIBACTERIANOS
vancomycin 5 gram intravenous solution	1		ANTIBACTERIANOS

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	GRUPO DE NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
vancomycin 50 mg/ml oral solution	1		ANTIBACTERIANOS
vancomycin 500 mg intravenous solution	1		ANTIBACTERIANOS
vancomycin 500 mg/100 ml in 0.9% sodium chloride intravenous piggyback	1		ANTIBACTERIANOS
vancomycin 500 mg/100 ml in dextrose 5 % intravenous piggyback	1		ANTIBACTERIANOS
vancomycin 500 mg/100 ml in diluent combination iv piggyback	1		ANTIBACTERIANOS
vancomycin 750 mg intravenous solution	1		ANTIBACTERIANOS
vancomycin 750 mg/150 ml in 0.9% sodium chloride intravenous piggyback	1		ANTIBACTERIANOS
vancomycin 750 mg/150 ml in dextrose 5 % intravenous piggyback	1		ANTIBACTERIANOS
vancomycin 750 mg/150 ml in diluent combination iv piggyback	1		ANTIBACTERIANOS
VANDAZOLE 0.75 % (37.5 MG/5 GRAM) VAGINAL GEL[NP]	*		ANTIBACTERIANOS
XACIATO 2 % VAGINAL GEL	1	PA	ANTIBACTERIANOS
ZITHROMAX 100 MG/5 ML ORAL SUSPENSION[NP]	*		ANTIBACTERIANOS
ZITHROMAX 200 MG/5 ML ORAL SUSPENSION[NP]	*		ANTIBACTERIANOS
ZITHROMAX 250 MG TABLET[NP]	*	QL(6 cada 30 dÍas)	ANTIBACTERIANOS
ZITHROMAX 500 MG INTRAVENOUS SOLUTION	1		ANTIBACTERIANOS
ZITHROMAX 500 MG TABLET[NP]	*	QL(7 cada 30 dÍas)	ANTIBACTERIANOS
ZITHROMAX TRI-PAK 500 MG TABLET[NP]	*	QL(7 cada 30 dÍas)	ANTIBACTERIANOS
ZITHROMAX Z-PAK 250 MG TABLET[NP]	*	QL(6 cada 30 dÍas)	ANTIBACTERIANOS
ZYVOX 100 MG/5 ML ORAL SUSPENSION	1		ANTIBACTERIANOS
APTIOM 200 MG TABLET[NP]	*	PA	ANTICONVULSIVOS
APTIOM 400 MG TABLET[NP]	*	PA	ANTICONVULSIVOS
APTIOM 600 MG TABLET[NP]	*	PA	ANTICONVULSIVOS
APTIOM 800 MG TABLET[NP]	*	PA	ANTICONVULSIVOS
BANZEL 200 MG TABLET[NP]	*	PA	ANTICONVULSIVOS
BANZEL 40 MG/ML ORAL SUSPENSION[NP]	*	PA	ANTICONVULSIVOS
BANZEL 400 MG TABLET[NP]	*	PA	ANTICONVULSIVOS
brivaracetam 10 mg tablet[NP]	*	PA	ANTICONVULSIVOS
brivaracetam 10 mg/ml oral solution[NP]	*	PA	ANTICONVULSIVOS
brivaracetam 100 mg tablet[NP]	*	PA	ANTICONVULSIVOS
brivaracetam 25 mg tablet[NP]	*	PA	ANTICONVULSIVOS
brivaracetam 50 mg tablet[NP]	*	PA	ANTICONVULSIVOS
brivaracetam 50 mg/5 ml intravenous solution[NP]	*	PA	ANTICONVULSIVOS
brivaracetam 75 mg tablet[NP]	*	PA	ANTICONVULSIVOS
BRIVIACT 10 MG TABLET[NP]	*	PA	ANTICONVULSIVOS
BRIVIACT 10 MG/ML ORAL SOLUTION[NP]	*	PA	ANTICONVULSIVOS
BRIVIACT 100 MG TABLET[NP]	*	PA	ANTICONVULSIVOS
BRIVIACT 25 MG TABLET[NP]	*	PA	ANTICONVULSIVOS
BRIVIACT 50 MG TABLET[NP]	*	PA	ANTICONVULSIVOS
BRIVIACT 50 MG/5 ML INTRAVENOUS SOLUTION[NP]	*	PA	ANTICONVULSIVOS
BRIVIACT 75 MG TABLET[NP]	*	PA	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

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	GRUPO DE NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
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	1		ANTICONVULSIVOS
carbamazepine er 100 mg tablet,extended release,12 hr	1		ANTICONVULSIVOS
carbamazepine er 200 mg capsule,extended release mphase12hr	1		ANTICONVULSIVOS
carbamazepine er 200 mg tablet,extended release,12 hr	1		ANTICONVULSIVOS
carbamazepine er 300 mg capsule,extended release mphase12hr	1		ANTICONVULSIVOS
carbamazepine er 400 mg tablet,extended release,12 hr	1		ANTICONVULSIVOS
CARBATROL 100 MG CAPSULE, EXTENDED RELEASE	1		ANTICONVULSIVOS
CARBATROL 200 MG CAPSULE, EXTENDED RELEASE	1		ANTICONVULSIVOS
CARBATROL 300 MG CAPSULE, EXTENDED RELEASE	1		ANTICONVULSIVOS
CELONTIN 300 MG CAPSULE	1		ANTICONVULSIVOS
CEREBYX 100 MG PE/2 ML INJECTION SOLUTION[NP]	*	PA	ANTICONVULSIVOS
CEREBYX 500 MG PE/10 ML INJECTION SOLUTION[NP]	*	PA	ANTICONVULSIVOS
clobazam 10 mg tablet	1	QL(240 cada 30 días)	ANTICONVULSIVOS
clobazam 2.5 mg/ml oral suspension	1	QL(960 cada 30 días)	ANTICONVULSIVOS
clobazam 20 mg tablet	1	QL(120 cada 30 días)	ANTICONVULSIVOS
DEPAKOTE 125 MG TABLET,DELAYED RELEASE[NP]	*	PA	ANTICONVULSIVOS
DEPAKOTE 250 MG TABLET,DELAYED RELEASE[NP]	*	PA	ANTICONVULSIVOS
DEPAKOTE 500 MG TABLET,DELAYED RELEASE[NP]	*	PA	ANTICONVULSIVOS
DEPAKOTE ER 250 MG TABLET,EXTENDED RELEASE[NP]	*	PA	ANTICONVULSIVOS
DEPAKOTE ER 500 MG TABLET,EXTENDED RELEASE[NP]	*	PA	ANTICONVULSIVOS
DEPAKOTE SPRINKLES 125 MG CAPSULE,DELAYED RELEASE	1		ANTICONVULSIVOS
DIACOMIT 250 MG CAPSULE[NP]	*	PA	ANTICONVULSIVOS
DIACOMIT 250 MG ORAL POWDER PACKET[NP]	*	PA	ANTICONVULSIVOS
DIACOMIT 500 MG CAPSULE[NP]	*	PA	ANTICONVULSIVOS
DIACOMIT 500 MG ORAL POWDER PACKET[NP]	*	PA	ANTICONVULSIVOS
diazepam 12.5 mg-15 mg-17.5 mg-20 mg rectal kit	1	QL(10 cada 30 días)	ANTICONVULSIVOS
diazepam 2.5 mg rectal kit	1	QL(10 cada 30 días)	ANTICONVULSIVOS
diazepam 5 mg-7.5 mg-10 mg rectal kit	1	QL(10 cada 30 días)	ANTICONVULSIVOS
DILANTIN 30 MG CAPSULE	1		ANTICONVULSIVOS
DILANTIN EXTENDED 100 MG CAPSULE	1		ANTICONVULSIVOS
DILANTIN INFATABS 50 MG CHEWABLE TABLET	1		ANTICONVULSIVOS

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	GRUPO DE NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
DILANTIN-125 125 MG/5 ML ORAL SUSPENSION	1		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]	*	PA	ANTICONVULSIVOS
ELEPSIA XR 1,500 MG TABLET,EXTENDED RELEASE[NP]	*	PA	ANTICONVULSIVOS
EPIDIOLEX 100 MG/ML ORAL SOLUTION[NP]	*	PA	ANTICONVULSIVOS
EPRONTIA 25 MG/ML ORAL SOLUTION	1	PA,QL(480 cada 30 días)	ANTICONVULSIVOS
EQUETRO 100 MG CAPSULE, EXTENDED RELEASE	1	QL(120 cada 30 días)	ANTICONVULSIVOS
EQUETRO 200 MG CAPSULE, EXTENDED RELEASE	1	QL(240 cada 30 días)	ANTICONVULSIVOS
EQUETRO 300 MG CAPSULE, EXTENDED RELEASE	1	QL(150 cada 30 días)	ANTICONVULSIVOS
eslicarbazepine 200 mg tablet[NP]	*	PA	ANTICONVULSIVOS
eslicarbazepine 400 mg tablet[NP]	*	PA	ANTICONVULSIVOS
eslicarbazepine 600 mg tablet[NP]	*	PA	ANTICONVULSIVOS
eslicarbazepine 800 mg tablet[NP]	*	PA	ANTICONVULSIVOS
ethosuximide 250 mg capsule	1		ANTICONVULSIVOS
ethosuximide 250 mg/5 ml oral solution	1		ANTICONVULSIVOS
felbamate 400 mg tablet[NP]	*	PA	ANTICONVULSIVOS
felbamate 600 mg tablet[NP]	*	PA	ANTICONVULSIVOS
felbamate 600 mg/5 ml oral suspension	1		ANTICONVULSIVOS
FELBATOL 400 MG TABLET	1		ANTICONVULSIVOS
FELBATOL 600 MG TABLET	1		ANTICONVULSIVOS
FINTEPLA 2.2 MG/ML ORAL SOLUTION[NP]	*	PA	ANTICONVULSIVOS
fosphenytoin 100 mg pe/2 ml injection solution	1		ANTICONVULSIVOS
fosphenytoin 500 mg pe/10 ml injection solution	1		ANTICONVULSIVOS
FYCOMPA 0.5 MG/ML ORAL SUSPENSION[NP]	*	PA	ANTICONVULSIVOS
FYCOMPA 10 MG TABLET[NP]	*	PA	ANTICONVULSIVOS
FYCOMPA 12 MG TABLET[NP]	*	PA	ANTICONVULSIVOS
FYCOMPA 2 MG TABLET[NP]	*	PA	ANTICONVULSIVOS
FYCOMPA 4 MG TABLET[NP]	*	PA	ANTICONVULSIVOS
FYCOMPA 6 MG TABLET[NP]	*	PA	ANTICONVULSIVOS
FYCOMPA 8 MG TABLET[NP]	*	PA	ANTICONVULSIVOS
gabapentin 100 mg capsule	1	QL(1080 cada 30 días)	ANTICONVULSIVOS
gabapentin 200 mg capsule	1	QL(540 cada 30 días)	ANTICONVULSIVOS
gabapentin 250 mg/5 ml (5 ml) oral solution	1	QL(2160 cada 30 días)	ANTICONVULSIVOS
gabapentin 250 mg/5 ml oral solution	1	QL(2160 cada 30 días)	ANTICONVULSIVOS

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	GRUPO DE NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
gabapentin 300 mg capsule	1	QL(360 cada 30 días)	ANTICONVULSIVOS
gabapentin 300 mg/6 ml (6 ml) oral solution	1	QL(2160 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(135 cada 30 días)	ANTICONVULSIVOS
GABARONE 100 MG TABLET[NP]	*	PA,QL(1080 cada 30 días)	ANTICONVULSIVOS
GABARONE 400 MG TABLET[NP]	*	PA,QL(270 cada 30 días)	ANTICONVULSIVOS
KEPPRA 1,000 MG TABLET[NP]	*	PA	ANTICONVULSIVOS
KEPPRA 100 MG/ML ORAL SOLUTION[NP]	*	PA	ANTICONVULSIVOS
KEPPRA 250 MG TABLET[NP]	*	PA	ANTICONVULSIVOS
KEPPRA 500 MG TABLET[NP]	*	PA	ANTICONVULSIVOS
KEPPRA 500 MG/5 ML INTRAVENOUS SOLUTION[NP]	*	PA	ANTICONVULSIVOS
KEPPRA 750 MG TABLET[NP]	*	PA	ANTICONVULSIVOS
KEPPRA XR 500 MG TABLET,EXTENDED RELEASE[NP]	*	PA	ANTICONVULSIVOS
KEPPRA XR 750 MG TABLET,EXTENDED RELEASE[NP]	*	PA	ANTICONVULSIVOS
lacosamide 10 mg/ml oral solution[NP]	*	PA	ANTICONVULSIVOS
lacosamide 100 mg tablet	1		ANTICONVULSIVOS
lacosamide 150 mg tablet	1		ANTICONVULSIVOS
lacosamide 200 mg tablet	1		ANTICONVULSIVOS
lacosamide 200 mg/20 ml intravenous solution[NP]	*	PA	ANTICONVULSIVOS
lacosamide 50 mg tablet	1		ANTICONVULSIVOS
LAMICTAL 100 MG TABLET[NP]	*	PA	ANTICONVULSIVOS
LAMICTAL 150 MG TABLET[NP]	*	PA	ANTICONVULSIVOS
LAMICTAL 200 MG TABLET[NP]	*	PA	ANTICONVULSIVOS
LAMICTAL 25 MG CHEWABLE DISPERSIBLE TABLET[NP]	*	PA	ANTICONVULSIVOS
LAMICTAL 25 MG TABLET[NP]	*	PA	ANTICONVULSIVOS
LAMICTAL 5 MG CHEWABLE DISPERSIBLE TABLET[NP]	*	PA	ANTICONVULSIVOS
LAMICTAL ODT 100 MG DISINTEGRATING TABLET[NP]	*	PA	ANTICONVULSIVOS
LAMICTAL ODT 200 MG DISINTEGRATING TABLET[NP]	*	PA	ANTICONVULSIVOS
LAMICTAL ODT 25 MG DISINTEGRATING TABLET[NP]	*	PA	ANTICONVULSIVOS
LAMICTAL ODT 50 MG DISINTEGRATING TABLET[NP]	*	PA	ANTICONVULSIVOS
LAMICTAL ODT STARTER (BLUE) 25 MG (21)-50 MG (7) TABLET,DISINTEGRATING	1	QL(28 cada 90 días)	ANTICONVULSIVOS
LAMICTAL ODT STARTER (GREEN) 50 MG (42)-100 MG (14) TABLET,DISINTEGRAT	1	QL(56 cada 90 días)	ANTICONVULSIVOS
LAMICTAL ODT STARTER(ORANGE) 25 MG(14)-50 MG(14)-100 MG(7) TAB,DISINT	1	QL(35 cada 90 días)	ANTICONVULSIVOS
LAMICTAL STARTER (BLUE) KIT 25 MG (35) TABLETS IN A DOSE PACK	1	QL(35 cada 90 días)	ANTICONVULSIVOS
LAMICTAL STARTER (GREEN) KIT 25 MG (84)-100 MG (14) TABLETS, DOSE PACK	1	QL(98 cada 90 días)	ANTICONVULSIVOS

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	GRUPO DE NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
LAMICTAL STARTER (ORANGE) KIT 25 MG (42)-100 MG (7) TABLETS, DOSE PACK	1	QL(49 cada 90 días)	ANTICONVULSIVOS
LAMICTAL XR 100 MG TABLET,EXTENDED RELEASE[NP]	*	PA	ANTICONVULSIVOS
LAMICTAL XR 200 MG TABLET,EXTENDED RELEASE[NP]	*	PA	ANTICONVULSIVOS
LAMICTAL XR 25 MG TABLET,EXTENDED RELEASE[NP]	*	PA	ANTICONVULSIVOS
LAMICTAL XR 250 MG TABLET,EXTENDED RELEASE[NP]	*	PA	ANTICONVULSIVOS
LAMICTAL XR 300 MG TABLET,EXTENDED RELEASE[NP]	*	PA	ANTICONVULSIVOS
LAMICTAL XR 50 MG TABLET,EXTENDED RELEASE[NP]	*	PA	ANTICONVULSIVOS
LAMICTAL XR STARTER (BLUE) 25 MG (21)-50 MG (7) TABLET,EXTEND RELEASE	1	QL(28 cada 90 días)	ANTICONVULSIVOS
LAMICTAL XR STARTER (GREEN) 50 MG(14)-100 MG(14)-200 MG(7) TAB,EXT.REL	1	QL(35 cada 90 días)	ANTICONVULSIVOS
LAMICTAL XR STARTER (ORANGE) 25 MG(14)-50 MG(14)-100 MG(7) TAB,EXT.REL	1	QL(35 cada 90 días)	ANTICONVULSIVOS
lamotrigine 100 mg disintegrating tablet	1		ANTICONVULSIVOS
lamotrigine 100 mg tablet	1		ANTICONVULSIVOS
lamotrigine 150 mg tablet	1		ANTICONVULSIVOS
lamotrigine 200 mg disintegrating tablet	1		ANTICONVULSIVOS
lamotrigine 200 mg tablet	1		ANTICONVULSIVOS
lamotrigine 25 mg (21)-50 mg (7) tablet,disintegrating, pack[NP]	*	PA,QL(28 cada 90 días)	ANTICONVULSIVOS
lamotrigine 25 mg (35) tablets in a dose pack[NP]	*	PA,QL(35 cada 90 días)	ANTICONVULSIVOS
lamotrigine 25 mg (42)-100 mg (7) tablets in a dose pack[NP]	*	PA,QL(49 cada 90 días)	ANTICONVULSIVOS
lamotrigine 25 mg (84)-100 mg (14) tablets in a dose pack[NP]	*	PA,QL(98 cada 90 días)	ANTICONVULSIVOS
lamotrigine 25 mg chewable dispersible tablet	1		ANTICONVULSIVOS
lamotrigine 25 mg disintegrating tablet	1		ANTICONVULSIVOS
lamotrigine 25 mg tablet	1		ANTICONVULSIVOS
lamotrigine 25 mg(14)-50 mg(14)-100 mg(7) tablet,disintegrating, pack[NP]	*	PA,QL(35 cada 90 días)	ANTICONVULSIVOS
lamotrigine 5 mg chewable dispersible tablet	1		ANTICONVULSIVOS
lamotrigine 50 mg (42)-100 mg (14) tablet,disintegrating, pack[NP]	*	PA,QL(56 cada 90 días)	ANTICONVULSIVOS
lamotrigine 50 mg disintegrating tablet	1		ANTICONVULSIVOS
lamotrigine er 100 mg tablet,extended release 24 hr	1		ANTICONVULSIVOS
lamotrigine er 200 mg tablet,extended release 24 hr	1		ANTICONVULSIVOS
lamotrigine er 25 mg tablet,extended release 24 hr	1		ANTICONVULSIVOS
lamotrigine er 250 mg tablet,extended release 24 hr	1		ANTICONVULSIVOS
lamotrigine er 300 mg tablet,extended release 24 hr	1		ANTICONVULSIVOS

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	GRUPO DE NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
lamotrigine er 50 mg tablet,extended release 24 hr	1		ANTICONVULSIVOS
levetiracetam 1,000 mg tablet	1		ANTICONVULSIVOS
levetiracetam 100 mg/ml oral solution	1		ANTICONVULSIVOS
levetiracetam 250 mg tablet	1		ANTICONVULSIVOS
levetiracetam 250 mg tablet for oral suspension[NP]	*	PA	ANTICONVULSIVOS
levetiracetam 500 mg tablet	1		ANTICONVULSIVOS
levetiracetam 500 mg tablet for oral suspension[NP]	*		ANTICONVULSIVOS
levetiracetam 500 mg/5 ml (5 ml) oral solution	1		ANTICONVULSIVOS
levetiracetam 500 mg/5 ml intravenous solution	1		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
LIBERVANT 10 MG BUCCAL FILM[NP]	*	PA,QL(10 cada 30 días)	ANTICONVULSIVOS
LIBERVANT 12.5 MG BUCCAL FILM[NP]	*	PA,QL(10 cada 30 días)	ANTICONVULSIVOS
LIBERVANT 15 MG BUCCAL FILM[NP]	*	PA,QL(10 cada 30 días)	ANTICONVULSIVOS
LIBERVANT 5 MG BUCCAL FILM[NP]	*	PA,QL(10 cada 30 días)	ANTICONVULSIVOS
LIBERVANT 7.5 MG BUCCAL FILM[NP]	*	PA,QL(10 cada 30 días)	ANTICONVULSIVOS
methsuximide 300 mg capsule[NP]	*	PA	ANTICONVULSIVOS
MOTPOLY XR 100 MG CAPSULE,EXTENDED RELEASE[NP]	*	PA	ANTICONVULSIVOS
MOTPOLY XR 150 MG CAPSULE,EXTENDED RELEASE[NP]	*	PA	ANTICONVULSIVOS
MOTPOLY XR 200 MG CAPSULE,EXTENDED RELEASE[NP]	*	PA	ANTICONVULSIVOS
NAYZILAM 5 MG/SPRAY (0.1 ML) NASAL SPRAY	1	QL(10 cada 30 días)	ANTICONVULSIVOS
NEURONTIN 100 MG CAPSULE	1	QL(1080 cada 30 días)	ANTICONVULSIVOS
NEURONTIN 250 MG/5 ML ORAL SOLUTION	1	QL(2160 cada 30 días)	ANTICONVULSIVOS
NEURONTIN 300 MG CAPSULE	1	QL(360 cada 30 días)	ANTICONVULSIVOS
NEURONTIN 400 MG CAPSULE	1	QL(270 cada 30 días)	ANTICONVULSIVOS
NEURONTIN 600 MG TABLET	1	QL(180 cada 30 días)	ANTICONVULSIVOS
NEURONTIN 800 MG TABLET	1	QL(135 cada 30 días)	ANTICONVULSIVOS
ONFI 10 MG TABLET[NP]	*	PA,QL(240 cada 30 días)	ANTICONVULSIVOS
ONFI 2.5 MG/ML ORAL SUSPENSION[NP]	*	PA,QL(960 cada 30 días)	ANTICONVULSIVOS
ONFI 20 MG TABLET[NP]	*	PA,QL(120 cada 30 días)	ANTICONVULSIVOS

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	GRUPO DE NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
oxcarbazepine 150 mg tablet	1		ANTICONVULSIVOS
oxcarbazepine 300 mg tablet	1		ANTICONVULSIVOS
oxcarbazepine 300 mg/5 ml (60 mg/ml) oral suspension	1		ANTICONVULSIVOS
oxcarbazepine 600 mg tablet	1		ANTICONVULSIVOS
oxcarbazepine er 150 mg tablet,extended release 24 hr[NP]	*	PA	ANTICONVULSIVOS
oxcarbazepine er 300 mg tablet,extended release 24 hr[NP]	*	PA	ANTICONVULSIVOS
oxcarbazepine er 600 mg tablet,extended release 24 hr[NP]	*	PA	ANTICONVULSIVOS
OXTELLAR XR 150 MG TABLET,EXTENDED RELEASE	1		ANTICONVULSIVOS
OXTELLAR XR 300 MG TABLET,EXTENDED RELEASE	1		ANTICONVULSIVOS
OXTELLAR XR 600 MG TABLET,EXTENDED RELEASE	1		ANTICONVULSIVOS
perampanel 0.5 mg/ml oral suspension[NP]	*	PA	ANTICONVULSIVOS
perampanel 10 mg tablet[NP]	*	PA	ANTICONVULSIVOS
perampanel 12 mg tablet[NP]	*	PA	ANTICONVULSIVOS
perampanel 2 mg tablet[NP]	*	PA	ANTICONVULSIVOS
perampanel 4 mg tablet[NP]	*	PA	ANTICONVULSIVOS
perampanel 6 mg tablet[NP]	*	PA	ANTICONVULSIVOS
perampanel 8 mg tablet[NP]	*	PA	ANTICONVULSIVOS
phenobarbital 100 mg tablet	1		ANTICONVULSIVOS
phenobarbital 15 mg tablet	1		ANTICONVULSIVOS
phenobarbital 16.2 mg tablet	1		ANTICONVULSIVOS
phenobarbital 20 mg/5 ml (4 mg/ml) oral elixir	1		ANTICONVULSIVOS
phenobarbital 30 mg tablet	1		ANTICONVULSIVOS
phenobarbital 32.4 mg tablet	1		ANTICONVULSIVOS
phenobarbital 60 mg tablet	1		ANTICONVULSIVOS
phenobarbital 64.8 mg tablet	1		ANTICONVULSIVOS
phenobarbital 97.2 mg tablet	1		ANTICONVULSIVOS
phenobarbital sodium 130 mg/ml injection solution	1		ANTICONVULSIVOS
phenobarbital sodium 65 mg/ml injection solution	1		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 50 mg/ml intravenous solution	1		ANTICONVULSIVOS
phenytoin sodium extended 100 mg capsule	1		ANTICONVULSIVOS
primidone 125 mg tablet	1		ANTICONVULSIVOS
primidone 250 mg tablet	1		ANTICONVULSIVOS
primidone 50 mg tablet	1		ANTICONVULSIVOS
RELGAABI 200 MG CAPSULE	1	QL(540 cada 30 días)	ANTICONVULSIVOS
relgaabi 300 mg capsule	1	QL(360 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]	*	PA	ANTICONVULSIVOS

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	GRUPO DE NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
rufinamide 40 mg/ml oral suspension[NP]	*	PA	ANTICONVULSIVOS
rufinamide 400 mg tablet[NP]	*	PA	ANTICONVULSIVOS
SABRIL 500 MG ORAL POWDER PACKET[NP]	*	PA	ANTICONVULSIVOS
SABRIL 500 MG TABLET[NP]	*	PA	ANTICONVULSIVOS
SPRITAM 1,000 MG TABLET FOR ORAL SUSPENSION[NP]	*	PA	ANTICONVULSIVOS
SPRITAM 250 MG TABLET FOR ORAL SUSPENSION[NP]	*	PA	ANTICONVULSIVOS
SPRITAM 500 MG TABLET FOR ORAL SUSPENSION[NP]	*	PA	ANTICONVULSIVOS
SPRITAM 750 MG TABLET FOR ORAL SUSPENSION[NP]	*	PA	ANTICONVULSIVOS
SUBVENITE 10 MG/ML ORAL SUSPENSION[NP]	*	PA	ANTICONVULSIVOS
subvenite 100 mg tablet[NP]	*	PA	ANTICONVULSIVOS
subvenite 150 mg tablet[NP]	*	PA	ANTICONVULSIVOS
subvenite 200 mg tablet[NP]	*	PA	ANTICONVULSIVOS
subvenite 25 mg tablet[NP]	*	PA	ANTICONVULSIVOS
subvenite starter (blue) kit 25 mg (35) tablets in a dose pack[NP]	*	PA,QL(35 cada 90 días)	ANTICONVULSIVOS
subvenite starter (green) kit 25 mg (84)-100 mg (14) tablet, dose pack[NP]	*	PA,QL(98 cada 90 días)	ANTICONVULSIVOS
subvenite starter (orange) kit 25 mg (42)-100 mg (7) tablet, dose pack[NP]	*	PA,QL(49 cada 90 días)	ANTICONVULSIVOS
SYMPAZAN 10 MG ORAL FILM[NP]	*	PA,QL(240 cada 30 días)	ANTICONVULSIVOS
SYMPAZAN 20 MG ORAL FILM[NP]	*	PA,QL(120 cada 30 días)	ANTICONVULSIVOS
SYMPAZAN 5 MG ORAL FILM[NP]	*	PA,QL(240 cada 30 días)	ANTICONVULSIVOS
TEGRETOL 100 MG/5 ML ORAL SUSPENSION	1		ANTICONVULSIVOS
TEGRETOL 200 MG TABLET	1		ANTICONVULSIVOS
TEGRETOL XR 100 MG TABLET,EXTENDED RELEASE	1		ANTICONVULSIVOS
TEGRETOL XR 200 MG TABLET,EXTENDED RELEASE	1		ANTICONVULSIVOS
TEGRETOL XR 400 MG TABLET,EXTENDED RELEASE	1		ANTICONVULSIVOS
tiagabine 12 mg tablet	1		ANTICONVULSIVOS
tiagabine 16 mg tablet	1		ANTICONVULSIVOS
tiagabine 2 mg tablet	1		ANTICONVULSIVOS
tiagabine 4 mg tablet	1		ANTICONVULSIVOS
TOPAMAX 100 MG TABLET[NP]	*	PA	ANTICONVULSIVOS
TOPAMAX 15 MG SPRINKLE CAPSULE[NP]	*	PA	ANTICONVULSIVOS
TOPAMAX 200 MG TABLET[NP]	*	PA	ANTICONVULSIVOS
TOPAMAX 25 MG SPRINKLE CAPSULE[NP]	*	PA	ANTICONVULSIVOS
TOPAMAX 25 MG TABLET[NP]	*	PA	ANTICONVULSIVOS
TOPAMAX 50 MG TABLET[NP]	*	PA	ANTICONVULSIVOS
topiramate 100 mg tablet	1		ANTICONVULSIVOS
topiramate 15 mg sprinkle capsule	1		ANTICONVULSIVOS
topiramate 200 mg tablet	1		ANTICONVULSIVOS
topiramate 25 mg sprinkle capsule	1		ANTICONVULSIVOS
topiramate 25 mg tablet	1		ANTICONVULSIVOS
topiramate 25 mg/ml oral solution[NP]	*	PA,QL(480 cada 30 días)	ANTICONVULSIVOS
topiramate 50 mg sprinkle capsule	1		ANTICONVULSIVOS

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	GRUPO DE NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
topiramate 50 mg tablet	1		ANTICONVULSIVOS
topiramate xr 100 mg capsule sprinkle,extended release 24 hr	1	QL(60 cada 30 días)	ANTICONVULSIVOS
topiramate xr 100 mg capsule,extended release 24 hr[NP]	*	PA,QL(60 cada 30 días)	ANTICONVULSIVOS
topiramate xr 150 mg capsule sprinkle,extended release 24 hr	1	QL(60 cada 30 días)	ANTICONVULSIVOS
topiramate xr 200 mg capsule sprinkle,extended release 24 hr	1	QL(60 cada 30 días)	ANTICONVULSIVOS
topiramate xr 200 mg capsule,extended release 24 hr[NP]	*	PA,QL(60 cada 30 días)	ANTICONVULSIVOS
topiramate xr 25 mg capsule sprinkle,extended release 24 hr	1	QL(60 cada 30 días)	ANTICONVULSIVOS
topiramate xr 25 mg capsule,extended release 24 hr[NP]	*	PA,QL(60 cada 30 días)	ANTICONVULSIVOS
topiramate xr 50 mg capsule sprinkle,extended release 24 hr	1	QL(60 cada 30 días)	ANTICONVULSIVOS
topiramate xr 50 mg capsule,extended release 24 hr[NP]	*	PA,QL(60 cada 30 días)	ANTICONVULSIVOS
TRILEPTAL 150 MG TABLET[NP]	*	PA	ANTICONVULSIVOS
TRILEPTAL 300 MG TABLET[NP]	*	PA	ANTICONVULSIVOS
TRILEPTAL 300 MG/5 ML (60 MG/ML) ORAL SUSPENSION[NP]	*	PA	ANTICONVULSIVOS
TRILEPTAL 600 MG TABLET[NP]	*	PA	ANTICONVULSIVOS
TROKENDI XR 100 MG CAPSULE, EXTENDED RELEASE	1	QL(60 cada 30 días)	ANTICONVULSIVOS
TROKENDI XR 200 MG CAPSULE, EXTENDED RELEASE	1	QL(60 cada 30 días)	ANTICONVULSIVOS
TROKENDI XR 25 MG CAPSULE,EXTENDED RELEASE	1	QL(60 cada 30 días)	ANTICONVULSIVOS
TROKENDI XR 50 MG CAPSULE, EXTENDED RELEASE	1	QL(60 cada 30 días)	ANTICONVULSIVOS
valproate sodium 500 mg/5 ml (100 mg/ml) intravenous solution	1		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	1	QL(10 cada 30 días)	ANTICONVULSIVOS
VALTOCO 15 MG/2 SPRAY(7.5MG/0.1ML X2) NASAL SPRAY	1	QL(10 cada 30 días)	ANTICONVULSIVOS
VALTOCO 20 MG/2 SPRAY (10MG/0.1ML X2) NASAL SPRAY	1	QL(10 cada 30 días)	ANTICONVULSIVOS
VALTOCO 5 MG/SPRAY (0.1 ML) NASAL SPRAY	1	QL(10 cada 30 días)	ANTICONVULSIVOS
vigabatrin 500 mg oral powder packet[NP]	*	PA	ANTICONVULSIVOS
vigabatrin 500 mg tablet[NP]	*	PA	ANTICONVULSIVOS
vigadrone 500 mg oral powder packet[NP]	*	PA	ANTICONVULSIVOS
vigadrone 500 mg tablet[NP]	*	PA	ANTICONVULSIVOS

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	GRUPO DE NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
VIGAFYDE 100 MG/ML ORAL SOLUTION[NP]	*	PA	ANTICONVULSIVOS
vigpoder 500 mg oral powder packet[NP]	*	PA	ANTICONVULSIVOS
VIMPAT 10 MG/ML ORAL SOLUTION[NP]	*	PA	ANTICONVULSIVOS
VIMPAT 100 MG TABLET[NP]	*	PA	ANTICONVULSIVOS
VIMPAT 150 MG TABLET[NP]	*	PA	ANTICONVULSIVOS
VIMPAT 200 MG TABLET[NP]	*	PA	ANTICONVULSIVOS
VIMPAT 200 MG/20 ML INTRAVENOUS SOLUTION[NP]	*	PA	ANTICONVULSIVOS
VIMPAT 50 MG TABLET[NP]	*	PA	ANTICONVULSIVOS
XCOPRI 100 MG TABLET[NP]	*	PA	ANTICONVULSIVOS
XCOPRI 150 MG TABLET[NP]	*	PA	ANTICONVULSIVOS
XCOPRI 200 MG TABLET[NP]	*	PA	ANTICONVULSIVOS
XCOPRI 25 MG TABLET[NP]	*	PA	ANTICONVULSIVOS
XCOPRI 50 MG TABLET[NP]	*	PA	ANTICONVULSIVOS
XCOPRI MAINTENANCE PACK 250MG/DAY (150 MG X 1 AND 100 MG X 1) TABLETS[NP]	*	PA	ANTICONVULSIVOS
XCOPRI MAINTENANCE PACK 350 MG/DAY (200 MG X 1 AND 150 MG X 1) TABLETS[NP]	*	PA	ANTICONVULSIVOS
XCOPRI TITRATION PACK 12.5 MG (14)-25 MG (14) TABLETS IN A DOSE PACK[NP]	*	PA,QL(28 cada 90 dÍas)	ANTICONVULSIVOS
XCOPRI TITRATION PACK 150 MG (14)-200 MG (14) TABLETS IN A DOSE PACK[NP]	*	PA,QL(28 cada 90 dÍas)	ANTICONVULSIVOS
XCOPRI TITRATION PACK 50 MG (14)-100 MG (14) TABLETS IN A DOSE PACK[NP]	*	PA,QL(28 cada 90 dÍas)	ANTICONVULSIVOS
ZARONTIN 250 MG CAPSULE[NP]	*	PA	ANTICONVULSIVOS
ZARONTIN 250 MG/5 ML ORAL SOLUTION[NP]	*	PA	ANTICONVULSIVOS
ZONISADE 100 MG/5 ML ORAL SUSPENSION[NP]	*	PA	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]	*	PA,QL(1080 cada 30 dÍas)	ANTICONVULSIVOS
amitriptyline 10 mg tablet	1	QL(120 cada 30 dÍas)	ANTIDEPRESIVOS
amitriptyline 100 mg tablet	1	QL(90 cada 30 dÍas)	ANTIDEPRESIVOS
amitriptyline 150 mg tablet	1	QL(90 cada 30 dÍas)	ANTIDEPRESIVOS
amitriptyline 25 mg tablet	1	QL(90 cada 30 dÍas)	ANTIDEPRESIVOS
amitriptyline 50 mg tablet	1	QL(90 cada 30 dÍas)	ANTIDEPRESIVOS
amitriptyline 75 mg tablet	1	QL(90 cada 30 dÍas)	ANTIDEPRESIVOS
amitriptyline-chlordiazepoxide 12.5 mg-5 mg tablet	1	PA	ANTIDEPRESIVOS
amitriptyline-chlordiazepoxide 25 mg-10 mg tablet	1	PA	ANTIDEPRESIVOS
amoxapine 100 mg tablet	1	QL(120 cada 30 dÍas)	ANTIDEPRESIVOS
amoxapine 150 mg tablet	1	QL(60 cada 30 dÍas)	ANTIDEPRESIVOS

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	GRUPO DE NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
amoxapine 25 mg tablet	1	QL(60 cada 30 días)	ANTIDEPRESIVOS
amoxapine 50 mg tablet	1	QL(120 cada 30 días)	ANTIDEPRESIVOS
ANAFRANIL 25 MG CAPSULE[NP]	*	PA,QL(60 cada 30 días)	ANTIDEPRESIVOS
ANAFRANIL 50 MG CAPSULE[NP]	*	PA,QL(150 cada 30 días)	ANTIDEPRESIVOS
ANAFRANIL 75 MG CAPSULE[NP]	*	PA,QL(90 cada 30 días)	ANTIDEPRESIVOS
AUVELITY 30 MG-105 MG/45 MG-105 MG ORAL TABLET, IR ER, DOSE PACK	1		ANTIDEPRESIVOS
AUVELITY 45 MG-105 MG TABLET, EXTENDED RELEASE	1	QL(60 cada 30 días)	ANTIDEPRESIVOS
bupropion hcl 100 mg tablet	1	QL(120 cada 30 días)	ANTIDEPRESIVOS
bupropion hcl 75 mg tablet	1	QL(120 cada 30 días)	ANTIDEPRESIVOS
bupropion hcl sr 100 mg tablet,12 hr sustained-release	1	QL(60 cada 30 días)	ANTIDEPRESIVOS
bupropion hcl sr 150 mg tablet,12 hr sustained-release	1	QL(60 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(30 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[NP]	*	QL(30 cada 30 días)	ANTIDEPRESIVOS
CELEXA 10 MG TABLET[NP]	*	PA,QL(45 cada 30 días)	ANTIDEPRESIVOS
CELEXA 20 MG TABLET[NP]	*	PA,QL(45 cada 30 días)	ANTIDEPRESIVOS
CELEXA 40 MG TABLET[NP]	*	PA,QL(30 cada 30 días)	ANTIDEPRESIVOS
citalopram 10 mg tablet	1	QL(45 cada 30 días)	ANTIDEPRESIVOS
citalopram 10 mg/5 ml oral solution	1	QL(600 cada 30 días)	ANTIDEPRESIVOS
citalopram 10 mg/5 ml oral solution	1		ANTIDEPRESIVOS
citalopram 20 mg tablet	1	QL(45 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	QL(60 cada 30 días)	ANTIDEPRESIVOS
clomipramine 50 mg capsule	1	QL(150 cada 30 días)	ANTIDEPRESIVOS
clomipramine 75 mg capsule	1	QL(90 cada 30 días)	ANTIDEPRESIVOS

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	GRUPO DE NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
desipramine 10 mg tablet	1	QL(120 cada 30 días)	ANTIDEPRESIVOS
desipramine 100 mg tablet	1	QL(90 cada 30 días)	ANTIDEPRESIVOS
desipramine 150 mg tablet	1	QL(60 cada 30 días)	ANTIDEPRESIVOS
desipramine 25 mg tablet	1	QL(60 cada 30 días)	ANTIDEPRESIVOS
desipramine 50 mg tablet	1	QL(60 cada 30 días)	ANTIDEPRESIVOS
desipramine 75 mg tablet	1	QL(60 cada 30 días)	ANTIDEPRESIVOS
desvenlafaxine er 100 mg tablet,extended release 24 hr	1	QL(60 cada 30 días)	ANTIDEPRESIVOS
desvenlafaxine er 50 mg tablet,extended release 24 hr	1	QL(30 cada 30 días)	ANTIDEPRESIVOS
desvenlafaxine succinate er 100 mg tablet,extended release 24 hr	1	QL(60 cada 30 días)	ANTIDEPRESIVOS
desvenlafaxine succinate er 25 mg tablet,extended release 24 hr	1	QL(30 cada 30 días)	ANTIDEPRESIVOS
desvenlafaxine succinate er 50 mg tablet,extended release 24 hr	1	QL(30 cada 30 días)	ANTIDEPRESIVOS
EFFEXOR XR 150 MG CAPSULE,EXTENDED RELEASE[NP]	*	PA,QL(60 cada 30 días)	ANTIDEPRESIVOS
EFFEXOR XR 37.5 MG CAPSULE,EXTENDED RELEASE[NP]	*	PA,QL(30 cada 30 días)	ANTIDEPRESIVOS
EFFEXOR XR 75 MG CAPSULE,EXTENDED RELEASE[NP]	*	PA,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(45 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]	*	QL(32 cada 90 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	1	QL(30 cada 30 días)	ANTIDEPRESIVOS

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	GRUPO DE NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
FETZIMA 20 MG (2)-40 MG (26) CAPSULE,EXTENDED RELEASE,24 HR,DOSE PACK	1	QL(28 cada 90 días)	ANTIDEPRESIVOS
FETZIMA 20 MG CAPSULE,EXTENDED RELEASE	1	QL(30 cada 30 días)	ANTIDEPRESIVOS
FETZIMA 40 MG CAPSULE,EXTENDED RELEASE	1	QL(30 cada 30 días)	ANTIDEPRESIVOS
FETZIMA 80 MG CAPSULE,EXTENDED RELEASE	1	QL(30 cada 30 días)	ANTIDEPRESIVOS
fluoxetine 10 mg capsule	1	QL(30 cada 30 días)	ANTIDEPRESIVOS
fluoxetine 10 mg tablet	1	QL(45 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	QL(600 cada 30 días)	ANTIDEPRESIVOS
fluoxetine 40 mg capsule	1	QL(60 cada 30 días)	ANTIDEPRESIVOS
fluoxetine 60 mg tablet	1	QL(30 cada 30 días)	ANTIDEPRESIVOS
fluoxetine 90 mg capsule,delayed release	1	QL(4 cada 28 días)	ANTIDEPRESIVOS
fluvoxamine 100 mg tablet	1	QL(90 cada 30 días)	ANTIDEPRESIVOS
fluvoxamine 25 mg tablet	1	QL(60 cada 30 días)	ANTIDEPRESIVOS
fluvoxamine 50 mg tablet	1	QL(60 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
FORFIVO XL 450 MG 24 HR TABLET, EXTENDED RELEASE[NP]	*	PA,QL(30 cada 30 días)	ANTIDEPRESIVOS
imipramine 10 mg tablet	1	QL(60 cada 30 días)	ANTIDEPRESIVOS
imipramine 25 mg tablet	1	QL(30 cada 30 días)	ANTIDEPRESIVOS
imipramine 50 mg tablet	1	QL(180 cada 30 días)	ANTIDEPRESIVOS
imipramine pamoate 100 mg capsule	1	QL(90 cada 30 días)	ANTIDEPRESIVOS
imipramine pamoate 125 mg capsule	1	QL(60 cada 30 días)	ANTIDEPRESIVOS
imipramine pamoate 150 mg capsule	1	QL(60 cada 30 días)	ANTIDEPRESIVOS
imipramine pamoate 75 mg capsule	1	QL(30 cada 30 días)	ANTIDEPRESIVOS
LEXAPRO 10 MG TABLET[NP]	*	PA,QL(45 cada 30 días)	ANTIDEPRESIVOS
LEXAPRO 20 MG TABLET[NP]	*	PA,QL(45 cada 30 días)	ANTIDEPRESIVOS

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	GRUPO DE NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
LEXAPRO 5 MG TABLET[NP]	*	PA,QL(30 cada 30 días)	ANTIDEPRESIVOS
MARPLAN 10 MG TABLET[NP]	*	QL(90 cada 30 días)	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
mirtazapine 7.5 mg tablet	1	QL(30 cada 30 días)	ANTIDEPRESIVOS
NARDIL 15 MG TABLET[NP]	*	PA,QL(180 cada 30 días)	ANTIDEPRESIVOS
nefazodone 100 mg tablet	1	QL(60 cada 30 días)	ANTIDEPRESIVOS
nefazodone 150 mg tablet	1	QL(60 cada 30 días)	ANTIDEPRESIVOS
nefazodone 200 mg tablet	1	QL(60 cada 30 días)	ANTIDEPRESIVOS
nefazodone 250 mg tablet	1	QL(60 cada 30 días)	ANTIDEPRESIVOS
nefazodone 50 mg tablet	1	QL(60 cada 30 días)	ANTIDEPRESIVOS
nortriptyline 10 mg capsule	1	QL(120 cada 30 días)	ANTIDEPRESIVOS
nortriptyline 10 mg/5 ml oral solution	1	QL(600 cada 30 días)	ANTIDEPRESIVOS
nortriptyline 25 mg capsule	1	QL(120 cada 30 días)	ANTIDEPRESIVOS
nortriptyline 50 mg capsule	1	QL(90 cada 30 días)	ANTIDEPRESIVOS
nortriptyline 75 mg capsule	1	QL(60 cada 30 días)	ANTIDEPRESIVOS
olanzapine-fluoxetine 12 mg-25 mg capsule	1	PA,QL(30 cada 30 días)	ANTIDEPRESIVOS
olanzapine-fluoxetine 12 mg-50 mg capsule	1	PA,QL(30 cada 30 días)	ANTIDEPRESIVOS
olanzapine-fluoxetine 3 mg-25 mg capsule	1	PA,QL(30 cada 30 días)	ANTIDEPRESIVOS
olanzapine-fluoxetine 6 mg-25 mg capsule	1	PA,QL(30 cada 30 días)	ANTIDEPRESIVOS
olanzapine-fluoxetine 6 mg-50 mg capsule	1	PA,QL(30 cada 30 días)	ANTIDEPRESIVOS
PAMELOR 10 MG CAPSULE[NP]	*	PA,QL(120 cada 30 días)	ANTIDEPRESIVOS
PAMELOR 25 MG CAPSULE[NP]	*	PA,QL(120 cada 30 días)	ANTIDEPRESIVOS

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	GRUPO DE NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
PAMELOR 50 MG CAPSULE[NP]	*	PA,QL(90 cada 30 días)	ANTIDEPRESIVOS
PAMELOR 75 MG CAPSULE[NP]	*	PA,QL(60 cada 30 días)	ANTIDEPRESIVOS
paroxetine 10 mg tablet	1	QL(45 cada 30 días)	ANTIDEPRESIVOS
paroxetine 10 mg/5 ml oral suspension	1	PA,QL(1200 cada 30 días)	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	1	QL(30 cada 30 días)	ANTIDEPRESIVOS
paroxetine er 25 mg tablet,extended release 24 hr	1	QL(30 cada 30 días)	ANTIDEPRESIVOS
paroxetine er 37.5 mg tablet,extended release 24 hr	1	QL(60 cada 30 días)	ANTIDEPRESIVOS
paroxetine mesylate (menopausal symptoms suppressant) 7.5 mg capsule	1		ANTIDEPRESIVOS
PAXIL 10 MG TABLET[NP]	*	PA,QL(45 cada 30 días)	ANTIDEPRESIVOS
PAXIL 20 MG TABLET[NP]	*	PA,QL(30 cada 30 días)	ANTIDEPRESIVOS
PAXIL 30 MG TABLET[NP]	*	PA,QL(60 cada 30 días)	ANTIDEPRESIVOS
PAXIL 40 MG TABLET[NP]	*	PA,QL(60 cada 30 días)	ANTIDEPRESIVOS
PAXIL CR 12.5 MG TABLET,EXTENDED RELEASE[NP]	*	PA,QL(30 cada 30 días)	ANTIDEPRESIVOS
PAXIL CR 25 MG TABLET,EXTENDED RELEASE[NP]	*	PA,QL(30 cada 30 días)	ANTIDEPRESIVOS
PAXIL CR 37.5 MG TABLET,EXTENDED RELEASE[NP]	*	PA,QL(60 cada 30 días)	ANTIDEPRESIVOS
perphenazine-amitriptyline 2 mg-10 mg tablet	1	PA	ANTIDEPRESIVOS
perphenazine-amitriptyline 2 mg-25 mg tablet	1	PA	ANTIDEPRESIVOS
perphenazine-amitriptyline 4 mg-10 mg tablet	1	PA	ANTIDEPRESIVOS
perphenazine-amitriptyline 4 mg-25 mg tablet	1	PA	ANTIDEPRESIVOS
perphenazine-amitriptyline 4 mg-50 mg tablet	1	PA	ANTIDEPRESIVOS
phenelzine 15 mg tablet[NP]	*	QL(180 cada 30 días)	ANTIDEPRESIVOS
PRISTIQ 100 MG TABLET,EXTENDED RELEASE[NP]	*	PA,QL(60 cada 30 días)	ANTIDEPRESIVOS
PRISTIQ 25 MG TABLET,EXTENDED RELEASE[NP]	*	PA,QL(30 cada 30 días)	ANTIDEPRESIVOS
PRISTIQ 50 MG TABLET,EXTENDED RELEASE[NP]	*	PA,QL(30 cada 30 días)	ANTIDEPRESIVOS
protriptyline 10 mg tablet	1	QL(120 cada 30 días)	ANTIDEPRESIVOS
protriptyline 5 mg tablet	1	QL(120 cada 30 días)	ANTIDEPRESIVOS

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	GRUPO DE NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
PROZAC 10 MG CAPSULE[NP]	*	PA,QL(30 cada 30 días)	ANTIDEPRESIVOS
PROZAC 20 MG CAPSULE[NP]	*	PA,QL(120 cada 30 días)	ANTIDEPRESIVOS
PROZAC 40 MG CAPSULE[NP]	*	PA,QL(60 cada 30 días)	ANTIDEPRESIVOS
RALDESY 10 MG/ML ORAL SOLUTION[NP]	*	QL(1800 cada 30 días)	ANTIDEPRESIVOS
REMERON 15 MG TABLET[NP]	*	PA,QL(30 cada 30 días)	ANTIDEPRESIVOS
REMERON 30 MG TABLET[NP]	*	PA,QL(30 cada 30 días)	ANTIDEPRESIVOS
REMERON SOLTAB 15 MG DISINTEGRATING TABLET[NP]	*	PA,QL(30 cada 30 días)	ANTIDEPRESIVOS
REMERON SOLTAB 30 MG DISINTEGRATING TABLET[NP]	*	PA,QL(30 cada 30 días)	ANTIDEPRESIVOS
REMERON SOLTAB 45 MG DISINTEGRATING TABLET[NP]	*	PA,QL(30 cada 30 días)	ANTIDEPRESIVOS
sertraline 100 mg tablet	1	QL(90 cada 30 días)	ANTIDEPRESIVOS
sertraline 150 mg capsule[NP]	*	QL(60 cada 30 días)	ANTIDEPRESIVOS
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(60 cada 30 días)	ANTIDEPRESIVOS
sertraline 50 mg tablet	1	QL(60 cada 30 días)	ANTIDEPRESIVOS
SPRAVATO 56 MG (28 MG X 2) NASAL SPRAY[NP]	*	PA,QL(16 cada 28 días)	ANTIDEPRESIVOS
SPRAVATO 84 MG (28 MG X 3) NASAL SPRAY[NP]	*	PA,QL(24 cada 28 días)	ANTIDEPRESIVOS
tranylcypromine 10 mg tablet[NP]	*	QL(180 cada 30 días)	ANTIDEPRESIVOS
trazodone 100 mg tablet	1	QL(90 cada 30 días)	ANTIDEPRESIVOS
trazodone 150 mg tablet	1	QL(90 cada 30 días)	ANTIDEPRESIVOS
trazodone 300 mg tablet	1	QL(60 cada 30 días)	ANTIDEPRESIVOS
trazodone 50 mg tablet	1	QL(60 cada 30 días)	ANTIDEPRESIVOS
trimipramine 100 mg capsule[NP]	*	QL(90 cada 30 días)	ANTIDEPRESIVOS
trimipramine 25 mg capsule[NP]	*	QL(30 cada 30 días)	ANTIDEPRESIVOS
trimipramine 50 mg capsule[NP]	*	QL(30 cada 30 días)	ANTIDEPRESIVOS
TRINTELLIX 10 MG TABLET	1	QL(30 cada 30 días)	ANTIDEPRESIVOS
TRINTELLIX 20 MG TABLET	1	QL(30 cada 30 días)	ANTIDEPRESIVOS

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	GRUPO DE NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
TRINTELLIX 5 MG TABLET	1	QL(30 cada 30 días)	ANTIDEPRESIVOS
venlafaxine 100 mg tablet	1	QL(90 cada 30 días)	ANTIDEPRESIVOS
venlafaxine 25 mg tablet	1	QL(90 cada 30 días)	ANTIDEPRESIVOS
venlafaxine 37.5 mg tablet	1	QL(90 cada 30 días)	ANTIDEPRESIVOS
venlafaxine 50 mg tablet	1	QL(90 cada 30 días)	ANTIDEPRESIVOS
venlafaxine 75 mg tablet	1	QL(90 cada 30 días)	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	1	QL(60 cada 30 días)	ANTIDEPRESIVOS
venlafaxine er 225 mg tablet,extended release 24 hr	1	QL(30 cada 30 días)	ANTIDEPRESIVOS
venlafaxine er 37.5 mg capsule,extended release 24 hr	1	QL(30 cada 30 días)	ANTIDEPRESIVOS
venlafaxine er 37.5 mg tablet,extended release 24 hr	1	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	1	QL(90 cada 30 días)	ANTIDEPRESIVOS
VIIBRYD 10 MG TABLET[NP]	*	PA,QL(30 cada 30 días)	ANTIDEPRESIVOS
VIIBRYD 20 MG TABLET[NP]	*	PA,QL(30 cada 30 días)	ANTIDEPRESIVOS
VIIBRYD 40 MG TABLET[NP]	*	PA,QL(30 cada 30 días)	ANTIDEPRESIVOS
vilazodone 10 mg tablet	1	QL(30 cada 30 días)	ANTIDEPRESIVOS
vilazodone 20 mg tablet	1	QL(30 cada 30 días)	ANTIDEPRESIVOS
vilazodone 40 mg tablet	1	QL(30 cada 30 días)	ANTIDEPRESIVOS
WELLBUTRIN SR 100 MG TABLET, 12 HR SUSTAINED-RELEASE[NP]	*	PA,QL(60 cada 30 días)	ANTIDEPRESIVOS
WELLBUTRIN SR 150 MG TABLET, 12 HR SUSTAINED-RELEASE[NP]	*	PA,QL(60 cada 30 días)	ANTIDEPRESIVOS
WELLBUTRIN SR 200 MG TABLET, 12 HR SUSTAINED-RELEASE[NP]	*	PA,QL(60 cada 30 días)	ANTIDEPRESIVOS
ZOLOFT 100 MG TABLET[NP]	*	PA,QL(90 cada 30 días)	ANTIDEPRESIVOS
ZOLOFT 20 MG/ML ORAL CONCENTRATE[NP]	*	PA,QL(300 cada 30 días)	ANTIDEPRESIVOS
ZOLOFT 25 MG TABLET[NP]	*	PA,QL(60 cada 30 días)	ANTIDEPRESIVOS
ZOLOFT 50 MG TABLET[NP]	*	PA,QL(60 cada 30 días)	ANTIDEPRESIVOS

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	GRUPO DE NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
ZURZUVAE 20 MG CAPSULE	1	PA,QL(28 cada 365 días)	ANTIDEPRESIVOS
ZURZUVAE 25 MG CAPSULE	1	PA,QL(28 cada 365 días)	ANTIDEPRESIVOS
ZURZUVAE 30 MG CAPSULE	1	PA,QL(14 cada 365 días)	ANTIDEPRESIVOS
AKYNZEO (FOSNETUPITANT) 235 MG-0.25 MG/20 ML INTRAVENOUS SOLUTION[NP]	*		ANTIEMÉTICOS
AKYNZEO (NETUPITANT) 300 MG-0.5 MG CAPSULE[NP]	*		ANTIEMÉTICOS
ANTIVERT 25 MG CHEWABLE TABLET	1		ANTIEMÉTICOS
aprepitant 125 mg (1)-80 mg (2) capsules in a dose pack	1		ANTIEMÉTICOS
aprepitant 125 mg capsule[NP]	*		ANTIEMÉTICOS
aprepitant 40 mg capsule	1		ANTIEMÉTICOS
aprepitant 80 mg capsule	1		ANTIEMÉTICOS
bonine 25 mg chewable tablet[OTC]	1		ANTIEMÉTICOS
BONJESTA 20 MG-20 MG TABLET,IMMEDIATE AND DELAY RELEASE[NP]	*	QL(60 cada 30 días)	ANTIEMÉTICOS
CINVANTI 130 MG/18 ML (7.2 MG/ML) INTRAVENOUS EMULSION[NP]	*		ANTIEMÉTICOS
DICLEGIS 10 MG-10 MG TABLET,DELAYED RELEASE	1	QL(120 cada 30 días)	ANTIEMÉTICOS
doxylamine 10 mg-pyridoxine (vit b6) 10 mg tablet,delayed release[NP]	*	QL(120 cada 30 días)	ANTIEMÉTICOS
dramamine (meclizine) 25 mg chewable tablet[OTC]	1		ANTIEMÉTICOS
dramamine (meclizine) 25 mg tablet[OTC]	1		ANTIEMÉTICOS
dramamine less drowsy 25 mg tablet[OTC]	1		ANTIEMÉTICOS
dronabinol 10 mg capsule[NP]	*	PA	ANTIEMÉTICOS
dronabinol 2.5 mg capsule[NP]	*	PA	ANTIEMÉTICOS
dronabinol 5 mg capsule[NP]	*	PA	ANTIEMÉTICOS
dronabinol 5 mg/ml oral solution[NP]	*	PA	ANTIEMÉTICOS
EMEND (FOSAPREPITANT) 150 MG INTRAVENOUS SOLUTION[NP]	*		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]	*		ANTIEMÉTICOS
EMEND 80 MG CAPSULE[NP]	*		ANTIEMÉTICOS
FOCINVEZ 150 MG/50 ML (3 MG/ML) INTRAVENOUS SOLUTION[NP]	*		ANTIEMÉTICOS
fosaprepitant 150 mg intravenous powder for solution	1		ANTIEMÉTICOS
granisetron (pf) 1 mg/ml (1 ml) intravenous solution[NP]	*		ANTIEMÉTICOS
granisetron hcl 1 mg tablet[NP]	*		ANTIEMÉTICOS
granisetron hcl 1 mg/ml (1 ml) intravenous solution[NP]	*		ANTIEMÉTICOS
granisetron hcl 1 mg/ml intravenous solution[NP]	*		ANTIEMÉTICOS
MARINOL 2.5 MG CAPSULE[NP]	*	PA	ANTIEMÉTICOS
meclizine 12.5 mg tablet	1		ANTIEMÉTICOS
meclizine 25 mg chewable tablet	1		ANTIEMÉTICOS
meclizine 25 mg chewable tablet[OTC]	1		ANTIEMÉTICOS

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	GRUPO DE NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
meclizine 25 mg tablet	1		ANTIEMÉTICOS
meclizine 25 mg tablet[OTC]	1		ANTIEMÉTICOS
medi-meclizine 25 mg tablet[OTC]	1		ANTIEMÉTICOS
metoclopramide 10 mg tablet	1		ANTIEMÉTICOS
metoclopramide 5 mg tablet	1		ANTIEMÉTICOS
metoclopramide 5 mg/5 ml oral solution	1		ANTIEMÉTICOS
motion sickness (meclizine) 25 mg tablet[OTC]	1		ANTIEMÉTICOS
motion sickness relief (meclizine) 25 mg chewable tablet[OTC]	1		ANTIEMÉTICOS
motion sickness relief (meclizine) 25 mg tablet[OTC]	1		ANTIEMÉTICOS
motion-time 25 mg chewable tablet[OTC]	1		ANTIEMÉTICOS
NAVITRUX 150 MG INTRAVENOUS SOLUTION	1		ANTIEMÉTICOS
ondansetron 16 mg disintegrating tablet[NP]	*	QL(3 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 (pf) 4 mg/2 ml injection solution	1		ANTIEMÉTICOS
ondansetron hcl (pf) 4 mg/2 ml injection syringe	1		ANTIEMÉTICOS
ondansetron hcl 2 mg/ml intravenous solution	1		ANTIEMÉTICOS
ondansetron hcl 4 mg tablet	1	QL(90 cada 30 días)	ANTIEMÉTICOS
ondansetron hcl 4 mg/5 ml oral solution	1		ANTIEMÉTICOS
ondansetron hcl 8 mg tablet	1	QL(90 cada 30 días)	ANTIEMÉTICOS
palonosetron 0.25 mg/5 ml intravenous solution[NP]	*		ANTIEMÉTICOS
palonosetron 0.25 mg/5 ml intravenous syringe[NP]	*		ANTIEMÉTICOS
POSFREA 0.25 MG/5 ML INTRAVENOUS SOLUTION[NP]	*		ANTIEMÉTICOS
prochlorperazine edisylate 10 mg/2 ml (5 mg/ml) injection solution	1	PA	ANTIEMÉTICOS
prochlorperazine edisylate 5 mg/ml injection solution	1	PA	ANTIEMÉTICOS
prochlorperazine maleate 10 mg tablet	1	PA	ANTIEMÉTICOS
prochlorperazine maleate 5 mg tablet	1	PA	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 25 mg/ml injection solution	1		ANTIEMÉTICOS
promethazine 50 mg tablet	1		ANTIEMÉTICOS
promethazine 50 mg/ml injection solution	1		ANTIEMÉTICOS
promethazine 6.25 mg/5 ml oral syrup	1		ANTIEMÉTICOS
promethegan 12.5 mg rectal suppository	1		ANTIEMÉTICOS
promethegan 25 mg rectal suppository	1		ANTIEMÉTICOS
promethegan 50 mg rectal suppository	1		ANTIEMÉTICOS
SANCUSO 3.1 MG/24 HOUR TRANSDERMAL PATCH[NP]	*		ANTIEMÉTICOS
scopolamine 1 mg over 3 days transdermal patch	1		ANTIEMÉTICOS
SUSTOL 10 MG/0.4 ML LIQUID,EXTENDED RELEASE SUBCUTANEOUS SYRINGE[NP]	*		ANTIEMÉTICOS

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	GRUPO DE NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
travel-ease (meclizine) 25 mg chewable tablet[OTC]	1		ANTIEMÉTICOS
travel-ease (meclizine) 25 mg tablet[OTC]	1		ANTIEMÉTICOS
verticalm 25 mg tablet[OTC]	1		ANTIEMÉTICOS
wal-dram 2 25 mg tablet[OTC]	1		ANTIEMÉTICOS
1-day 6.5 % vaginal ointment[OTC]	1	QL(16 cada 30 días)	ANTIFÚNGICOS
3-day vaginal 2 % cream[OTC]	1	QL(42 cada 30 días)	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 (tolnaftate) 1 % topical cream[OTC]	1		ANTIFÚNGICOS
antifungal (tolnaftate) 1 % topical spray[OTC]	1		ANTIFÚNGICOS
antifungal extra thick 2 % topical cream[OTC]	1		ANTIFÚNGICOS
antifungal ringworm 1 % topical cream[OTC]	1		ANTIFÚNGICOS
antifungal spray 1 % topical powder[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 (tolnaftate) 1 % topical cream[OTC]	1		ANTIFÚNGICOS
athlete's foot (tolnaftate) 1 % topical spray[OTC]	1		ANTIFÚNGICOS
athlete's foot (tolnaftate) 1 % topical spray powder[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
baza antifungal 2 % topical cream[OTC]	1		ANTIFÚNGICOS
ciclodan 8 % topical solution	1		ANTIFÚNGICOS
ciclopirox 0.77 % topical cream	1		ANTIFÚNGICOS
ciclopirox 0.77 % topical gel[NP]	*		ANTIFÚNGICOS
ciclopirox 0.77 % topical suspension[NP]	*		ANTIFÚNGICOS
ciclopirox 1 % shampoo[NP]	*		ANTIFÚNGICOS
ciclopirox 8 % topical solution	1		ANTIFÚNGICOS
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	1		ANTIFÚNGICOS
clotrimazole 1 % topical solution[OTC]	1		ANTIFÚNGICOS
clotrimazole 1 % vaginal cream[OTC]	1	QL(90 cada 30 días)	ANTIFÚNGICOS
clotrimazole 10 mg troche	1		ANTIFÚNGICOS
clotrimazole 3 day 2 % vaginal cream[OTC]	1	QL(42 cada 30 días)	ANTIFÚNGICOS
clotrimazole af 1 % topical cream[OTC]	1		ANTIFÚNGICOS
clotrimazole-3 2 % vaginal cream[OTC]	1	QL(42 cada 30 días)	ANTIFÚNGICOS
clotrimazole-7 1 % vaginal cream[OTC]	1	QL(90 cada 30 días)	ANTIFÚNGICOS
clotrimazole-betamethasone 1 %-0.05 % lotion	1		ANTIFÚNGICOS

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	GRUPO DE NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
clotrimazole-betamethasone 1 %-0.05 % topical cream	1		ANTIFÚNGICOS
CRESEMBA 186 MG CAPSULE[NP]	*		ANTIFÚNGICOS
CRESEMBA 372 MG INTRAVENOUS SOLUTION[NP]	*		ANTIFÚNGICOS
CRESEMBA 74.5 MG CAPSULE[NP]	*		ANTIFÚNGICOS
dermafungal 2 % topical cream[OTC]	1		ANTIFÚNGICOS
desenex 2 % topical cream[OTC]	1		ANTIFÚNGICOS
desenex 2 % topical powder[OTC]	1		ANTIFÚNGICOS
DIFLUCAN 100 MG TABLET[NP]	*		ANTIFÚNGICOS
DIFLUCAN 200 MG TABLET[NP]	*		ANTIFÚNGICOS
DIFLUCAN 40 MG/ML ORAL SUSPENSION[NP]	*		ANTIFÚNGICOS
econazole nitrate 1 % topical cream[NP]	*		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	QL(4 cada 30 dÍas)	ANTIFÚNGICOS
fluconazole 200 mg tablet	1		ANTIFÚNGICOS
fluconazole 200 mg/100 ml in sod. chloride (iso) intravenous piggyback	1		ANTIFÚNGICOS
fluconazole 40 mg/ml oral suspension	1		ANTIFÚNGICOS
fluconazole 400 mg/200 ml in sod. chloride(iso) intravenous piggyback	1		ANTIFÚNGICOS
fluconazole 50 mg tablet	1	QL(3 cada 30 dÍas)	ANTIFÚNGICOS
flucytosine 250 mg capsule	1		ANTIFÚNGICOS
flucytosine 500 mg capsule	1		ANTIFÚNGICOS
foot and sneaker 1 % topical spray powder[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 250 mg tablet	1		ANTIFÚNGICOS
gynazole-1 2 % vaginal cream[NP]	*		ANTIFÚNGICOS
GYNE-LOTRIMIN 2 % VAGINAL CREAM[OTC]	1	QL(42 cada 30 dÍas)	ANTIFÚNGICOS
gyne-lotrimin 7 1 % vaginal cream[OTC]	1	QL(90 cada 30 dÍas)	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]	*		ANTIFÚNGICOS
itraconazole 100 mg capsule	1		ANTIFÚNGICOS
jock itch (clotrimazole) 1 % topical cream[OTC]	1		ANTIFÚNGICOS
jock itch (terbinafine) 1 % topical cream[OTC]	1		ANTIFÚNGICOS
jock itch 1 % topical spray powder[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
klayesta 100,000 unit/gram topical powder	1		ANTIFÚNGICOS
LAMISIL AT 1 % TOPICAL CREAM[OTC]	1		ANTIFÚNGICOS

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	GRUPO DE NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
lasolex ac 2 % topical cream[OTC]	1		ANTIFÚNGICOS
LOTRIMIN AF (CLOTRIMAZOLE) 1 % TOPICAL CREAM[OTC]	1		ANTIFÚNGICOS
LOTRIMIN AF (TOLNAFTATE) 1 % TOPICAL POWDER[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
micafungin 100 mg intravenous solution	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[NP]	*	PA,QL(14 cada 30 días)	ANTIFÚNGICOS
miconazole nitrate 2 % topical cream[OTC]	1		ANTIFÚNGICOS
miconazole nitrate 2 % topical powder[OTC]	1		ANTIFÚNGICOS
miconazole nitrate 2 % topical spray powder[OTC]	1		ANTIFÚNGICOS
miconazole nitrate 2 % vaginal cream[OTC]	1	QL(90 cada 30 días)	ANTIFÚNGICOS
miconazole nitrate 200 mg-2 % (9 gram) vaginal kit[NP]	*	PA,QL(14 cada 30 días)	ANTIFÚNGICOS
miconazole nitrate 4 % (200 mg)-2 % (9 gram)vaginal,prefill appl,cream[NP]	*	PA,QL(14 cada 30 días)	ANTIFÚNGICOS
miconazole-3 200 mg-2 % (9 gram) vaginal kit[NP]	*	PA,QL(14 cada 30 días)	ANTIFÚNGICOS
miconazole-3 200 mg vaginal suppository[NP]	*	PA	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[NP]	*	PA,QL(14 cada 30 días)	ANTIFÚNGICOS
miconazole-3 prefilled,cream,wipes 4 %(200 mg)-2 %(9 gram) vaginal kit[OTC]	1	PA,QL(2 cada 30 días)	ANTIFÚNGICOS
miconazole-7 2 % vaginal cream[OTC]	1	QL(90 cada 30 días)	ANTIFÚNGICOS
miconazole-skin cleanser #17 4 % (200 mg)-2 % (9 gram) vaginal kit[OTC]	1	PA,QL(2 cada 30 días)	ANTIFÚNGICOS
miconazorb af 2 % topical powder[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	QL(16 cada 30 días)	ANTIFÚNGICOS
MONISTAT 1 COMBO PACK 1,200 MG-2 % VAGINAL OVULE AND CREAM[OTC]	1	PA,QL(14 cada 30 días)	ANTIFÚNGICOS
MONISTAT 3 4 % (200 MG)-2 %(9 GRAM)VAGINAL PACK,PREFIL APPL AND CREAM[OTC]	1	PA,QL(14 cada 30 días)	ANTIFÚNGICOS
monistat 3 200 mg-2 % (9 gram) vaginal kit[OTC]	1	PA,QL(14 cada 30 días)	ANTIFÚNGICOS
MONISTAT 7 2 % VAGINAL CREAM[OTC]	1	QL(90 cada 30 días)	ANTIFÚNGICOS
mycozyl ac 1 % topical cream[OTC]	1		ANTIFÚNGICOS
mycozyl al 1 % topical solution[NP]	*		ANTIFÚNGICOS
mycozyl ap 2 % topical powder[OTC]	1		ANTIFÚNGICOS

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	GRUPO DE NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
naftifine 1 % topical cream[NP]	*		ANTIFÚNGICOS
naftifine 2 % topical cream[NP]	*		ANTIFÚNGICOS
naftifine 2 % topical gel[NP]	*		ANTIFÚNGICOS
NAFTIN 2 % TOPICAL GEL[NP]	*		ANTIFÚNGICOS
NOXAFIL 100 MG TABLET,DELAYED RELEASE[NP]	*		ANTIFÚNGICOS
NOXAFIL 200 MG/5 ML (40 MG/ML) ORAL SUSPENSION[NP]	*		ANTIFÚNGICOS
NOXAFIL 300 MG ORAL SUSPENSION,DELAYED RELEASE IN A PACKET[NP]	*		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
nystatin 500,000 unit tablet	1		ANTIFÚNGICOS
nystatin-triamcinolone 100,000 unit/g-0.1 % topical cream	1		ANTIFÚNGICOS
nystatin-triamcinolone 100,000 unit/gram-0.1 % topical ointment	1		ANTIFÚNGICOS
nystop 100,000 unit/gram topical powder	1		ANTIFÚNGICOS
odor control foot-sneaker 1 % topical spray powder[OTC]	1		ANTIFÚNGICOS
odor-x athlete's foot 1 % topical spray powder[OTC]	1		ANTIFÚNGICOS
oxiconazole 1 % topical cream[NP]	*		ANTIFÚNGICOS
OXISTAT 1 % LOTION[NP]	*		ANTIFÚNGICOS
posaconazole 100 mg tablet,delayed release[NP]	*		ANTIFÚNGICOS
posaconazole 200 mg/5 ml (40 mg/ml) oral suspension[NP]	*		ANTIFÚNGICOS
REMEDY ANTIFUNGAL 2 % TOPICAL CREAM[OTC]	1		ANTIFÚNGICOS
remedy antifungal 2 % topical powder[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 10 MG/ML ORAL SOLUTION[NP]	*		ANTIFÚNGICOS
SPORANOX 100 MG CAPSULE[NP]	*		ANTIFÚNGICOS
tavaborole 5 % topical solution, applicator[NP]	*		ANTIFÚNGICOS
terbinafine hcl 1 % topical cream[OTC]	1		ANTIFÚNGICOS
terbinafine hcl 250 mg tablet	1		ANTIFÚNGICOS
terconazole 0.4 % vaginal cream	1		ANTIFÚNGICOS
terconazole 0.8 % vaginal cream	1		ANTIFÚNGICOS
terconazole 80 mg vaginal suppository[NP]	*		ANTIFÚNGICOS
thera antifungal 2 % topical cream[OTC]	1		ANTIFÚNGICOS
thera antifungal 2 % topical powder[OTC]	1		ANTIFÚNGICOS
TINACTIN 1 % TOPICAL CREAM[OTC]	1		ANTIFÚNGICOS
TINACTIN 1 % TOPICAL POWDER[OTC]	1		ANTIFÚNGICOS
TINACTIN 1 % TOPICAL SPRAY[OTC]	1		ANTIFÚNGICOS
TINACTIN 1 % TOPICAL SPRAY POWDER[OTC]	1		ANTIFÚNGICOS
tioconazole 6.5 % vaginal ointment[OTC]	1	QL(16 cada 30 dÍas)	ANTIFÚNGICOS

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	GRUPO DE NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
tioconazole-1 6.5 % vaginal ointment[OTC]	1	QL(16 cada 30 dÍas)	ANTIFÚNGICOS
tolnaftate 1 % topical cream[OTC]	1		ANTIFÚNGICOS
tolnaftate 1 % topical powder[OTC]	1		ANTIFÚNGICOS
tolnaftate 1 % topical spray powder[OTC]	1		ANTIFÚNGICOS
TOLSURA 65 MG ORAL SOLID DISPERSION CAPSULE[NP]	*		ANTIFÚNGICOS
trimazole 1 % topical cream[OTC]	1		ANTIFÚNGICOS
TRITOLNACIDE C 1 % TOPICAL CREAM[OTC]	1		ANTIFÚNGICOS
VFEND 200 MG/5 ML (40 MG/ML) ORAL SUSPENSION[NP]	*		ANTIFÚNGICOS
VFEND 50 MG TABLET[NP]	*		ANTIFÚNGICOS
VIVJOA 150 MG CAPSULE[NP]	*	PA,QL(18 cada 84 dÍas)	ANTIFÚNGICOS
voriconazole 200 mg tablet[NP]	*		ANTIFÚNGICOS
voriconazole 200 mg/5 ml (40 mg/ml) oral suspension[NP]	*		ANTIFÚNGICOS
voriconazole 50 mg tablet[NP]	*		ANTIFÚNGICOS
VUSION 0.25 %-15 %-81.35 % TOPICAL OINTMENT[NP]	*		ANTIFÚNGICOS
zeasorb af 2 % topical powder[OTC]	1		ANTIFÚNGICOS
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
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
anastrozole 1 mg tablet	1	PA	ANTINEOPLÁSICOS
bicalutamide 50 mg tablet	1		ANTINEOPLÁSICOS
cyclophosphamide 25 mg capsule	1		ANTINEOPLÁSICOS
cyclophosphamide 50 mg capsule	1		ANTINEOPLÁSICOS
etoposide 50 mg capsule	1		ANTINEOPLÁSICOS
exemestane 25 mg tablet	1	PA	ANTINEOPLÁSICOS
hydroxyurea 500 mg capsule	1		ANTINEOPLÁSICOS
letrozole 2.5 mg tablet	1	PA	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
LEUKERAN 2 MG TABLET	1		ANTINEOPLÁSICOS
mercaptopurine 50 mg tablet	1		ANTINEOPLÁSICOS
mesna 400 mg tablet	1		ANTINEOPLÁSICOS
MYLERAN 2 MG TABLET	1		ANTINEOPLÁSICOS
TABLOID 40 MG TABLET	1		ANTINEOPLÁSICOS

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	GRUPO DE NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
tamoxifen 10 mg tablet	1		ANTINEOPLÁSICOS
tamoxifen 20 mg tablet	1		ANTINEOPLÁSICOS
temozolomide 100 mg capsule	1		ANTINEOPLÁSICOS
temozolomide 140 mg capsule	1		ANTINEOPLÁSICOS
temozolomide 180 mg capsule	1		ANTINEOPLÁSICOS
temozolomide 20 mg capsule	1		ANTINEOPLÁSICOS
temozolomide 250 mg capsule	1		ANTINEOPLÁSICOS
temozolomide 5 mg capsule	1		ANTINEOPLÁSICOS
albendazole 200 mg tablet	1		ANTIPARASITARIOS
atovaquone 250 mg-proguanil 100 mg tablet	1		ANTIPARASITARIOS
atovaquone 750 mg/5 ml oral suspension	1	PA	ANTIPARASITARIOS
atovaquone-proguanil (pediatric) 62.5 mg-25 mg tablet	1		ANTIPARASITARIOS
benznidazole 100 mg tablet	1		ANTIPARASITARIOS
benznidazole 12.5 mg tablet	1		ANTIPARASITARIOS
chloroquine 250 mg tablet	1		ANTIPARASITARIOS
chloroquine 500 mg tablet	1		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
ivermectin 3 mg tablet	1		ANTIPARASITARIOS
KRINTAFEL 150 MG TABLET	1		ANTIPARASITARIOS
LAMPIT 120 MG TABLET	1		ANTIPARASITARIOS
LAMPIT 30 MG TABLET	1		ANTIPARASITARIOS
mefloquine 250 mg tablet	1		ANTIPARASITARIOS
pentamidine 300 mg solution for inhalation	1		ANTIPARASITARIOS
primaquine 26.3 mg (15 mg base) tablet	1		ANTIPARASITARIOS
pyrimethamine 25 mg tablet	1		ANTIPARASITARIOS
ABILIFY 10 MG TABLET[NP]	*	PA,QL(30 cada 30 días)	ANTIPSICÓTICOS
ABILIFY 15 MG TABLET[NP]	*	PA,QL(30 cada 30 días)	ANTIPSICÓTICOS
ABILIFY 2 MG TABLET[NP]	*	PA,QL(30 cada 30 días)	ANTIPSICÓTICOS
ABILIFY 20 MG TABLET[NP]	*	PA,QL(60 cada 30 días)	ANTIPSICÓTICOS
ABILIFY 30 MG TABLET[NP]	*	PA,QL(30 cada 30 días)	ANTIPSICÓTICOS
ABILIFY 5 MG TABLET[NP]	*	PA,QL(45 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

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	GRUPO DE NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
ABILIFY MAINTENA 400 MG SUSPENSION,EXTENDED REL. INTRAMUSCULAR SYRINGE	1	PA,QL(1 cada 28 días)	ANTIPSICÓTICOS
aripiprazole 1 mg/ml oral solution	1	PA,QL(900 cada 30 días)	ANTIPSICÓTICOS
aripiprazole 10 mg disintegrating tablet	1	PA,QL(60 cada 30 días)	ANTIPSICÓTICOS
aripiprazole 10 mg tablet	1	PA,QL(30 cada 30 días)	ANTIPSICÓTICOS
aripiprazole 15 mg disintegrating tablet	1	PA,QL(60 cada 30 días)	ANTIPSICÓTICOS
aripiprazole 15 mg tablet	1	PA,QL(30 cada 30 días)	ANTIPSICÓTICOS
aripiprazole 2 mg tablet	1	PA,QL(30 cada 30 días)	ANTIPSICÓTICOS
aripiprazole 20 mg tablet	1	PA,QL(60 cada 30 días)	ANTIPSICÓTICOS
aripiprazole 30 mg tablet	1	PA,QL(30 cada 30 días)	ANTIPSICÓTICOS
aripiprazole 5 mg tablet	1	PA,QL(45 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 180 días)	ANTIPSICÓTICOS
asenapine 10 mg sublingual tablet	1	PA,QL(60 cada 30 días)	ANTIPSICÓTICOS
asenapine 2.5 mg sublingual tablet	1	PA,QL(60 cada 30 días)	ANTIPSICÓTICOS
asenapine 5 mg sublingual tablet	1	PA,QL(60 cada 30 días)	ANTIPSICÓTICOS
CAPLYTA 10.5 MG CAPSULE	1	PA,QL(30 cada 30 días)	ANTIPSICÓTICOS
CAPLYTA 21 MG CAPSULE	1	PA,QL(30 cada 30 días)	ANTIPSICÓTICOS
CAPLYTA 42 MG CAPSULE	1	PA,QL(30 cada 30 días)	ANTIPSICÓTICOS
chlorpromazine 10 mg tablet	1	PA,QL(120 cada 30 días)	ANTIPSICÓTICOS
chlorpromazine 100 mg tablet	1	PA,QL(120 cada 30 días)	ANTIPSICÓTICOS
chlorpromazine 100 mg/ml oral concentrate	1	PA,QL(240 cada 30 días)	ANTIPSICÓTICOS
chlorpromazine 200 mg tablet	1	PA,QL(120 cada 30 días)	ANTIPSICÓTICOS
chlorpromazine 25 mg tablet	1	PA,QL(120 cada 30 días)	ANTIPSICÓTICOS
chlorpromazine 25 mg/ml injection solution	1	PA	ANTIPSICÓTICOS

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	GRUPO DE NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
chlorpromazine 30 mg/ml oral concentrate	1	PA,QL(801 cada 30 días)	ANTIPSICÓTICOS
chlorpromazine 50 mg tablet	1	PA,QL(120 cada 30 días)	ANTIPSICÓTICOS
clozapine 100 mg disintegrating tablet	1	PA,QL(180 cada 30 días)	ANTIPSICÓTICOS
clozapine 100 mg tablet	1	PA,QL(180 cada 30 días)	ANTIPSICÓTICOS
clozapine 12.5 mg disintegrating tablet	1	PA,QL(90 cada 30 días)	ANTIPSICÓTICOS
clozapine 150 mg disintegrating tablet	1	PA,QL(90 cada 30 días)	ANTIPSICÓTICOS
clozapine 200 mg disintegrating tablet	1	PA,QL(90 cada 30 días)	ANTIPSICÓTICOS
clozapine 200 mg tablet	1	PA,QL(90 cada 30 días)	ANTIPSICÓTICOS
clozapine 25 mg disintegrating tablet	1	PA,QL(90 cada 30 días)	ANTIPSICÓTICOS
clozapine 25 mg tablet	1	PA,QL(90 cada 30 días)	ANTIPSICÓTICOS
clozapine 50 mg tablet	1	PA,QL(90 cada 30 días)	ANTIPSICÓTICOS
CLOZARIL 100 MG TABLET[NP]	*	PA,QL(180 cada 30 días)	ANTIPSICÓTICOS
CLOZARIL 25 MG TABLET[NP]	*	PA,QL(90 cada 30 días)	ANTIPSICÓTICOS
droperidol 2.5 mg/ml injection solution	1		ANTIPSICÓTICOS
ERZOFRI 117 MG/0.75 ML INTRAMUSCULAR SYRINGE	1	PA,QL(0.75 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 180 días)	ANTIPSICÓTICOS
ERZOFRI 39 MG/0.25 ML INTRAMUSCULAR SYRINGE	1	PA,QL(0.25 cada 28 días)	ANTIPSICÓTICOS
ERZOFRI 78 MG/0.5 ML INTRAMUSCULAR SYRINGE	1	PA,QL(0.5 cada 28 días)	ANTIPSICÓTICOS
FANAPT 1 MG TABLET[NP]	*	PA,QL(60 cada 30 días)	ANTIPSICÓTICOS
FANAPT 10 MG TABLET[NP]	*	PA,QL(60 cada 30 días)	ANTIPSICÓTICOS
FANAPT 12 MG TABLET[NP]	*	PA,QL(60 cada 30 días)	ANTIPSICÓTICOS
FANAPT 2 MG TABLET[NP]	*	PA,QL(60 cada 30 días)	ANTIPSICÓTICOS
FANAPT 4 MG TABLET[NP]	*	PA,QL(60 cada 30 días)	ANTIPSICÓTICOS
FANAPT 6 MG TABLET[NP]	*	PA,QL(60 cada 30 días)	ANTIPSICÓTICOS
FANAPT 8 MG TABLET[NP]	*	PA,QL(60 cada 30 días)	ANTIPSICÓTICOS

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	GRUPO DE NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
FANAPT TITRATION PACK A 1 MG (2)-2 MG (2)-4 MG (2)-6 MG (2) TABLETS[NP]	*	PA,QL(8 cada 90 días)	ANTIPSICÓTICOS
fluphenazine 1 mg tablet	1	PA,QL(120 cada 30 días)	ANTIPSICÓTICOS
fluphenazine 10 mg tablet	1	PA,QL(120 cada 30 días)	ANTIPSICÓTICOS
fluphenazine 2.5 mg tablet	1	PA,QL(120 cada 30 días)	ANTIPSICÓTICOS
fluphenazine 2.5 mg/5 ml oral elixir	1	PA	ANTIPSICÓTICOS
fluphenazine 2.5 mg/ml injection solution	1	PA	ANTIPSICÓTICOS
fluphenazine 5 mg tablet	1	PA,QL(120 cada 30 días)	ANTIPSICÓTICOS
fluphenazine 5 mg/ml oral concentrate	1	PA	ANTIPSICÓTICOS
fluphenazine decanoate 25 mg/ml injection solution	1	PA	ANTIPSICÓTICOS
GEODON 20 MG CAPSULE[NP]	*	PA,QL(60 cada 30 días)	ANTIPSICÓTICOS
GEODON 20 MG/ML (FINAL CONCENTRATION) INTRAMUSCULAR SOLUTION[NP]	*	PA	ANTIPSICÓTICOS
GEODON 40 MG CAPSULE[NP]	*	PA,QL(60 cada 30 días)	ANTIPSICÓTICOS
GEODON 60 MG CAPSULE[NP]	*	PA,QL(90 cada 30 días)	ANTIPSICÓTICOS
GEODON 80 MG CAPSULE[NP]	*	PA,QL(90 cada 30 días)	ANTIPSICÓTICOS
haloperidol 0.5 mg tablet	1	PA,QL(90 cada 30 días)	ANTIPSICÓTICOS
haloperidol 1 mg tablet	1	PA,QL(90 cada 30 días)	ANTIPSICÓTICOS
haloperidol 10 mg tablet	1	PA,QL(90 cada 30 días)	ANTIPSICÓTICOS
haloperidol 2 mg tablet	1	PA,QL(90 cada 30 días)	ANTIPSICÓTICOS
haloperidol 20 mg tablet	1	PA,QL(90 cada 30 días)	ANTIPSICÓTICOS
haloperidol 5 mg tablet	1	PA,QL(90 cada 30 días)	ANTIPSICÓTICOS
haloperidol decanoate 100 mg/ml intramuscular solution	1	PA	ANTIPSICÓTICOS
haloperidol decanoate 50 mg/ml intramuscular solution	1	PA	ANTIPSICÓTICOS
haloperidol lactate 2 mg/ml oral concentrate	1	PA	ANTIPSICÓTICOS
haloperidol lactate 5 mg/ml injection solution	1	PA	ANTIPSICÓTICOS
INVEGA 3 MG TABLET,EXTENDED RELEASE[NP]	*	PA,QL(30 cada 30 días)	ANTIPSICÓTICOS
INVEGA 6 MG TABLET,EXTENDED RELEASE[NP]	*	PA,QL(60 cada 30 días)	ANTIPSICÓTICOS
INVEGA 9 MG TABLET,EXTENDED RELEASE[NP]	*	PA,QL(30 cada 30 días)	ANTIPSICÓTICOS
INVEGA HAFYERA 1,092 MG/3.5 ML INTRAMUSCULAR SYRINGE	1	PA,QL(3.5 cada 168 días)	ANTIPSICÓTICOS
INVEGA HAFYERA 1,560 MG/5 ML INTRAMUSCULAR SYRINGE	1	PA,QL(5 cada 168 días)	ANTIPSICÓTICOS

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	GRUPO DE NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
INVEGA SUSTENNA 117 MG/0.75 ML INTRAMUSCULAR SYRINGE	1	PA,QL(0.75 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(0.25 cada 28 días)	ANTIPSICÓTICOS
INVEGA SUSTENNA 78 MG/0.5 ML INTRAMUSCULAR SYRINGE	1	PA,QL(0.5 cada 28 días)	ANTIPSICÓTICOS
INVEGA TRINZA 273 MG/0.88 ML INTRAMUSCULAR SYRINGE	1	PA,QL(0.88 cada 84 días)	ANTIPSICÓTICOS
INVEGA TRINZA 410 MG/1.32 ML INTRAMUSCULAR SYRINGE	1	PA,QL(1.32 cada 84 días)	ANTIPSICÓTICOS
INVEGA TRINZA 546 MG/1.75 ML INTRAMUSCULAR SYRINGE	1	PA,QL(1.75 cada 84 días)	ANTIPSICÓTICOS
INVEGA TRINZA 819 MG/2.63 ML INTRAMUSCULAR SYRINGE	1	PA,QL(2.63 cada 84 días)	ANTIPSICÓTICOS
LATUDA 120 MG TABLET[NP]	*	PA,QL(30 cada 30 días)	ANTIPSICÓTICOS
LATUDA 20 MG TABLET[NP]	*	PA,QL(30 cada 30 días)	ANTIPSICÓTICOS
LATUDA 40 MG TABLET[NP]	*	PA,QL(30 cada 30 días)	ANTIPSICÓTICOS
LATUDA 60 MG TABLET[NP]	*	PA,QL(30 cada 30 días)	ANTIPSICÓTICOS
LATUDA 80 MG TABLET[NP]	*	PA,QL(60 cada 30 días)	ANTIPSICÓTICOS
loxapine succinate 10 mg capsule	1	PA,QL(120 cada 30 días)	ANTIPSICÓTICOS
loxapine succinate 25 mg capsule	1	PA,QL(120 cada 30 días)	ANTIPSICÓTICOS
loxapine succinate 5 mg capsule	1	PA,QL(120 cada 30 días)	ANTIPSICÓTICOS
loxapine succinate 50 mg capsule	1	PA,QL(120 cada 30 días)	ANTIPSICÓTICOS
lurasidone 120 mg tablet	1	PA,QL(30 cada 30 días)	ANTIPSICÓTICOS
lurasidone 20 mg tablet	1	PA,QL(30 cada 30 días)	ANTIPSICÓTICOS
lurasidone 40 mg tablet	1	PA,QL(30 cada 30 días)	ANTIPSICÓTICOS
lurasidone 60 mg tablet	1	PA,QL(30 cada 30 días)	ANTIPSICÓTICOS
lurasidone 80 mg tablet	1	PA,QL(60 cada 30 días)	ANTIPSICÓTICOS
LYBALVI 10 MG-10 MG TABLET	1	PA,QL(30 cada 30 días)	ANTIPSICÓTICOS
LYBALVI 15 MG-10 MG TABLET	1	PA,QL(30 cada 30 días)	ANTIPSICÓTICOS
LYBALVI 20 MG-10 MG TABLET	1	PA,QL(30 cada 30 días)	ANTIPSICÓTICOS
LYBALVI 5 MG-10 MG TABLET	1	PA,QL(30 cada 30 días)	ANTIPSICÓTICOS

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	GRUPO DE NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
molindone 10 mg tablet	1	PA,QL(120 cada 30 días)	ANTIPSICÓTICOS
molindone 25 mg tablet	1	PA,QL(270 cada 30 días)	ANTIPSICÓTICOS
molindone 5 mg tablet	1	PA,QL(120 cada 30 días)	ANTIPSICÓTICOS
NUPLAZID 10 MG TABLET[NP]	*	PA,QL(30 cada 30 días)	ANTIPSICÓTICOS
NUPLAZID 34 MG CAPSULE[NP]	*	PA,QL(30 cada 30 días)	ANTIPSICÓTICOS
olanzapine 10 mg disintegrating tablet	1	PA,QL(60 cada 30 días)	ANTIPSICÓTICOS
olanzapine 10 mg intramuscular solution	1	PA	ANTIPSICÓTICOS
olanzapine 10 mg tablet	1	PA,QL(60 cada 30 días)	ANTIPSICÓTICOS
olanzapine 15 mg disintegrating tablet	1	PA,QL(60 cada 30 días)	ANTIPSICÓTICOS
olanzapine 15 mg tablet	1	PA,QL(60 cada 30 días)	ANTIPSICÓTICOS
olanzapine 2.5 mg tablet	1	PA,QL(30 cada 30 días)	ANTIPSICÓTICOS
olanzapine 20 mg disintegrating tablet	1	PA,QL(90 cada 30 días)	ANTIPSICÓTICOS
olanzapine 20 mg tablet	1	PA,QL(90 cada 30 días)	ANTIPSICÓTICOS
olanzapine 5 mg disintegrating tablet	1	PA,QL(30 cada 30 días)	ANTIPSICÓTICOS
olanzapine 5 mg tablet	1	PA,QL(30 cada 30 días)	ANTIPSICÓTICOS
olanzapine 7.5 mg tablet	1	PA,QL(30 cada 30 días)	ANTIPSICÓTICOS
OPIPZA 10 MG ORAL FILM[NP]	*	PA,QL(90 cada 30 días)	ANTIPSICÓTICOS
OPIPZA 2 MG ORAL FILM[NP]	*	PA,QL(30 cada 30 días)	ANTIPSICÓTICOS
OPIPZA 5 MG ORAL FILM[NP]	*	PA,QL(30 cada 30 días)	ANTIPSICÓTICOS
paliperidone er 1.5 mg tablet,extended release 24 hr	1	PA,QL(30 cada 30 días)	ANTIPSICÓTICOS
paliperidone er 3 mg tablet,extended release 24 hr	1	PA,QL(30 cada 30 días)	ANTIPSICÓTICOS
paliperidone er 6 mg tablet,extended release 24 hr	1	PA,QL(60 cada 30 días)	ANTIPSICÓTICOS
paliperidone er 9 mg tablet,extended release 24 hr	1	PA,QL(30 cada 30 días)	ANTIPSICÓTICOS
perphenazine 16 mg tablet	1	PA,QL(120 cada 30 días)	ANTIPSICÓTICOS
perphenazine 2 mg tablet	1	PA,QL(120 cada 30 días)	ANTIPSICÓTICOS
perphenazine 4 mg tablet	1	PA,QL(120 cada 30 días)	ANTIPSICÓTICOS
perphenazine 8 mg tablet	1	PA,QL(120 cada 30 días)	ANTIPSICÓTICOS

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	GRUPO DE NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
pimozide 1 mg tablet[NP]	*	PA,QL(300 cada 30 días)	ANTIPSICÓTICOS
pimozide 2 mg tablet[NP]	*	PA,QL(150 cada 30 días)	ANTIPSICÓTICOS
quetiapine 100 mg tablet	1	PA,QL(90 cada 30 días)	ANTIPSICÓTICOS
quetiapine 150 mg tablet	1	PA,QL(60 cada 30 días)	ANTIPSICÓTICOS
quetiapine 200 mg tablet	1	PA,QL(90 cada 30 días)	ANTIPSICÓTICOS
quetiapine 25 mg tablet	1	PA,QL(90 cada 30 días)	ANTIPSICÓTICOS
quetiapine 300 mg tablet	1	PA,QL(120 cada 30 días)	ANTIPSICÓTICOS
quetiapine 400 mg tablet	1	PA,QL(120 cada 30 días)	ANTIPSICÓTICOS
quetiapine 50 mg tablet	1	PA,QL(90 cada 30 días)	ANTIPSICÓTICOS
quetiapine er 150 mg tablet,extended release 24 hr	1	PA,QL(30 cada 30 días)	ANTIPSICÓTICOS
quetiapine er 200 mg tablet,extended release 24 hr	1	PA,QL(30 cada 30 días)	ANTIPSICÓTICOS
quetiapine er 300 mg tablet,extended release 24 hr	1	PA,QL(90 cada 30 días)	ANTIPSICÓTICOS
quetiapine er 400 mg tablet,extended release 24 hr	1	PA,QL(120 cada 30 días)	ANTIPSICÓTICOS
quetiapine er 50 mg tablet,extended release 24 hr	1	PA,QL(60 cada 30 días)	ANTIPSICÓTICOS
REXULTI 0.25 MG TABLET	1	PA,QL(30 cada 30 días)	ANTIPSICÓTICOS
REXULTI 0.5 MG TABLET	1	PA,QL(30 cada 30 días)	ANTIPSICÓTICOS
REXULTI 1 MG TABLET	1	PA,QL(30 cada 30 días)	ANTIPSICÓTICOS
REXULTI 2 MG TABLET	1	PA,QL(30 cada 30 días)	ANTIPSICÓTICOS
REXULTI 3 MG TABLET	1	PA,QL(30 cada 30 días)	ANTIPSICÓTICOS
REXULTI 4 MG TABLET	1	PA,QL(30 cada 30 días)	ANTIPSICÓTICOS
RISPERDAL 0.5 MG TABLET[NP]	*	PA,QL(60 cada 30 días)	ANTIPSICÓTICOS
RISPERDAL 1 MG TABLET[NP]	*	PA,QL(60 cada 30 días)	ANTIPSICÓTICOS
RISPERDAL 1 MG/ML ORAL SOLUTION[NP]	*	PA,QL(240 cada 30 días)	ANTIPSICÓTICOS
RISPERDAL 2 MG TABLET[NP]	*	PA,QL(60 cada 30 días)	ANTIPSICÓTICOS
RISPERDAL 3 MG TABLET[NP]	*	PA,QL(60 cada 30 días)	ANTIPSICÓTICOS
RISPERDAL 4 MG TABLET[NP]	*	PA,QL(60 cada 30 días)	ANTIPSICÓTICOS
RISPERDAL CONSTA 12.5 MG/2 ML INTRAMUSCULAR SUSP,EXTENDED RELEASE	1	PA,QL(2 cada 28 días)	ANTIPSICÓTICOS

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	GRUPO DE NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
RISPERDAL CONSTA 25 MG/2 ML INTRAMUSCULAR SUSP,EXTENDED RELEASE	1	PA,QL(2 cada 28 días)	ANTIPSICÓTICOS
RISPERDAL CONSTA 37.5 MG/2 ML INTRAMUSCULAR SUSP,EXTENDED RELEASE	1	PA,QL(2 cada 28 días)	ANTIPSICÓTICOS
RISPERDAL CONSTA 50 MG/2 ML INTRAMUSCULAR SUSP,EXTENDED RELEASE	1	PA,QL(2 cada 28 días)	ANTIPSICÓTICOS
risperidone 0.25 mg disintegrating tablet	1	PA,QL(60 cada 30 días)	ANTIPSICÓTICOS
risperidone 0.25 mg tablet	1	PA,QL(60 cada 30 días)	ANTIPSICÓTICOS
risperidone 0.5 mg disintegrating tablet	1	PA,QL(60 cada 30 días)	ANTIPSICÓTICOS
risperidone 0.5 mg tablet	1	PA,QL(60 cada 30 días)	ANTIPSICÓTICOS
risperidone 1 mg disintegrating tablet	1	PA,QL(60 cada 30 días)	ANTIPSICÓTICOS
risperidone 1 mg tablet	1	PA,QL(60 cada 30 días)	ANTIPSICÓTICOS
risperidone 1 mg/ml oral solution	1	PA,QL(240 cada 30 días)	ANTIPSICÓTICOS
risperidone 2 mg disintegrating tablet	1	PA,QL(60 cada 30 días)	ANTIPSICÓTICOS
risperidone 2 mg tablet	1	PA,QL(60 cada 30 días)	ANTIPSICÓTICOS
risperidone 3 mg disintegrating tablet	1	PA,QL(60 cada 30 días)	ANTIPSICÓTICOS
risperidone 3 mg tablet	1	PA,QL(60 cada 30 días)	ANTIPSICÓTICOS
risperidone 4 mg disintegrating tablet	1	PA,QL(60 cada 30 días)	ANTIPSICÓTICOS
risperidone 4 mg tablet	1	PA,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
SAPHRIS 10 MG SUBLINGUAL TABLET**NP**	*	PA,QL(60 cada 30 días)	ANTIPSICÓTICOS
SAPHRIS 2.5 MG SUBLINGUAL TABLET**NP**	*	PA,QL(60 cada 30 días)	ANTIPSICÓTICOS
SAPHRIS 5 MG SUBLINGUAL TABLET**NP**	*	PA,QL(60 cada 30 días)	ANTIPSICÓTICOS
SECUADO 3.8 MG/24 HOUR TRANSDERMAL 24 HOUR PATCH**NP**	*	PA,QL(30 cada 30 días)	ANTIPSICÓTICOS
SECUADO 5.7 MG/24 HOUR TRANSDERMAL 24 HOUR PATCH**NP**	*	PA,QL(30 cada 30 días)	ANTIPSICÓTICOS
SECUADO 7.6 MG/24 HOUR TRANSDERMAL 24 HOUR PATCH**NP**	*	PA,QL(30 cada 30 días)	ANTIPSICÓTICOS
SEROQUEL 100 MG TABLET**NP**	*	PA,QL(90 cada 30 días)	ANTIPSICÓTICOS

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	GRUPO DE NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
SEROQUEL 200 MG TABLET[NP]	*	PA,QL(90 cada 30 días)	ANTIPSICÓTICOS
SEROQUEL 25 MG TABLET[NP]	*	PA,QL(90 cada 30 días)	ANTIPSICÓTICOS
SEROQUEL 300 MG TABLET[NP]	*	PA,QL(120 cada 30 días)	ANTIPSICÓTICOS
SEROQUEL 400 MG TABLET[NP]	*	PA,QL(120 cada 30 días)	ANTIPSICÓTICOS
SEROQUEL 50 MG TABLET[NP]	*	PA,QL(90 cada 30 días)	ANTIPSICÓTICOS
SEROQUEL XR 150 MG TABLET,EXTENDED RELEASE[NP]	*	PA,QL(30 cada 30 días)	ANTIPSICÓTICOS
SEROQUEL XR 200 MG TABLET,EXTENDED RELEASE[NP]	*	PA,QL(30 cada 30 días)	ANTIPSICÓTICOS
SEROQUEL XR 300 MG TABLET,EXTENDED RELEASE[NP]	*	PA,QL(90 cada 30 días)	ANTIPSICÓTICOS
SEROQUEL XR 400 MG TABLET,EXTENDED RELEASE[NP]	*	PA,QL(120 cada 30 días)	ANTIPSICÓTICOS
SEROQUEL XR 50 MG TABLET,EXTENDED RELEASE[NP]	*	PA,QL(60 cada 30 días)	ANTIPSICÓTICOS
thioridazine 10 mg tablet	1	PA,QL(120 cada 30 días)	ANTIPSICÓTICOS
thioridazine 100 mg tablet	1	PA,QL(120 cada 30 días)	ANTIPSICÓTICOS
thioridazine 25 mg tablet	1	PA,QL(120 cada 30 días)	ANTIPSICÓTICOS
thioridazine 50 mg tablet	1	PA,QL(120 cada 30 días)	ANTIPSICÓTICOS
thiothixene 1 mg capsule	1	PA,QL(90 cada 30 días)	ANTIPSICÓTICOS
thiothixene 10 mg capsule	1	PA,QL(90 cada 30 días)	ANTIPSICÓTICOS
thiothixene 2 mg capsule	1	PA,QL(90 cada 30 días)	ANTIPSICÓTICOS
thiothixene 5 mg capsule	1	PA,QL(90 cada 30 días)	ANTIPSICÓTICOS
trifluoperazine 1 mg tablet	1	PA,QL(60 cada 30 días)	ANTIPSICÓTICOS
trifluoperazine 10 mg tablet	1	PA,QL(120 cada 30 días)	ANTIPSICÓTICOS
trifluoperazine 2 mg tablet	1	PA,QL(60 cada 30 días)	ANTIPSICÓTICOS
trifluoperazine 5 mg tablet	1	PA,QL(60 cada 30 días)	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

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	GRUPO DE NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
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]	*	PA,QL(360 cada 30 dÍas)	ANTIPSICÓTICOS
VRAYLAR 0.5 MG CAPSULE	1	PA,QL(60 cada 30 dÍas)	ANTIPSICÓTICOS
VRAYLAR 0.75 MG CAPSULE	1	PA,QL(60 cada 30 dÍas)	ANTIPSICÓTICOS
VRAYLAR 1.5 MG CAPSULE	1	PA,QL(60 cada 30 dÍas)	ANTIPSICÓTICOS
VRAYLAR 3 MG CAPSULE	1	PA,QL(30 cada 30 dÍas)	ANTIPSICÓTICOS
VRAYLAR 4.5 MG CAPSULE	1	PA,QL(30 cada 30 dÍas)	ANTIPSICÓTICOS
VRAYLAR 6 MG CAPSULE	1	PA,QL(30 cada 30 dÍas)	ANTIPSICÓTICOS
ziprasidone 20 mg capsule	1	PA,QL(60 cada 30 dÍas)	ANTIPSICÓTICOS
ziprasidone 20 mg/ml (final concentration) intramuscular solution	1	PA	ANTIPSICÓTICOS
ziprasidone 40 mg capsule	1	PA,QL(60 cada 30 dÍas)	ANTIPSICÓTICOS
ziprasidone 60 mg capsule	1	PA,QL(90 cada 30 dÍas)	ANTIPSICÓTICOS
ziprasidone 80 mg capsule	1	PA,QL(90 cada 30 dÍas)	ANTIPSICÓTICOS
ZYPREXA 10 MG INTRAMUSCULAR SOLUTION[NP]	*	PA	ANTIPSICÓTICOS
ZYPREXA 10 MG TABLET[NP]	*	PA,QL(60 cada 30 dÍas)	ANTIPSICÓTICOS
ZYPREXA 15 MG TABLET[NP]	*	PA,QL(60 cada 30 dÍas)	ANTIPSICÓTICOS
ZYPREXA 2.5 MG TABLET[NP]	*	PA,QL(30 cada 30 dÍas)	ANTIPSICÓTICOS
ZYPREXA 20 MG TABLET[NP]	*	PA,QL(90 cada 30 dÍas)	ANTIPSICÓTICOS
ZYPREXA 5 MG TABLET[NP]	*	PA,QL(30 cada 30 dÍas)	ANTIPSICÓTICOS
ZYPREXA 7.5 MG TABLET[NP]	*	PA,QL(30 cada 30 dÍas)	ANTIPSICÓTICOS
ZYPREXA RELPREVV 210 MG IM SUSPENSION	1	PA,QL(2 cada 28 dÍas)	ANTIPSICÓTICOS
ZYPREXA RELPREVV 300 MG IM SUSPENSION	1	PA,QL(2 cada 28 dÍas)	ANTIPSICÓTICOS
ZYPREXA RELPREVV 405 MG IM SUSPENSION	1	PA,QL(1 cada 28 dÍas)	ANTIPSICÓTICOS
ZYPREXA ZYDIS 10 MG DISINTEGRATING TABLET[NP]	*	QL(60 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(90 cada 30 dÍas)	ANTIPSICÓTICOS

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	GRUPO DE NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
ZYPREXA ZYDIS 5 MG DISINTEGRATING TABLET[NP]	*	QL(30 cada 30 dÍas)	ANTIPSICÓTICOS
abacavir 20 mg/ml oral solution	1		ANTIVIRALES
abacavir 300 mg tablet	1		ANTIVIRALES
abacavir 600 mg-lamivudine 300 mg tablet	1		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	1		ANTIVIRALES
acyclovir 5 % topical ointment[NP]	*		ANTIVIRALES
acyclovir 800 mg tablet	1		ANTIVIRALES
adefovir 10 mg tablet	1		ANTIVIRALES
APTIVUS 250 MG CAPSULE	1		ANTIVIRALES
atazanavir 150 mg capsule	1		ANTIVIRALES
atazanavir 200 mg capsule	1		ANTIVIRALES
atazanavir 300 mg capsule	1		ANTIVIRALES
BARACLUDE 0.05 MG/ML ORAL SOLUTION	1		ANTIVIRALES
BIKTARVY 30 MG-120 MG-15 MG TABLET	1		ANTIVIRALES
BIKTARVY 50 MG-200 MG-25 MG TABLET	1		ANTIVIRALES
CIMDUO 300 MG-300 MG TABLET	1		ANTIVIRALES
COMPLERA 200 MG-25 MG-300 MG TABLET	1		ANTIVIRALES
darunavir 600 mg tablet	1		ANTIVIRALES
darunavir 800 mg tablet	1		ANTIVIRALES
DELSTRIGO 100 MG-300 MG-300 MG TABLET	1		ANTIVIRALES
DENAVIR 1 % TOPICAL CREAM[NP]	*		ANTIVIRALES
DESCOVY 120 MG-15 MG TABLET	1		ANTIVIRALES
DESCOVY 200 MG-25 MG TABLET	1		ANTIVIRALES
DOVATO 50 MG-300 MG TABLET	1		ANTIVIRALES
EDURANT 25 MG TABLET	1		ANTIVIRALES
efavirenz 200 mg capsule	1		ANTIVIRALES
efavirenz 400 mg-lamivudine 300 mg-tenofovir disoproxil 300 mg tablet	1		ANTIVIRALES
efavirenz 50 mg capsule	1		ANTIVIRALES
efavirenz 600 mg tablet	1		ANTIVIRALES
efavirenz 600 mg-emtricitabine 200 mg-tenofovir disoprox 300 mg tablet	1		ANTIVIRALES
efavirenz 600 mg-lamivudine 300 mg-tenofovir disoproxil 300 mg tablet	1		ANTIVIRALES
emtricitabine 100 mg-tenofovir disoproxil fumarate 150 mg tablet	1		ANTIVIRALES
emtricitabine 133 mg-tenofovir disoproxil fumarate 200 mg tablet	1		ANTIVIRALES
emtricitabine 167 mg-tenofovir disoproxil fumarate 250 mg tablet	1		ANTIVIRALES
emtricitabine 200 mg-tenofovir disoproxil fumarate 300 mg tablet	1		ANTIVIRALES
EMTRIVA 10 MG/ML ORAL SOLUTION	1		ANTIVIRALES
entecavir 0.5 mg tablet	1		ANTIVIRALES
entecavir 1 mg tablet	1		ANTIVIRALES

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	GRUPO DE NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
EPCLUSA 400 MG-100 MG TABLET[NP]	*	QL(28 cada 28 días)	ANTIVIRALES
etravirine 100 mg tablet	1		ANTIVIRALES
etravirine 200 mg tablet	1		ANTIVIRALES
EVOTAZ 300 MG-150 MG TABLET	1		ANTIVIRALES
famciclovir 125 mg tablet[NP]	*		ANTIVIRALES
famciclovir 250 mg tablet[NP]	*		ANTIVIRALES
famciclovir 500 mg tablet[NP]	*		ANTIVIRALES
fosamprenavir 700 mg tablet	1		ANTIVIRALES
FUZEON 90 MG SUBCUTANEOUS SOLUTION	1		ANTIVIRALES
GENVOYA 150 MG-150 MG-200 MG-10 MG TABLET	1		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(56 cada 28 días)	ANTIVIRALES
HARVONI 90 MG-400 MG TABLET[NP]	*	QL(28 cada 28 días)	ANTIVIRALES
ISENTRESS 100 MG CHEWABLE TABLET	1		ANTIVIRALES
ISENTRESS 100 MG ORAL POWDER PACKET	1		ANTIVIRALES
ISENTRESS 25 MG CHEWABLE TABLET	1		ANTIVIRALES
ISENTRESS 400 MG TABLET	1		ANTIVIRALES
ISENTRESS HD 600 MG TABLET	1		ANTIVIRALES
JULUCA 50 MG-25 MG TABLET	1		ANTIVIRALES
lamivudine 10 mg/ml oral solution	1		ANTIVIRALES
lamivudine 100 mg tablet	1		ANTIVIRALES
lamivudine 150 mg tablet	1		ANTIVIRALES
lamivudine 150 mg-zidovudine 300 mg tablet	1		ANTIVIRALES
lamivudine 300 mg tablet	1		ANTIVIRALES
ledipasvir 90 mg-sofosbuvir 400 mg tablet[NP]	*	QL(28 cada 28 días)	ANTIVIRALES
lopinavir-ritonavir 100 mg-25 mg tablet	1		ANTIVIRALES
lopinavir-ritonavir 200 mg-50 mg tablet	1		ANTIVIRALES
nevirapine 200 mg tablet	1		ANTIVIRALES
nevirapine 50 mg/5 ml oral suspension	1		ANTIVIRALES
nevirapine er 400 mg tablet,extended release 24 hr	1		ANTIVIRALES
NORVIR 100 MG ORAL POWDER PACKET	1		ANTIVIRALES
ODEFSEY 200 MG-25 MG-25 MG TABLET	1		ANTIVIRALES
oseltamivir 30 mg capsule	1		ANTIVIRALES
oseltamivir 45 mg capsule	1		ANTIVIRALES
oseltamivir 6 mg/ml oral suspension	1		ANTIVIRALES
oseltamivir 75 mg capsule	1		ANTIVIRALES
PAXLOVID 150 MG(6)-100 MG(5) TABLETS IN A DOSE PACK(SEVERE RENAL DOSE)	1	QL(11 cada 30 días)	ANTIVIRALES
PAXLOVID 150 MG-100 MG TABLETS IN A DOSE PACK (MODERATE RENAL DOSE)	1	QL(20 cada 30 días)	ANTIVIRALES
PAXLOVID 300 MG (150 MG X 2)-100 MG TABLETS IN A DOSE PACK	1	QL(30 cada 30 días)	ANTIVIRALES
penciclovir 1 % topical cream[NP]	*		ANTIVIRALES
PIFELTRO 100 MG TABLET	1		ANTIVIRALES

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	GRUPO DE NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
PREZCOBIX 675 MG-150 MG TABLET	1		ANTIVIRALES
PREZCOBIX 800 MG-150 MG TABLET	1		ANTIVIRALES
PREZISTA 100 MG/ML ORAL SUSPENSION	1		ANTIVIRALES
PREZISTA 150 MG TABLET	1		ANTIVIRALES
PREZISTA 75 MG TABLET	1		ANTIVIRALES
RAPIVAB (PF) 200 MG/20 ML (10 MG/ML) INTRAVENOUS SOLUTION[NP]	*		ANTIVIRALES
RELENZA DISKHALER 5 MG/ACTUATION POWDER FOR INHALATION	1		ANTIVIRALES
REYATAZ 50 MG ORAL POWDER PACKET	1		ANTIVIRALES
rilpivirine hcl 25 mg tablet	1		ANTIVIRALES
rimantadine 100 mg tablet	1		ANTIVIRALES
ritonavir 100 mg tablet	1		ANTIVIRALES
RUKOBIA 600 MG TABLET,EXTENDED RELEASE	1		ANTIVIRALES
SELZENTRY 150 MG TABLET	1		ANTIVIRALES
SELZENTRY 20 MG/ML ORAL SOLUTION	1		ANTIVIRALES
SELZENTRY 300 MG TABLET	1		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
SOVALDI 200 MG TABLET[NP]	*	QL(56 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	1		ANTIVIRALES
SUNLENCA 300 MG TABLET	1		ANTIVIRALES
SYMTUZA 800 MG-150 MG-200 MG-10 MG TABLET	1		ANTIVIRALES
TAMIFLU 30 MG CAPSULE[NP]	*		ANTIVIRALES
TAMIFLU 45 MG CAPSULE[NP]	*		ANTIVIRALES
TAMIFLU 6 MG/ML ORAL SUSPENSION[NP]	*		ANTIVIRALES
TAMIFLU 75 MG CAPSULE[NP]	*		ANTIVIRALES
tenofovir disoproxil fumarate 300 mg tablet	1		ANTIVIRALES
TIVICAY 50 MG TABLET	1		ANTIVIRALES
TIVICAY PD 5 MG TABLET FOR ORAL SUSPENSION	1		ANTIVIRALES
TRIUMEQ 600 MG-50 MG-300 MG TABLET	1		ANTIVIRALES
TRIUMEQ PD 60 MG-5 MG-30 MG TABLET FOR ORAL SUSPENSION	1		ANTIVIRALES
TYBOST 150 MG TABLET	1		ANTIVIRALES
valacyclovir 1 gram tablet	1		ANTIVIRALES
valacyclovir 500 mg tablet	1		ANTIVIRALES
valganciclovir 450 mg tablet	1		ANTIVIRALES
valganciclovir 50 mg/ml oral solution	1		ANTIVIRALES
VALTREX 1 GRAM TABLET[NP]	*		ANTIVIRALES
VALTREX 500 MG TABLET[NP]	*		ANTIVIRALES
VEMLIDY 25 MG TABLET	1	PA	ANTIVIRALES
VIRACEPT 250 MG TABLET	1		ANTIVIRALES
VIRACEPT 625 MG TABLET	1		ANTIVIRALES
VIREAD 150 MG TABLET	1		ANTIVIRALES
VIREAD 200 MG TABLET	1		ANTIVIRALES

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	GRUPO DE NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
VIREAD 250 MG TABLET	1		ANTIVIRALES
VIREAD 40 MG/SCOOP (40 MG/GRAM) ORAL POWDER	1		ANTIVIRALES
VOCABRIA 30 MG TABLET	1		ANTIVIRALES
VOSEVI 400 MG-100 MG-100 MG TABLET[NP]	*	QL(28 cada 28 dÍas)	ANTIVIRALES
XOFLUZA 20 MG TABLET	1		ANTIVIRALES
XOFLUZA 40 MG TABLET[NP]	*		ANTIVIRALES
XOFLUZA 80 MG TABLET[NP]	*		ANTIVIRALES
YEZTUGO 300 MG TABLET	1		ANTIVIRALES
zidovudine 10 mg/ml oral syrup	1		ANTIVIRALES
zidovudine 100 mg capsule	1		ANTIVIRALES
zidovudine 300 mg tablet	1		ANTIVIRALES
ACTICAL CAPSULE[OTC]	1		ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS
AMINOPROTECT 25 MG-25 MG/ML INTRAVENOUS SOLUTION	1		ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS
AMINOSYN II 10 % INTRAVENOUS SOLUTION	1		ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS
AMINOSYN II 15 % INTRAVENOUS SOLUTION	1		ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS
AMINOSYN-PF 10 % INTRAVENOUS SOLUTION	1		ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS
AMINOSYN-PF 7 % (SULFITE-FREE) INTRAVENOUS SOLUTION	1		ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS
aquastat 0.9% sodium chloride injection syringe	1		ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS
aquastat sfr 0.9% sodium chloride injection syringe	1		ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS
arginine 25 mg/ml-lysine 25 mg/ml in 0.9 % nacl intravenous solution	1		ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS
AURYXIA 210 MG IRON TABLET[NP]	*		ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS
BAL-CARE DHA ESSENTIAL 27 MG IRON-1 MG-374 MG TABLET,CAPSULE,DELAY REL	1		ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS
bd posiflush normal saline 0.9 % injection syringe	1		ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS
BIOCAL 500 MG-100 UNIT-45 MG-800 MCG CAPSULE[OTC]	1		ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS
BONEUP (CALCIUM ASCORBATE) 166.6 MG-4.15 MCG-83.3 MG CAPSULE[OTC]	1		ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS
BONEUP 333 MG-8.3 MCG-116.7 MG CAPSULE[OTC]	1		ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS
CADEAU DHA 29 MG IRON-1 MG-150 MG CAPSULE[OTC]	1		ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS
cal-citrate 250 mg-2.5 mcg (100 unit) tablet[OTC]	1		ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS
CAL-QUICK 500 MG-10 MCG (400 UNIT)/5 ML ORAL LIQUID[OTC]	1		ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS
calcium 1,000 mg (as carbonate)-vitamin d3 20 mcg (800 unit) tablet[OTC]	1		ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS
calcium 1,000 mg (citrate)-vit d3 10 mcg (400 unit)/30 ml oral liquid[OTC]	1		ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	GRUPO DE NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
calcium 169 mg (as calcium acetate 668 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 mcg (120 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)-vitamin d3 5 mcg (200 unit) 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 500 + d 500 mg-10 mcg (400 unit) chewable tablet[OTC]	1		ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS
calcium 500 + d 500 mg-10 mcg (400 unit) tablet[OTC]	1		ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS
calcium 500 + d 500 mg-5 mcg (200 unit) 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 (as carbonate)-d3 2.5 mcg (100 unit) chewable tablet[OTC]	1		ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS
calcium 500 mg (as carbonate)-vit d3 10 mcg (400 unit) chewable tablet[OTC]	1		ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS
calcium 500 mg (as carbonate)-vitamin d3 10 mcg (400 unit) tablet[OTC]	1		ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS
calcium 500 mg (as carbonate)-vitamin d3 15 mcg (600 unit) tablet[OTC]	1		ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS
calcium 500 mg (as carbonate)-vitamin d3 3.125 mcg (125 unit) tablet[OTC]	1		ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS
calcium 500 mg (as carbonate)-vitamin d3 5 mcg (200 unit) tablet[OTC]	1		ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS
calcium 500 mg (as citrate)-vit d3 12.5 mcg (500 unit) chewable tablet[OTC]	1		ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS
calcium 500 mg/5 ml (as calcium carb 1,250 mg/5 ml) oral suspension[OTC]	1	QL(900 cada 30 dÍas)	ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS
calcium 500 with d 500 mg-10 mcg (400 unit) tablet[OTC]	1		ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS
calcium 600 + d(3) 600 mg-10 mcg (400 unit) tablet[OTC]	1		ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS
calcium 600 + d(3) 600 mg-5 mcg (200 unit) capsule[OTC]	1		ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS
calcium 600 + d(3) 600 mg-5 mcg (200 unit) tablet[OTC]	1		ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS
calcium 600 mg (as calcium carbonate 1,500 mg) tablet[OTC]	1		ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS
calcium 600 mg (as carbonate)-vit d3 10 mcg (400 unit)-minerals tablet[OTC]	1		ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS
calcium 600 mg (as carbonate)-vitamin d3 10 mcg (400 unit) capsule[OTC]	1		ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	GRUPO DE NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
calcium 600 mg (as carbonate)-vitamin d3 10 mcg (400 unit) tablet[OTC]	1		ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS
calcium 600 mg (as carbonate)-vitamin d3 12.5 mcg (500 unit) capsule[OTC]	1		ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS
calcium 600 mg (as carbonate)-vitamin d3 20 mcg (800 unit) tablet[OTC]	1		ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS
calcium 600 mg (as carbonate)-vitamin d3 25 mcg (1,000 unit) capsule[OTC]	1		ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS
calcium 600 mg (as carbonate)-vitamin d3 5 mcg (200 unit) tablet[OTC]	1		ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS
calcium 600 mg (as carbonate)-vitamin d3 62.5 mcg (2,500 unit) capsule[OTC]	1		ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS
calcium 600 with vitamin d3 600 mg-10 mcg (400 unit) chewable tablet[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 with vit d3 600 mg (as carbonate)-12.5 mcg (500 unit) capsule[OTC]	1		ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS
calcium with vitamin d 600 mg-10 mcg (400 unit) tablet[OTC]	1		ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS
calcium-600 600 mg (as calcium carbonate 1,500 mg) tablet[OTC]	1		ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS
CALPHRON 667 MG TABLET[OTC]	1		ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS
CALTRATE PLUS D 600 MG (CARBONATE)-20 MCG (800 UNIT) CHEWABLE TABLET[OTC]	1		ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS
CALTRATE WITH VITAMIN D3 600 MG-20 MCG (800 UNIT) TABLET[OTC]	1		ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS
CARBAGLU 200 MG DISPERSIBLE TABLET	1	PA	ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS
carglumic acid 200 mg dispersible tablet[NP]	*	PA	ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS
centratex 106 mg iron-1 mg capsule[OTC]	1		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
citracal regular 250 mg (as citrate)-5 mcg (200 unit) tablet[OTC]	1		ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS
CITRACAL-D3 PETITES 200 MG (AS CITRATE)-6.25 MCG (250 UNIT) TABLET[OTC]	1		ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS
CLASSIC PRENATAL 28 MG IRON-800 MCG TABLET[OTC]	1		ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS
clearshield 0.9% sodium chloride flush injection syringe	1		ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS
CLINIMIX 4.25 % IN 10 % DEXTROSE SULFITE FREE INTRAVENOUS SOLUTION	1		ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS
CLINIMIX 4.25 % IN 5 % DEXTROSE SULFITE FREE INTRAVENOUS SOLUTION	1		ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	GRUPO DE NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
CLINIMIX 5 % IN 15 % DEXTROSE SULFITE FREE INTRAVENOUS SOLUTION	1		ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS
CLINIMIX 5 % IN 20 % DEXTROSE (SULFITE-FREE) INTRAVENOUS SOLUTION	1		ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS
CLINIMIX 6 % IN 5 % DEXTROSE (SULFITE-FREE) INTRAVENOUS SOLUTION	1		ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS
CLINIMIX 8 % IN 10 % DEXTROSE (SULFITE-FREE) INTRAVENOUS SOLUTION	1		ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS
CLINIMIX 8 % IN 14 % DEXTROSE (SULFITE-FREE) INTRAVENOUS SOLUTION	1		ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS
CLINIMIX E 2.75 % IN 5 % DEXTROSE SULFITE FREE INTRAVENOUS SOLUTION	1		ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS
CLINIMIX E 4.25 % IN 10 % DEXTROSE SULFITE FREE INTRAVENOUS SOLUTION	1		ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS
CLINIMIX E 4.25 % IN 5 % DEXTROSE SULFITE FREE INTRAVENOUS SOLUTION	1		ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS
CLINIMIX E 5 % IN 15 % DEXTROSE SULFITE FREE INTRAVENOUS SOLUTION	1		ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS
CLINIMIX E 5 % IN 20 % DEXTROSE SULFITE FREE INTRAVENOUS SOLUTION	1		ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS
CLINIMIX E 8 % IN 10 % DEXTROSE (SULFITE-FREE) INTRAVENOUS SOLUTION	1		ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS
CLINIMIX E 8 % IN 14 % DEXTROSE (SULFITE-FREE) INTRAVENOUS SOLUTION	1		ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS
CLINISOL SF 15 % INTRAVENOUS SOLUTION	1		ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS
CLINPRO 5000 1.1 % DENTAL PASTE	1		ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS
complete natal dha 29 mg iron-1 mg-200 mg oral pack	1		ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS
completenate 29 mg iron-1 mg chewable tablet[OTC]	1		ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS
denta 5000 plus 1.1 % cream	1		ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS
denta 5000 plus sensitive 1.1 %-5 % dental paste	1		ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS
dentagel 1.1 %	1		ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS
DERMACINRX PRENATRIX 27 MG IRON-1 MG TABLET	1		ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS
DERMACINRX PRENATRYL 27 MG IRON-1 MG TABLET	1		ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS
DERMACINRX PRETRATE 27 MG IRON-1 MG TABLET	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
electrolyte-148 intravenous solution	1		ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS
electrolyte-48 in d5w intravenous solution	1		ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	GRUPO DE NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
electrolyte-a intravenous solution	1		ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS
FERIVA 75 MG IRON-1 MG-175 MG CAPSULE,EXTENDED RELEASE[OTC]	1		ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS
ferrex 150 forte 150 mg-25 mcg-1 mg capsule[OTC]	1		ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS
ferrex 150 forte plus 150 mg-60 mg-25 mcg-1 mg capsule[OTC]	1		ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS
ferrex 28 151 mg-200 mg-1 mg-0.8 mg tablet[OTC]	1		ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS
ferric citrate 210 mg iron tablet[NP]	*		ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS
fluoridex daily defense 1.1 % dental paste	1		ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS
FLUORIDEX SENSITIVITY RELIEF 1.1 %-5 % DENTAL PASTE	1		ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS
fluorimax 5000 1.1 % dental paste	1		ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS
fluorimax 5000 sensitive 1.1 %-5 % dental paste	1		ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS
folivane-f 125 mg-1 mg-40 mg-3 mg capsule[OTC]	1		ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS
folivane-ob 85 mg-1 mg capsule	1		ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS
folivane-plus 125 mg iron-1 mg capsule[OTC]	1		ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS
FOSRENOL 1,000 MG CHEWABLE TABLET	1		ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS
FOSRENOL 1,000 MG ORAL POWDER PACKET[NP]	*		ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS
FOSRENOL 500 MG CHEWABLE TABLET	1		ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS
FOSRENOL 750 MG CHEWABLE TABLET	1		ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS
FOSRENOL 750 MG ORAL POWDER PACKET[NP]	*		ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS
fraiche 5000 1.1 % dental gel	1		ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS
FRAICHE 5000 KIDS PLUS 1.1 %-4 % DENTAL GEL	1		ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS
FRAICHE 5000 PREVI 1.1 %-3 % DENTAL GEL	1		ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS
FRAICHE 5000 SENSITIVE 1.1 %-4.5 % DENTAL GEL	1		ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS
GENADEK STEP 1 200 MCG-1,000 MCG-10 MG CAPSULE[OTC]	1		ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS
GENADEK STEP 2 200 MCG-1,000 MCG-10 MG CAPSULE[OTC]	1		ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS
hematinic plus vit/minerals 106 mg iron-1 mg tablet[OTC]	1		ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS
hematinic/folic acid 324 mg (106 mg iron)-1 mg tablet[OTC]	1		ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS
hematogen fa 200 mg-250 mg-0.01 mg-1 mg capsule[OTC]	1		ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	GRUPO DE NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
HEMOCYTE-PLUS 106 MG IRON-1 MG CAPSULE[OTC]	1		ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS
hi-cal plus vit d 500 mg-5 mcg (200 unit) tablet[OTC]	1		ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS
iferex 150 forte 150 mg-25 mcg-1 mg capsule[OTC]	1		ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS
INTEGRA PLUS 125 MG IRON-1 MG CAPSULE[OTC]	1		ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS
iron folate plus 125 mg iron-1 mg capsule[OTC]	1		ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS
ISOLYTE S PH 7.4 INTRAVENOUS SOLUTION	1		ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS
ISOLYTE-P IN 5 % DEXTROSE INTRAVENOUS SOLUTION	1		ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS
ISOLYTE-S INTRAVENOUS SOLUTION	1		ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS
JOINT HEALTH-BONE STRENGTH 600 MG-25 MCG-50 MG TABLET[OTC]	1		ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS
just right 5000 1.1 % dental paste	1		ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS
KABIVEN 3.31 %-10.8 %-3.9 % INTRAVENOUS EMULSION	1		ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS
KIDS BONES-MUSCLES 162 MG CALCIUM-10 MCG-21 MG CHEWABLE TABLET[OTC]	1		ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS
kionex 15 gram/60 ml oral suspension[NP]	*		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 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
KPN 9 MG IRON-267 MCG TABLET[OTC]	1		ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS
lactated ringers intravenous solution	1		ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS
lanthanum 1,000 mg chewable tablet[NP]	*		ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS
lanthanum 500 mg chewable tablet[NP]	*		ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS
lanthanum 750 mg chewable tablet[NP]	*		ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS
levocarnitine (with sugar) 100 mg/ml oral solution	1		ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS
levocarnitine 100 mg/ml oral solution	1		ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS
levocarnitine 200 mg/ml intravenous solution	1		ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	GRUPO DE NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
levocarnitine 330 mg tablet	1		ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS
liquid calcium with vitamin d 600 mg-5 mcg (200 unit) capsule[OTC]	1		ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS
LOKELMA 10 GRAM ORAL POWDER PACKET	1		ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS
LOKELMA 5 GRAM ORAL POWDER PACKET	1		ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS
LYSIPLEX PLUS TABLET[OTC]	1		ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS
m-natal plus 27 mg iron-1 mg tablet	1		ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS
MAGNEBIND 300 250 MG-300 MG TABLET[OTC]	1	QL(300 cada 30 dÍas)	ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS
MASONATAL PRENATAL 28 MG IRON-800 MCG TABLET[OTC]	1		ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS
MATRONEX 27 MG IRON-1,000 MCG TABLET	1		ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS
MINI PRENATAL 6.75 MG IRON-200 MCG TABLET[OTC]	1		ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS
monoject 0.9% sodium chloride injection syringe	1		ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS
monoject prefill advanced 0.9 % sodium chloride injection syringe	1		ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS
multigen folic 70 mg-150 mg-10 mcg-1 mg-2 mg tablet[OTC]	1		ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS
multigen plus 151 mg-60 mg-10 mcg-1 mg tablet[OTC]	1		ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS
neo-vital rx 27 mg iron-1 mg tablet	1		ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS
NEONATAL COMPLETE 29 MG-1 MG TABLET	1		ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS
NEONATAL PLUS VITAMIN 27 MG IRON-1 MG TABLET	1		ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS
normal saline flush 0.9 % injection syringe	1		ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS
NORMOSOL-M IN 5 % DEXTROSE INTRAVENOUS SOLUTION	1		ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS
NORMOSOL-R IN 5 % DEXTROSE INTRAVENOUS SOLUTION	1		ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS
NORMOSOL-R INTRAVENOUS SOLUTION	1		ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS
NORMOSOL-R PH 7.4 INTRAVENOUS SOLUTION	1		ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS
one natal rx 27 mg iron-1 mg tablet	1		ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS
ONE-A-DAY PRENATAL-1 27 MG IRON-800 MCG-235 MG CAPSULE[OTC]	1		ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS
onevite calcium-d3 500 mg-5 mcg (200 unit) tablet[OTC]	1		ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS
onevite calcium-d3 600 mg-10 mcg (400 unit) tablet[OTC]	1		ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS
onevite calcium-d3 600 mg-5 mcg (200 unit) tablet[OTC]	1		ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	GRUPO DE NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
ORTHO-TABS 500 MG-400 UNIT-15 MCG-200 MCG TABLET[OTC]	1		ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS
OSTEOPRIME PLUS CALCIUM-MAGNESIUM 200 MG-5 MCG-75 MG-200 MCGDFE TABLET[OTC]	1		ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS
oysco 500/d 500 mg-5 mcg (200 unit) tablet[OTC]	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-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
penicillamine 250 mg tablet	1		ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS
PERIKABIVEN 2.36 %-7.5 %-3.5 % INTRAVENOUS EMULSION	1		ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS
phospha neutral 250 mg tablet[OTC]	1		ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS
PLASMA-LYTE 148 PH 7.4 INTRAVENOUS SOLUTION	1		ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS
PLASMA-LYTE A INTRAVENOUS SOLUTION	1		ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS
PLENAMINE 15 % INTRAVENOUS SOLUTION	1		ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS
POKONZA 10 MEQ ORAL PACKET	1		ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS
poly-iron 150 forte 150 mg-25 mcg-1 mg capsule[OTC]	1		ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS
potassium chloride 10 meq/100ml in sterile water intravenous piggyback	1		ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS
potassium chloride 10 meq/50 ml in sterile water intravenous piggyback	1		ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS
potassium chloride 2 meq/ml intravenous solution	1		ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS
potassium chloride 20 meq oral packet	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

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	GRUPO DE NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
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	1		ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS
potassium citrate er 15 meq (1,620 mg) tablet,extended release	1		ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS
potassium citrate er 5 meq (540 mg) tablet,extended release	1		ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS
PREMASOL 10 % INTRAVENOUS SOLUTION	1		ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS
PRENATABS FA 29 MG-1 MG TABLET	1		ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS
prenatal + dha 28 mg iron-800 mcg-200 mg oral pack[OTC]	1		ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS
prenatal + dha 28 mg iron-975 mcg-200 mg oral pack[OTC]	1		ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS
prenatal 19 29 mg iron-1 mg chewable tablet[OTC]	1		ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS
prenatal 19 29 mg iron-1 mg chewable tablet	1		ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS
prenatal 28 mg iron-800 mcg tablet[OTC]	1		ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS
prenatal 28 mg-800 mcg tablet[OTC]	1		ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS
prenatal complete 14 mg iron-400 mcg tablet[OTC]	1		ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS
prenatal formula 28 mg iron-800 mcg tablet[OTC]	1		ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS
prenatal formula 9 mg iron-267 mcg tablet[OTC]	1		ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS
PRENATAL FORMULA-DHA 28 MG-800 MCG-200 MG CAPSULE[OTC]	1		ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS
prenatal multi 27 mg-800 mcg tablet[OTC]	1		ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS
prenatal multi-dha (algal oil) 27 mg iron-800 mcg-250 mg capsule[OTC]	1		ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS
prenatal multi-dha (with vitamin k) 27 mg iron-800 mcg-260 mg capsule[OTC]	1		ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS
prenatal multivitamins 28 mg iron-800 mcg tablet[OTC]	1		ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS
prenatal one daily 27 mg iron-800 mcg tablet[OTC]	1		ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS
prenatal plus (calcium carbonate) 27 mg iron-1 mg tablet	1		ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	GRUPO DE NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
prenatal plus vitamin-mineral 27 mg iron-1 mg tablet	1		ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS
prenatal tablet 28 mg iron-800 mcg[OTC]	1		ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS
prenatal vit no.95-ferrous fumarate 28 mg-folic acid 800 mcg tablet[OTC]	1		ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS
prenatal vitamin 27 mg iron-0.8 mg tablet[OTC]	1		ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS
prenatal vitamin 27 mg iron-800 mcg tablet[OTC]	1		ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS
prenatal vitamin 28 mg iron-800 mcg tablet[OTC]	1		ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS
prenatal vitamin-ferrous fumarate 28 mg iron-folic acid 800 mcg tablet[OTC]	1		ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS
prenatal vitamins plus low iron 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 with minerals 28 mg iron-800 mcg tablet[OTC]	1		ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS
prenatal vits no.179-ferrous fumarate 28 mg-folic acid 800 mcg tablet[OTC]	1		ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS
PRENATE AM 1 MG-500 MG TABLET	1		ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS
PRENATE RESTORE 27 MG IRON-1 MG-400 MG CAPSULE	1		ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS
PREVIDENT 0.2 % DENTAL SOLUTION	1		ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS
previdente 1.1 % gel	1		ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS
PREVIDENT 5000 BOOSTER PLUS 1.1 % DENTAL PASTE	1		ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS
PREVIDENT 5000 DRY MOUTH 1.1 % DENTAL PASTE	1		ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS
PREVIDENT 5000 ENAMEL PROTECT 1.1 %-5 % DENTAL PASTE	1		ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS
PREVIDENT 5000 ORTHO DEFENSE 1.1 % DENTAL PASTE	1		ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS
PREVIDENT 5000 PLUS 1.1 % CREAM	1		ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS
PREVIDENT 5000 SENSITIVE 1.1 %-5 % DENTAL PASTE	1		ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS
PREVIDENT KIDS 1.1 % DENTAL PASTE	1		ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS
PRO-CAL 187.5 MG-40 MG-7.5 MG TABLET[OTC]	1		ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS
PROSOL 20 % INTRAVENOUS SOLUTION	1		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]	*		ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS
RENVELA 2.4 GRAM ORAL POWDER PACKET[NP]	*		ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	GRUPO DE NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
RENVELA 800 MG TABLET[NP]	*		ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS
ringer's intravenous solution	1		ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS
se-natal 19 chewable 29 mg iron-1 mg tablet	1		ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS
se-tan plus 162 mg-115.2 mg (106 mg)-1 mg capsule[OTC]	1		ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS
sevelamer carbonate 0.8 gram oral powder packet	1		ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS
sevelamer carbonate 2.4 gram oral powder packet	1		ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS
sevelamer carbonate 800 mg tablet	1		ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS
sevelamer hcl 400 mg tablet[NP]	*		ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS
sevelamer hcl 800 mg tablet[NP]	*		ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS
sf 1.1 % dental gel	1		ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS
sf 5000 plus 1.1 % dental cream	1		ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS
SIMILAC PRENATAL 27 MG IRON-800 MCG-200 MG ORAL PACK[OTC]	1		ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS
sodium chloride 0.9 % (flush) injection syringe	1		ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS
sodium chloride 0.9 % (flush) injection syringe with alcohol swab cap	1		ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS
sodium chloride 0.9 % 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	1		ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS
sodium fluoride 1.1 % dental cream	1		ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS
sodium fluoride 1.1 % dental gel	1		ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS
sodium fluoride 1.1 % dental paste	1		ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS
sodium fluoride 1.1 %-potassium nitrate 5 % dental paste	1		ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS
sodium fluoride 5000 dry mouth 1.1 % dental paste	1		ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS
sodium fluoride 5000 plus 1.1 % dental cream	1		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

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	GRUPO DE NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
STUART ONE 27 MG IRON-800 MCG-200 MG CAPSULE[OTC]	1		ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS
swabflush 0.9 % injection syringe with alcohol swab cap	1		ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS
taron forte 150 mg-60 mg-25 mcg-1 mg capsule[OTC]	1		ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS
taron-c dha 35 mg-1 mg-200 mg capsule	1		ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS
THERANATAL 27 MG IRON-1 MG TABLET[OTC]	1		ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS
THERANATAL COMPLETE 27 MG IRON-1 MG-150 MG ORAL PACK[OTC]	1		ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS
THERANATAL ONE 27 MG IRON-1,000 MCG-300 MG CAPSULE[OTC]	1		ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS
THERANATAL OVAVITE 18 MG-1 MG-125 UNIT ORAL PACK[OTC]	1		ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS
THERANATAL PLUS 27 MG IRON-1 MG-300 MG ORAL PACK[OTC]	1		ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS
TPN ELECTROLYTES 35 MEQ-20 MEQ-5 MEQ/20 ML INTRAVENOUS SOLUTION	1		ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS
TRAVASOL 10 % INTRAVENOUS SOLUTION	1		ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS
TRICARE 27 MG IRON-1 MG TABLET	1		ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS
tricon 110 mg-0.5 mg capsule[OTC]	1		ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS
trigels-f forte 460 mg-60 mg-0.01 mg-1 mg capsule[OTC]	1		ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS
trinatal rx 1 60 mg iron-1 mg tablet	1		ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS
TROPHAMINE 10 % INTRAVENOUS SOLUTION	1		ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS
ULTRA BONEUP 200 MG-8.3 MCG-83.3 MG-8.3 MG TABLET[OTC]	1		ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS
VEGETARIAN BONEUP 166.6 MG-4.15 MCG-83.3 MG TABLET[OTC]	1		ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS
VELPHORO 500 MG CHEWABLE TABLET[NP]	*		ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS
VELTASSA 1 GRAM ORAL POWDER PACKET	1		ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS
VELTASSA 16.8 GRAM ORAL POWDER PACKET	1		ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS
VELTASSA 25.2 GRAM ORAL POWDER PACKET	1		ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS
VELTASSA 8.4 GRAM ORAL POWDER PACKET	1		ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS
westab plus 27 mg iron-1 mg tablet	1		ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS
women's prenatal plus dha 28 mg-975 mcg-200 mg oral pack[OTC]	1		ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS
XPHOZAH 20 MG TABLET[NP]	*		ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS
XPHOZAH 30 MG TABLET[NP]	*		ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	GRUPO DE NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
ZINC (WITH VITAMINS A AND C) LOZENGES[OTC]	1		ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS
zinc 10 mg (as gluconate) lozenges[OTC]	1		ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS
zinc 50 mg (as zinc sulfate 220 mg) tablet[OTC]	1		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
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	1	PA	PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES
ARANESP 100 MCG/0.5 ML (IN POLYSORBATE) INJECTION SYRINGE	1	PA	PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES
ARANESP 100 MCG/ML (IN POLYSORBATE) INJECTION	1	PA	PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES
ARANESP 150 MCG/0.3 ML (IN POLYSORBATE) INJECTION SYRINGE	1	PA	PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES
ARANESP 200 MCG/0.4 ML (IN POLYSORBATE) INJECTION SYRINGE	1	PA	PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES
ARANESP 200 MCG/ML (IN POLYSORBATE) INJECTION	1	PA	PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES
ARANESP 25 MCG/0.42 ML (IN POLYSORBATE) INJECTION SYRINGE	1	PA	PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES
ARANESP 25 MCG/ML (IN POLYSORBATE) INJECTION	1	PA	PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES
ARANESP 300 MCG/0.6 ML (IN POLYSORBATE) INJECTION SYRINGE	1	PA	PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES
ARANESP 40 MCG/0.4 ML (IN POLYSORBATE) INJECTION SYRINGE	1	PA	PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES
ARANESP 40 MCG/ML (IN POLYSORBATE) INJECTION	1	PA	PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES
ARANESP 500 MCG/ML (IN POLYSORBATE) INJECTION SYRINGE	1	PA	PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES
ARANESP 60 MCG/0.3 ML (IN POLYSORBATE) INJECTION SYRINGE	1	PA	PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES
ARANESP 60 MCG/ML (IN POLYSORBATE) INJECTION	1	PA	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

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	GRUPO DE NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
bayer low dose aspirin 81 mg tablet,delayed release[OTC]	1		PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES
BRILINTA 60 MG TABLET[NP]	*	PA,QL(60 cada 30 días)	PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES
BRILINTA 90 MG TABLET[NP]	*	PA,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	1		PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES
cilostazol 50 mg tablet	1		PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES
clopidogrel 300 mg tablet	1		PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES
clopidogrel 75 mg tablet	1		PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES
dabigatran etexilate 110 mg capsule	1		PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES
dabigatran etexilate 150 mg capsule	1		PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES
dabigatran etexilate 75 mg capsule	1		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
ecotrin low strength 81 mg tablet,enteric coated[OTC]	1		PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES
EFFIENT 10 MG TABLET[NP]	*		PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES
EFFIENT 5 MG TABLET[NP]	*		PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES
ELIQUIS 0.5 MG TABLET FOR ORAL SUSPENSION	1	QL(960 cada 30 días)	PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES
ELIQUIS 1.5 MG (0.5 MG X 3) TABLET FOR ORAL SUSPENSION	1	QL(960 cada 30 días)	PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES
ELIQUIS 2 MG (0.5 MG X 4) TABLET FOR ORAL SUSPENSION	1	QL(960 cada 30 días)	PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES
ELIQUIS 2.5 MG TABLET	1	QL(60 cada 30 días)	PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES
ELIQUIS 5 MG TABLET	1	QL(60 cada 30 días)	PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES
ELIQUIS DVT-PE TREATMENT 30-DAY STARTER 5 MG (74 TABLETS) IN DOSE PACK	1	QL(74 cada 90 días)	PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES
ELIQUIS SPRINKLE 0.15 MG CAPSULE	1	QL(120 cada 30 días)	PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES
enoxaparin 100 mg/ml subcutaneous syringe	1		PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES
enoxaparin 120 mg/0.8 ml subcutaneous syringe	1		PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES
enoxaparin 150 mg/ml subcutaneous syringe	1		PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	GRUPO DE NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
enoxaparin 30 mg/0.3 ml subcutaneous syringe	1		PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES
enoxaparin 300 mg/3 ml subcutaneous solution	1		PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES
enoxaparin 40 mg/0.4 ml subcutaneous syringe	1		PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES
enoxaparin 60 mg/0.6 ml subcutaneous syringe	1		PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES
enoxaparin 80 mg/0.8 ml subcutaneous syringe	1		PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES
EPOGEN 10,000 UNIT/ML INJECTION SOLUTION	1	PA	PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES
EPOGEN 2,000 UNIT/ML INJECTION SOLUTION	1	PA	PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES
EPOGEN 20,000 UNIT/2 ML INJECTION SOLUTION	1	PA	PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES
EPOGEN 20,000 UNIT/ML INJECTION SOLUTION	1	PA	PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES
EPOGEN 3,000 UNIT/ML INJECTION SOLUTION	1	PA	PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES
EPOGEN 4,000 UNIT/ML INJECTION SOLUTION	1	PA	PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES
FULPHILA 6 MG/0.6 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE	1		PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES
FYLNETRA 6 MG/0.6 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE	1		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
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 lock flush (porcine) 10 unit/ml intravenous solution	1		PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	GRUPO DE NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
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
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
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
LEUKINE 250 MCG SOLUTION FOR INJECTION[NP]	*	PA	PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES
MIRCERA 100 MCG/0.3 ML INJECTION SYRINGE[NP]	*	PA	PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES
MIRCERA 120 MCG/0.3 ML INJECTION SYRINGE[NP]	*	PA	PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES
MIRCERA 150 MCG/0.3 ML INJECTION SYRINGE[NP]	*	PA	PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES
MIRCERA 200 MCG/0.3 ML INJECTION SYRINGE[NP]	*	PA	PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES
MIRCERA 30 MCG/0.3 ML INJECTION SYRINGE[NP]	*	PA	PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES
MIRCERA 50 MCG/0.3 ML INJECTION SYRINGE[NP]	*	PA	PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES
MIRCERA 75 MCG/0.3 ML INJECTION SYRINGE[NP]	*	PA	PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES
NEULASTA 4 MG/0.4 ML SUBCUTANEOUS SOLUTION[NP]	*		PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES
NEULASTA 6 MG/0.6 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE[NP]	*		PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES
NEULASTA ONPRO 6 MG/0.6 ML WITH WEARABLE SUBCUTANEOUS INJECTOR[NP]	*		PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	GRUPO DE NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
NEUPOGEN 300 MCG/0.5 ML INJECTION SYRINGE	1		PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES
NEUPOGEN 300 MCG/ML INJECTION SOLUTION	1		PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES
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
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]	*		PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES
PLAVIX 75 MG TABLET[NP]	*		PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES
PRADAXA 110 MG CAPSULE[NP]	*		PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES
PRADAXA 110 MG ORAL PELLETS IN PACKET[NP]	*		PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES
PRADAXA 150 MG CAPSULE[NP]	*		PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES
PRADAXA 150 MG ORAL PELLETS IN PACKET[NP]	*		PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES
PRADAXA 20 MG ORAL PELLETS IN PACKET[NP]	*		PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES
PRADAXA 30 MG ORAL PELLETS IN PACKET[NP]	*		PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES
PRADAXA 40 MG ORAL PELLETS IN PACKET[NP]	*		PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES
PRADAXA 50 MG ORAL PELLETS IN PACKET[NP]	*		PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES
PRADAXA 75 MG CAPSULE[NP]	*		PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES
prasugrel hcl 10 mg tablet	1		PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES
prasugrel hcl 5 mg tablet	1		PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES
PROCRIT 10,000 UNIT/ML INJECTION SOLUTION[NP]	*	PA	PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES
PROCRIT 2,000 UNIT/ML INJECTION SOLUTION[NP]	*	PA	PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES
PROCRIT 20,000 UNIT/2 ML INJECTION SOLUTION[NP]	*	PA	PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES
PROCRIT 20,000 UNIT/ML INJECTION SOLUTION[NP]	*	PA	PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	GRUPO DE NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
PROCRIT 3,000 UNIT/ML INJECTION SOLUTION[NP]	*	PA	PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES
PROCRIT 4,000 UNIT/ML INJECTION SOLUTION[NP]	*	PA	PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES
PROCRIT 40,000 UNIT/ML INJECTION SOLUTION[NP]	*	PA	PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES
REBLOZYL 25 MG SUBCUTANEOUS SOLUTION[NP]	*	PA	PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES
REBLOZYL 75 MG SUBCUTANEOUS SOLUTION[NP]	*	PA	PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES
RELEUKO 300 MCG/0.5 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE	1		PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES
RELEUKO 480 MCG/0.8 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE	1		PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES
RETACRIT 10,000 UNIT/ML INJECTION SOLUTION	1	PA	PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES
RETACRIT 2,000 UNIT/ML INJECTION SOLUTION	1	PA	PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES
RETACRIT 20,000 UNIT/2 ML INJECTION SOLUTION	1	PA	PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES
RETACRIT 20,000 UNIT/ML INJECTION SOLUTION	1	PA	PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES
RETACRIT 3,000 UNIT/ML INJECTION SOLUTION	1	PA	PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES
RETACRIT 4,000 UNIT/ML INJECTION SOLUTION	1	PA	PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES
RETACRIT 40,000 UNIT/ML INJECTION SOLUTION	1	PA	PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES
RHAPSIDO 25 MG TABLET[NP]	*	PA	PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES
rivaroxaban 1 mg/ml oral suspension[NP]	*	QL(600 cada 30 dÍas)	PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES
rivaroxaban 2.5 mg tablet	1	QL(60 cada 30 dÍas)	PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES
ROLVEDON 13.2 MG/0.6 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE[NP]	*		PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES
RYZNEUTA 20 MG/ML SUBCUTANEOUS SYRINGE[NP]	*		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
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]	*		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

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	GRUPO DE NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
tranexamic acid 650 mg tablet	1		PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES
UDENYCA 6 MG/0.6 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE[NP]	*		PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES
UDENYCA AUTOINJECTOR 6 MG/0.6 ML SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR[NP]	*		PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES
UDENYCA ONBODY 6 MG/0.6 ML WITH WEARABLE SUBCUTANEOUS INJECTOR[NP]	*		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
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
XARELTO 1 MG/ML ORAL SUSPENSION	1	QL(600 cada 30 días)	PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES
XARELTO 10 MG TABLET	1	QL(30 cada 30 días)	PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES
XARELTO 15 MG TABLET	1	QL(60 cada 30 días)	PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES
XARELTO 2.5 MG TABLET[NP]	*	PA,QL(60 cada 30 días)	PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES
XARELTO 20 MG TABLET	1	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	QL(51 cada 90 días)	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
ZIEXTENZO 6 MG/0.6 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE[NP]	*		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]	*		REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE
ACTOS 15 MG TABLET[NP]	*	QL(30 cada 30 días)	REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	GRUPO DE NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
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]	*		REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE
AFREZZA 12 UNIT CARTRIDGE WITH INHALER[NP]	*		REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE
AFREZZA 4 UNIT (60)/8 UNIT (60)/12 UNIT (60) CARTRIDGE WITH INHALER[NP]	*		REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE
AFREZZA 4 UNIT (90)/8 UNIT (90) CARTRIDGE WITH INHALER[NP]	*		REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE
AFREZZA 4 UNIT CARTRIDGE WITH INHALER[NP]	*		REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE
AFREZZA 8 UNIT CARTRIDGE WITH INHALER[NP]	*		REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE
alogliptin 12.5 mg tablet[NP]	*		REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE
alogliptin 12.5 mg-metformin 1,000 mg tablet[NP]	*		REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE
alogliptin 12.5 mg-metformin 500 mg tablet[NP]	*		REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE
alogliptin 12.5 mg-pioglitazone 30 mg tablet[NP]	*		REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE
alogliptin 25 mg tablet[NP]	*		REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE
alogliptin 25 mg-pioglitazone 15 mg tablet[NP]	*		REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE
alogliptin 25 mg-pioglitazone 30 mg tablet[NP]	*		REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE
alogliptin 25 mg-pioglitazone 45 mg tablet[NP]	*		REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE
alogliptin 6.25 mg tablet[NP]	*		REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE
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
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
BASAGLAR TEMPO PEN (U-100) INSULIN 100 UNIT/ML (3 ML) SUBCUT PEN,SENSR[NP]	*		REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE
BRYNOVIN 25 MG/ML ORAL SOLUTION[NP]	*		REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE
dapagliflozin 10 mg tablet[NP]	*		REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE
dapagliflozin 10 mg-metformin er 1,000 mg tablet,ext rel 24hr[NP]	*		REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	GRUPO DE NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
dapagliflozin 10 mg-metformin er 500 mg tablet, ext rel 24hr[NP]	*		REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE
dapagliflozin 5 mg tablet[NP]	*		REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE
dapagliflozin 5 mg-metformin er 1,000 mg tablet, ext rel 24hr[NP]	*		REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE
dapagliflozin 5 mg-metformin er 500 mg tablet,ext rel 24hr[NP]	*		REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE
DUETACT 30 MG-2 MG TABLET[NP]	*		REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE
DUETACT 30 MG-4 MG TABLET[NP]	*		REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE
exenatide 10 mcg/dose(250 mcg/ml)2.4 ml subcutaneous pen injector[NP]	*	PA,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]	*	PA,QL(2,4 cada 30 dÍas)	REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE
FARXIGA 10 MG TABLET	1		REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE
FARXIGA 5 MG TABLET	1		REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE
FIASP FLEXTOUCH U-100 INSULIN 100 UNIT/ML (3 ML) SUBCUTANEOUS PEN	1		REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE
FIASP PENFILL U-100 INSULIN 100 UNIT/ML (3 ML) SUBCUTANEOUS CARTRIDGE	1		REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE
FIASP PUMPCART 100 UNIT/ML (1.6 ML) SUBCUTANEOUS CARTRIDGE	1		REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE
FIASP U-100 INSULIN 100 UNIT/ML SUBCUTANEOUS SOLUTION	1		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

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	GRUPO DE NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
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[NP]	*		REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE
glucagon emergency kit 1 mg solution for injection[NP]	*		REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE
GLUCOTROL XL 10 MG TABLET,EXTENDED RELEASE[NP]	*		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
glyburide 5 mg-metformin 500 mg tablet	1		REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE
glyburide micronized 1.5 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	1		REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE
GLYXAMBI 25 MG-5 MG TABLET	1		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[NP]	*		REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE
HUMALOG KWIKPEN (U-100) INSULIN 100 UNIT/ML SUBCUTANEOUS[NP]	*		REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE
HUMALOG KWIKPEN U-200 INSULIN 200 UNIT/ML (3 ML) SUBCUTANEOUS[NP]	*		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

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	GRUPO DE NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
HUMALOG MIX 75-25 (U-100) INSULIN 100 UNIT/ML SUBCUTANEOUS SUSPENSION[NP]	*		REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE
HUMALOG MIX 75-25 KWIKPEN U-100 INSULIN 100 UNIT/ML SUBCUTANEOUS PEN[NP]	*		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
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
HUMULIN R U-500 (CONCENTRATED) INSULIN 500 UNIT/ML SUBCUTANEOUS SOLN	1		REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE
INSULIN ASPAR PROT-INSULIN ASPART 100 UNIT/ML (70-30) SUBCUTANEOUS PEN	1		REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE
INSULIN ASPAR PRT-INSULIN ASPART 100 UNIT/ML (70-30) SUBCUTANEOUS SOLN	1		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[NP]	*		REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE
INSULIN DEGLUDEC (U-100) 100 UNIT/ML SUBCUTANEOUS SOLUTION[NP]	*		REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE
INSULIN DEGLUDEC (U-200) 200 UNIT/ML (3 ML) SUBCUTANEOUS PEN[NP]	*		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[NP]	*		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[NP]	*		REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	GRUPO DE NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
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]	*		REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE
INVOKAMET 150 MG-500 MG TABLET[NP]	*		REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE
INVOKAMET 50 MG-1,000 MG TABLET[NP]	*		REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE
INVOKAMET 50 MG-500 MG TABLET[NP]	*		REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE
INVOKAMET XR 150 MG-1,000 MG TABLET, EXTENDED RELEASE[NP]	*		REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE
INVOKAMET XR 150 MG-500 MG TABLET, EXTENDED RELEASE[NP]	*		REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE
INVOKAMET XR 50 MG-1,000 MG TABLET, EXTENDED RELEASE[NP]	*		REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE
INVOKAMET XR 50 MG-500 MG TABLET, EXTENDED RELEASE[NP]	*		REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE
INVOKANA 100 MG TABLET[NP]	*		REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE
INVOKANA 300 MG TABLET[NP]	*		REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE
JANUMET 50 MG-1,000 MG TABLET	1	ST	REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE
JANUMET 50 MG-500 MG TABLET	1	ST	REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE
JANUMET XR 100 MG-1,000 MG TABLET,EXTENDED RELEASE[NP]	*		REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE
JANUMET XR 50 MG-1,000 MG TABLET,EXTENDED RELEASE[NP]	*		REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE
JANUMET XR 50 MG-500 MG TABLET,EXTENDED RELEASE[NP]	*		REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE
JANUVIA 100 MG TABLET	1	ST	REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE
JANUVIA 25 MG TABLET	1	ST	REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE
JANUVIA 50 MG TABLET	1	ST	REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE
JARDIANCE 10 MG TABLET	1		REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE
JARDIANCE 25 MG TABLET	1		REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE
JENTADUETO 2.5 MG-1,000 MG TABLET	1	ST	REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE
JENTADUETO 2.5 MG-500 MG TABLET	1	ST	REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE
JENTADUETO 2.5 MG-850 MG TABLET	1	ST	REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE
JENTADUETO XR 2.5 MG-1,000 MG TABLET, EXTENDED RELEASE	1	ST	REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE
JENTADUETO XR 5 MG-1,000 MG TABLET, EXTENDED RELEASE	1	ST	REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE
KIRSTY 100 UNIT/ML SUBCUTANEOUS SOLUTION[NP]	*		REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	GRUPO DE NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
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[NP]	*		REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE
LEVEMIR U-100 INSULIN 100 UNIT/ML SUBCUTANEOUS SOLUTION[NP]	*		REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE
liraglutide 0.6 mg/0.1 ml (18 mg/3 ml) subcutaneous pen injector	1	PA,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]	*		REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE
metformin 625 mg tablet	1		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.)	1		REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE
metformin er 1,000 mg tablet,extended release 24hr (osmotic)[NP]	*		REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE
metformin er 500 mg 24 hr tablet,extended release (gastric retention)	1		REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE
metformin er 500 mg tablet,extended release 24 hr	1		REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE
metformin er 500 mg tablet,extended release 24hr (osmotic)[NP]	*		REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE
metformin er 750 mg tablet,extended release 24 hr	1		REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE
miglitol 100 mg tablet[NP]	*		REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE
miglitol 25 mg tablet[NP]	*		REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE
miglitol 50 mg tablet[NP]	*		REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	GRUPO DE NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
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[NP]	*		REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE
nateglinide 60 mg tablet[NP]	*		REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE
NOVOLIN 70-30 FLEXPEN U-100 INSULIN 100 UNIT/ML (70-30) SUBCUTANEOUS[OTC]	1		REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE
NOVOLIN 70/30 U-100 INSULIN 100 UNIT/ML SUBCUTANEOUS SUSPENSION[OTC]	1		REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE
NOVOLIN N FLEXPEN 100 UNIT/ML (3 ML) SUBCUTANEOUS INSULIN PEN[OTC]	1		REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE
NOVOLIN N NPH U-100 INSULIN ISOPHANE 100 UNIT/ML SUBCUTANEOUS SUSP[OTC]	1		REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE
NOVOLIN R FLEXPEN 100 UNIT/ML (3 ML) SUBCUTANEOUS INSULIN PEN[OTC]	1		REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE
NOVOLIN R REGULAR U-100 INSULIN 100 UNIT/ML INJECTION SOLUTION[OTC]	1		REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE
NOVOLOG FLEXPEN U-100 INSULIN ASPART 100 UNIT/ML (3 ML) SUBCUTANEOUS	1		REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE
NOVOLOG MIX 70-30 FLEXPEN U-100 INSULIN 100 UNIT/ML SUBCUTANEOUS PEN	1		REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE
NOVOLOG MIX 70-30 U-100 INSULIN 100 UNIT/ML SUBCUTANEOUS SOLUTION	1		REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE
NOVOLOG PENFILL U-100 INSULIN ASPART 100 UNIT/ML SUBCUTANEOUS CARTRIDG	1		REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE
NOVOLOG U-100 INSULIN ASPART 100 UNIT/ML SUBCUTANEOUS SOLUTION	1		REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE
OZEMPIC 0.25 MG OR 0.5 MG (2 MG/3 ML) SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR	1	PA,QL(3 cada 28 días)	REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE
OZEMPIC 1 MG/DOSE (4 MG/3 ML) SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR	1	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	1	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]	*		REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	GRUPO DE NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
pioglitazone 15 mg-metformin 850 mg tablet[NP]	*		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]	*		REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE
pioglitazone 30 mg-glimepiride 4 mg tablet[NP]	*		REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE
pioglitazone 45 mg tablet	1	QL(30 cada 30 días)	REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE
QTERN 10 MG-5 MG TABLET[NP]	*		REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE
QTERN 5 MG-5 MG TABLET[NP]	*		REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE
repaglinide 0.5 mg tablet	1		REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE
repaglinide 1 mg tablet	1		REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE
repaglinide 2 mg tablet	1		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[NP]	*	PA,QL(30 cada 30 días)	REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE
RYBELSUS 3 MG TABLET[NP]	*	PA,QL(30 cada 30 días)	REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE
RYBELSUS 7 MG TABLET[NP]	*	PA,QL(30 cada 30 días)	REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE
saxagliptin 2.5 mg tablet[NP]	*		REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE
saxagliptin 2.5 mg-metformin er 1,000 mg tablet,extend release 24hr mp[NP]	*		REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE
saxagliptin 5 mg tablet[NP]	*		REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE
saxagliptin 5 mg-metformin er 1,000 mg tablet,extend release 24hr mp[NP]	*		REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE
saxagliptin 5 mg-metformin er 500 mg tablet,extend release 24hr mp[NP]	*		REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE
SEGLUROMET 2.5 MG-1,000 MG TABLET[NP]	*		REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE
SEGLUROMET 2.5 MG-500 MG TABLET[NP]	*		REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE
SEGLUROMET 7.5 MG-1,000 MG TABLET[NP]	*		REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE
SEGLUROMET 7.5 MG-500 MG TABLET[NP]	*		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]	*		REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE
sitagliptin 100 mg-metformin er 1,000 mg tablet,extend rel 24h mphase	1	ST	REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	GRUPO DE NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
sitagliptin 25 mg tablet[NP]	*		REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE
sitagliptin 50 mg tablet[NP]	*		REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE
sitagliptin 50 mg-metformin 1,000 mg tablet[NP]	*		REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE
sitagliptin 50 mg-metformin 500 mg tablet[NP]	*		REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE
sitagliptin 50 mg-metformin er 1,000 mg tablet,extended rel 24h mphase	1	ST	REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE
sitagliptin 50 mg-metformin er 500 mg tablet,extended rel 24hr mphase	1	ST	REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE
sitagliptin phos 100 mg-metformin er 1,000 mg tablet,extend rel 24h mp[NP]	*		REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE
sitagliptin phos 50 mg-metformin er 1,000 mg tablet,extend rel 24h mp[NP]	*		REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE
sitagliptin phos 50 mg-metformin er 500 mg tablet,extended rel 24h mp[NP]	*		REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE
sitagliptin phosphate 100 mg tablet	1	ST	REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE
sitagliptin phosphate 25 mg tablet	1	ST	REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE
sitagliptin phosphate 50 mg tablet	1	ST	REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE
sitagliptin phosphate 50 mg-metformin 1,000 mg tablet	1	ST	REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE
sitagliptin phosphate 50 mg-metformin 500 mg tablet	1	ST	REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE
SOLIQUA 100/33 100 UNIT-33 MCG/ML SUBCUTANEOUS INSULIN PEN	1	PA,QL(15 cada 24 dÍas)	REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE
STEGLATRO 15 MG TABLET[NP]	*		REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE
STEGLATRO 5 MG TABLET[NP]	*		REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE
STEGLUJAN 15 MG-100 MG TABLET[NP]	*		REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE
STEGLUJAN 5 MG-100 MG TABLET[NP]	*		REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE
SYNJARDY 12.5 MG-1,000 MG TABLET	1		REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE
SYNJARDY 12.5 MG-500 MG TABLET	1		REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE
SYNJARDY 5 MG-1,000 MG TABLET	1		REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE
SYNJARDY 5 MG-500 MG TABLET	1		REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE
SYNJARDY XR 10 MG-1,000 MG TABLET, EXTENDED RELEASE[NP]	*		REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE
SYNJARDY XR 12.5 MG-1,000 MG TABLET, EXTENDED RELEASE[NP]	*		REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE
SYNJARDY XR 25 MG-1,000 MG TABLET, EXTENDED RELEASE[NP]	*		REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE
SYNJARDY XR 5 MG-1,000 MG TABLET, EXTENDED RELEASE[NP]	*		REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	GRUPO DE NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
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	ST	REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE
TRESIBA FLEXTOUCH U-100 INSULIN 100 UNIT/ML (3 ML) SUBCUTANEOUS PEN	1		REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE
TRESIBA FLEXTOUCH U-200 INSULIN 200 UNIT/ML (3 ML) SUBCUTANEOUS PEN	1		REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE
TRESIBA U-100 INSULIN 100 UNIT/ML SUBCUTANEOUS SOLUTION	1		REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE
TRIJARDY XR 10 MG-5 MG-1,000 MG TABLET, EXTENDED RELEASE[NP]	*		REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE
TRIJARDY XR 12.5 MG-2.5 MG-1,000 MG TABLET, EXTENDED RELEASE[NP]	*		REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE
TRIJARDY XR 25 MG-5 MG-1,000 MG TABLET, EXTENDED RELEASE[NP]	*		REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE
TRIJARDY XR 5 MG-2.5 MG-1,000 MG TABLET, EXTENDED RELEASE[NP]	*		REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE
TRULICITY 0.75 MG/0.5 ML SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR	1	PA,QL(4 cada 28 días)	REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE
TRULICITY 1.5 MG/0.5 ML SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR	1	PA,QL(2 cada 28 días)	REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE
TRULICITY 3 MG/0.5 ML SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR	1	PA,QL(2 cada 28 días)	REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE
TRULICITY 4.5 MG/0.5 ML SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR	1	PA,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	PA,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	PA,QL(9 cada 30 días)	REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE
XIGDUO XR 10 MG-1,000 MG TABLET,EXTENDED RELEASE	1		REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE
XIGDUO XR 10 MG-500 MG TABLET,EXTENDED RELEASE	1		REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE
XIGDUO XR 2.5 MG-1,000 MG TABLET,EXTENDED RELEASE	1		REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE
XIGDUO XR 5 MG-1,000 MG TABLET,EXTENDED RELEASE	1		REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE
XIGDUO XR 5 MG-500 MG TABLET,EXTENDED RELEASE	1		REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE
XULTOPHY 100/3.6 100 UNIT-3.6 MG/ML (3 ML) SUBCUTANEOUS INSULIN PEN[NP]	*	PA,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]	*		REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE
ZITUVIMET 50 MG-500 MG TABLET[NP]	*		REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE
ZITUVIMET XR 100 MG-1,000 MG TABLET,EXTENDED RELEASE[NP]	*		REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	GRUPO DE NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
ZITUVIMET XR 50 MG-1,000 MG TABLET,EXTENDED RELEASE[NP]	*		REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE
ZITUVIMET XR 50 MG-500 MG TABLET,EXTENDED RELEASE[NP]	*		REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE
ZITUVIO 100 MG TABLET[NP]	*		REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE
ZITUVIO 25 MG TABLET[NP]	*		REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE
ZITUVIO 50 MG TABLET[NP]	*		REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE
AMRIX 15 MG CAPSULE,EXTENDED RELEASE[NP]	*		RELAJANTES DEL MÚSCULO ESQUELÉTICO
AMRIX 30 MG CAPSULE,EXTENDED RELEASE[NP]	*		RELAJANTES DEL MÚSCULO ESQUELÉTICO
carisoprodol 250 mg tablet[NP]	*	PA,QL(120 cada 30 dÍas)	RELAJANTES DEL MÚSCULO ESQUELÉTICO
carisoprodol 350 mg tablet[NP]	*	PA,QL(120 cada 30 dÍas)	RELAJANTES DEL MÚSCULO ESQUELÉTICO
chlorzoxazone 250 mg tablet	1		RELAJANTES DEL MÚSCULO ESQUELÉTICO
chlorzoxazone 375 mg tablet	1		RELAJANTES DEL MÚSCULO ESQUELÉTICO
chlorzoxazone 500 mg tablet	1		RELAJANTES DEL MÚSCULO ESQUELÉTICO
chlorzoxazone 750 mg tablet	1		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		RELAJANTES DEL MÚSCULO ESQUELÉTICO
cyclobenzaprine er 15 mg capsule,extended release 24 hr[NP]	*		RELAJANTES DEL MÚSCULO ESQUELÉTICO
cyclobenzaprine er 30 mg capsule,extended release 24 hr[NP]	*		RELAJANTES DEL MÚSCULO ESQUELÉTICO
FEXMID 7.5 MG TABLET[NP]	*		RELAJANTES DEL MÚSCULO ESQUELÉTICO
metaxalone 400 mg tablet[NP]	*		RELAJANTES DEL MÚSCULO ESQUELÉTICO
METAXALONE 640 MG TABLET[NP]	*		RELAJANTES DEL MÚSCULO ESQUELÉTICO
metaxalone 800 mg tablet[NP]	*		RELAJANTES DEL MÚSCULO ESQUELÉTICO
methocarbamol 1,000 mg tablet	1		RELAJANTES DEL MÚSCULO ESQUELÉTICO
methocarbamol 100 mg/ml injection solution	1		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]	*		RELAJANTES DEL MÚSCULO ESQUELÉTICO

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	GRUPO DE NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
NORGESIC FORTE 50 MG-770 MG-60 MG TABLET[NP]	*		RELAJANTES DEL MÚSCULO ESQUELÉTICO
orphenadrine citrate 30 mg/ml injection solution	1		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[NP]	*		RELAJANTES DEL MÚSCULO ESQUELÉTICO
orphengesic forte 50 mg-770 mg-60 mg tablet[NP]	*		RELAJANTES DEL MÚSCULO ESQUELÉTICO
ROBAXIN 100 MG/ML INJECTION SOLUTION[NP]	*		RELAJANTES DEL MÚSCULO ESQUELÉTICO
SOMA 250 MG TABLET[NP]	*	PA,QL(120 cada 30 días)	RELAJANTES DEL MÚSCULO ESQUELÉTICO
SOMA 350 MG TABLET[NP]	*	PA,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
24 hour nasal allergy 55 mcg spray aerosol[OTC]	1		TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES
24hour allergy 10 mg tablet[OTC]	1		TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES
ACCOLATE 10 MG TABLET[NP]	*		TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES
ACCOLATE 20 MG TABLET[NP]	*		TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES
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[NP]	*	PA,QL(60 cada 30 días)	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES
ADEMPAS 0.5 MG TABLET[NP]	*	PA,QL(900 cada 30 días)	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES
ADEMPAS 1 MG TABLET[NP]	*	PA,QL(225 cada 30 días)	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES
ADEMPAS 1.5 MG TABLET[NP]	*	PA,QL(100 cada 30 días)	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES
ADEMPAS 2 MG TABLET[NP]	*	PA,QL(57 cada 30 días)	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	GRUPO DE NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
ADEMPAS 2.5 MG TABLET[NP]	*	PA,QL(36 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
AIRDUO DIGIHALER 113 MCG-14 MCG/ACTUATION BREATH ACT,POWDER SENSOR[NP]	*	QL(1 cada 30 días)	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES
AIRDUO DIGIHALER 232 MCG-14 MCG/ACTUATION BREATH ACT,POWDER SENSOR[NP]	*	QL(1 cada 30 días)	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES
AIRDUO RESPICLICK 113 MCG-14 MCG/ACTUATION BREATH ACTIVATED[NP]	*	QL(1 cada 30 días)	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES
AIRDUO RESPICLICK 232 MCG-14 MCG/ACTUATION BREATH ACTIVATED[NP]	*	QL(1 cada 30 días)	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES
AIRDUO RESPICLICK 55 MCG-14 MCG/ACTUATION BREATH ACTIVATED[NP]	*	QL(1 cada 30 días)	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES
AIRSUPRA 90 MCG-80 MCG/ACTUATION HFA AEROSOL INHALER[NP]	*	QL(21.4 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
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	1		TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	GRUPO DE NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
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 concentrate 5 mg/ml(0.5 %) solution for nebulization	1		TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES
albuterol sulfate hfa 90 mcg/actuation aerosol inhaler[NP]	*	QL(54 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 tablet[OTC]	1		TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES
ALLEGRA ALLERGY 180 MG TABLET[OTC]	1		TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES
ALLEGRA ALLERGY 60 MG TABLET[OTC]	1		TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES
ALLEGRA HIVES 180 MG TABLET[OTC]	1		TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES
ALLER-CHLOR 4 MG TABLET[OTC]	1	QL(180 cada 30 días)	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES
aller-ease 180 mg tablet[OTC]	1		TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES
aller-fex 180 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 (chlorpheniramine) 4 mg tablet[OTC]	1	QL(180 cada 30 días)	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	GRUPO DE NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
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
allergy 12.5 mg/5 ml oral liquid OTC	1		TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES
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 tablet OTC	1		TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES
allergy relief (cetirizine) 5 mg tablet OTC	1		TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES
allergy relief (chlorpheniramine) 4 mg tablet OTC	1	QL(180 cada 30 dÍas)	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 tablet OTC	1		TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES
allergy relief (fexofenadine) 180 mg tablet OTC	1		TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES
allergy relief (fexofenadine) 60 mg tablet OTC	1		TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES
allergy relief (loratadine) 10 mg disintegrating tablet OTC	1		TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES
allergy relief (loratadine) 10 mg tablet OTC	1		TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES
allergy relief (loratadine) 5 mg/5 ml oral solution OTC	1	QL(300 cada 30 dÍas)	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	GRUPO DE NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
allergy-hives relief 180 mg tablet[OTC]	1		TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES
allergy-time 4 mg tablet[OTC]	1	QL(180 cada 30 días)	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES
ALVESCO 160 MCG/ACTUATION AEROSOL INHALER[NP]	*		TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES
ALVESCO 80 MCG/ACTUATION AEROSOL INHALER[NP]	*		TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES
alyq 20 mg tablet	1	PA,QL(60 cada 30 días)	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES
ambrisentan 10 mg tablet[NP]	*	PA,QL(30 cada 30 días)	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES
ambrisentan 5 mg tablet[NP]	*	PA,QL(60 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
arformoterol 15 mcg/2 ml solution for nebulization[NP]	*		TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES
ARMONAIR DIGIHALER 113 MCG/ACTUATION AEROSOL POWDER BREATH ACT, SENSOR[NP]	*		TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES
ARMONAIR DIGIHALER 232 MCG/ACTUATION AEROSOL POWDER BREATH ACT, SENSOR[NP]	*		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	1	QL(13 cada 30 días)	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES
ASMANEX HFA 200 MCG/ACTUATION AEROSOL INHALER	1	QL(13 cada 30 días)	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES
ASMANEX HFA 50 MCG/ACTUATION AEROSOL INHALER	1	QL(13 cada 30 días)	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES
ASMANEX TWISTHALER 110 MCG/ACTUATION(30 DOSES) BREATH ACTIVATED INHALR	1	QL(1 cada 30 días)	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	GRUPO DE NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
ASMANEX TWISTHALER 220 MCG/ACTUATION(120 DOSES) BREATH ACTIVATED INHLR	1	QL(1 cada 30 dÍas)	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES
ASMANEX TWISTHALER 220 MCG/ACTUATION(14 DOSES) BREATH ACTIVATED INHALR	1	QL(1 cada 30 dÍas)	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES
ASMANEX TWISTHALER 220 MCG/ACTUATION(30 DOSES) BREATH ACTIVATED INHALR	1	QL(1 cada 30 dÍas)	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES
ASMANEX TWISTHALER 220 MCG/ACTUATION(60 DOSES) BREATH ACTIVATED INHALR	1	QL(1 cada 30 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[NP]	*		TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES
AUVI-Q 0.15 MG/0.15 ML AUTO-INJECTOR (FOR 33 LB TO 66 LB PATIENTS)[NP]	*		TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES
AUVI-Q 0.3 MG/0.3 ML INJECTION, AUTO-INJECTOR[NP]	*		TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES
azelastine 137 mcg (0.1 %) nasal spray	1		TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES
azelastine 137 mcg-fluticasone 50 mcg/spray nasal spray[NP]	*		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
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
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	1	PA,QL(60 cada 30 dÍas)	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	GRUPO DE NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
bosentan 32 mg tablet for oral suspension	1	PA,QL(120 cada 30 días)	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES
bosentan 62.5 mg tablet	1	PA,QL(120 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]	*		TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES
budesonide 0.25 mg/2 ml suspension for nebulization	1	QL(120 cada 30 días)	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES
budesonide 0.5 mg/2 ml suspension for nebulization	1	QL(120 cada 30 días)	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES
budesonide 1 mg/2 ml suspension for nebulization	1	QL(60 cada 30 días)	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES
budesonide 32 mcg/actuation nasal spray[OTC]	1		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
carbinoxamine 4 mg tablet	1		TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES
carbinoxamine 4 mg/5 ml oral liquid	1		TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	GRUPO DE NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
cetirizine 1 mg/ml oral solution	1	QL(300 cada 30 días)	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES
cetirizine 1 mg/ml oral solution OTC	1	QL(300 cada 30 días)	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES
cetirizine 10 mg 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
children's all day allergy (cetirizine) 1 mg/ml oral solution OTC	1	QL(300 cada 30 días)	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES
CHILDREN'S ALLEGRA ALLERGY 30 MG/5 ML ORAL SUSPENSION OTC	1	ST,QL(900 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/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 (fexofenadine) 30 mg/5 ml oral suspension OTC	1	ST,QL(900 cada 30 días)	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES
children's allergy relief (loratadine) 5 mg/5 ml oral solution OTC	1	QL(300 cada 30 días)	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 CLARITIN 5 MG/5 ML ORAL SOLUTION OTC	1	QL(300 cada 30 días)	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-fex 30 mg/5 ml oral suspension OTC	1	ST,QL(900 cada 30 días)	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	GRUPO DE NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
children's wal-zyr 1 mg/ml oral solution[OTC]	1	QL(300 cada 30 dÍas)	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES
CHILDREN'S ZYRTEC ALLERGY 1 MG/ML ORAL SOLUTION[OTC]	1	QL(300 cada 30 dÍas)	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES
chlorpheniramine 4 mg tablet[OTC]	1	QL(180 cada 30 dÍas)	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES
chlortabs 4 mg tablet[OTC]	1	QL(180 cada 30 dÍas)	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES
CINQAIR 10 MG/ML INTRAVENOUS SOLUTION[NP]	*	PA	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES
CLARINEX 5 MG TABLET[NP]	*		TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES
CLARITIN 10 MG TABLET[OTC]	1		TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES
CLARITIN 5 MG/5 ML ORAL SOLUTION[OTC]	1	QL(300 cada 30 dÍas)	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES
CLARITIN REDITABS 10 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	1	QL(8 cada 30 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 5.2 mg/spray (4 %) nasal spray[OTC]	1		TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES
cyproheptadine 2 mg/5 ml oral syrup	1		TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES
cyproheptadine 4 mg tablet	1		TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	GRUPO DE NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
desloratadine 0.5 mg/ml oral solution[NP]	*	QL(300 cada 30 dÍas)	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES
desloratadine 2.5 mg disintegrating tablet[NP]	*		TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES
desloratadine 5 mg disintegrating tablet[NP]	*		TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES
desloratadine 5 mg tablet[NP]	*		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 12.5 mg/5 ml oral elixir	1		TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES
diphen 25 mg tablet[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
DULERA 200 MCG-5 MCG/ACTUATION HFA AEROSOL INHALER	1	QL(13 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

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	GRUPO DE NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
DYMISTA 137 MCG-50 MCG/SPRAY NASAL SPRAY	1		TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES
ed chlorped jr 2 mg/5 ml oral syrup[OTC]	1	QL(900 cada 30 días)	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES
epinephrine (jr) 0.15 mg/0.3 ml injection,auto-injector	1		TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES
epinephrine 0.15 mg/0.15 ml auto-injector (for 33 to 66 lb patients)	1		TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES
epinephrine 0.3 mg/0.3 ml injection, auto-injector	1		TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES
EPIPEN 0.3 MG/0.3 ML INJECTION, AUTO-INJECTOR[NP]	*		TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES
EPIPEN 2-PAK 0.3 MG/0.3 ML INJECTION, AUTO-INJECTOR[NP]	*		TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES
EPIPEN JR 2-PAK 0.15 MG/0.3 ML INJECTION,AUTO-INJECTOR[NP]	*		TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES
FASENRA 10 MG/0.5 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE	1	PA	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES
FASENRA 30 MG/ML SUBCUTANEOUS SYRINGE	1	PA	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES
FASENRA PEN 30 MG/ML SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR	1	PA	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES
fexofenadine 180 mg tablet[OTC]	1		TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES
fexofenadine 60 mg tablet[OTC]	1		TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES
flunisolide 25 mcg (0.025 %) nasal spray[NP]	*		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

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	GRUPO DE NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
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[NP]	*	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[NP]	*	QL(30 cada 30 días)	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES
fluticasone furoate 50 mcg/actuation blister powder for inhalation[NP]	*	QL(30 cada 30 días)	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES
fluticasone propionate 100 mcg/actuation blister powder for inhalation	1		TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES
fluticasone propionate 110 mcg/actuation hfa aerosol inhaler	1		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		TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES
fluticasone propionate 230 mcg-salmeterol 21 mcg/actuation hfa inhaler[NP]	*	QL(12 cada 30 días)	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES
fluticasone propionate 250 mcg/actuation blister powder for inhalation	1		TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES
fluticasone propionate 44 mcg/actuation hfa aerosol inhaler	1		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		TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES
fluticasone propionate 50 mcg/actuation nasal spray,suspension	1		TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES
fluticasone propionate 50 mcg/actuation nasal spray,suspension[OTC]	1		TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	GRUPO DE NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
formoterol fumarate 20 mcg/2 ml solution for nebulization[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
GRASTEK 2,800 BAU SUBLINGUAL TABLET	1	PA	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES
hydroxyzine pamoate 100 mg capsule	1	QL(120 cada 30 días)	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES
hydroxyzine pamoate 25 mg capsule	1	QL(120 cada 30 días)	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES
hydroxyzine pamoate 50 mg capsule	1	QL(120 cada 30 días)	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES
hyper-sal 7 % solution for nebulization	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	QL(270 cada 30 días)	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES
ipratropium bromide 0.02 % solution for inhalation	1	QL(125 cada 30 días)	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES
ipratropium bromide 17 mcg/actuation hfa aerosol inhaler[NP]	*	QL(25.8 cada 30 días)	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES
ipratropium bromide 21 mcg (0.03 %) nasal spray	1		TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES
ipratropium bromide 42 mcg (0.06 %) nasal spray	1		TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES
LETAIRIS 10 MG TABLET[NP]	*	PA,QL(30 cada 30 días)	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES
LETAIRIS 5 MG TABLET[NP]	*	PA,QL(60 cada 30 días)	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES
levalbuterol 0.31 mg/3 ml solution for nebulization[NP]	*	QL(150 cada 180 días)	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES
levalbuterol 0.63 mg/3 ml solution for nebulization[NP]	*	QL(150 cada 180 días)	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	GRUPO DE NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
levalbuterol 1.25 mg/3 ml solution for nebulization[NP]	*	QL(150 cada 180 días)	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES
levalbuterol concentrate 1.25 mg/0.5 ml solution for nebulization[NP]	*	QL(60 cada 180 días)	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES
levalbuterol hfa 45 mcg/actuation aerosol inhaler[NP]	*	QL(45 cada 30 días)	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES
levocetirizine 2.5 mg/5 ml oral solution	1	ST,QL(300 cada 30 días)	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES
levocetirizine 5 mg tablet[OTC]	1		TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES
levocetirizine 5 mg tablet	1		TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES
LIQREV 10 MG/ML ORAL SUSPENSION[NP]	*		TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES
loradamed 10 mg 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	QL(300 cada 30 días)	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES
m-dryl 12.5 mg/5 ml oral liquid[OTC]	1		TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES
macitentan 10 mg tablet[NP]	*	PA,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]	*		TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES
mometasone 50 mcg/actuation nasal spray[NP]	*		TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES
montelukast 10 mg tablet	1		TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES
montelukast 4 mg chewable tablet	1		TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	GRUPO DE NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
montelukast 4 mg oral granules in packet[NP]	*		TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES
montelukast 5 mg chewable tablet	1		TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES
naramin 12.5 mg/5 ml oral liquid in packet[OTC]	1		TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES
nasal allergy 55 mcg spray aerosol[OTC]	1		TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES
NASALCROM 5.2 MG/SPRAY (4 %) SPRAY[OTC]	1		TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES
nebusal 3 % solution for nebulization	1		TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES
NEFFY 1 MG/SPRAY (0.1 ML) NASAL SPRAY[NP]	*		TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES
NEFFY 2 MG/SPRAY (0.1 ML) NASAL SPRAY[NP]	*		TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES
nighttime allergy relief 25 mg tablet[OTC]	1		TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES
NUCALA 100 MG SUBCUTANEOUS SOLUTION	1	PA	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES
NUCALA 100 MG/ML SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR	1	PA	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES
NUCALA 100 MG/ML SUBCUTANEOUS SYRINGE	1	PA	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES
NUCALA 40 MG/0.4 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE	1	PA	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES
ODACTRA 12 SQ-HDM SUBLINGUAL TABLET	1	PA	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES
olopatadine 0.6 % nasal spray[NP]	*		TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES
OMNARIS 50 MCG NASAL SPRAY	1		TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES
OPSUMIT 10 MG TABLET[NP]	*	PA,QL(30 cada 30 dÍas)	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES
OPSYNVI 10 MG-20 MG TABLET[NP]	*	PA,QL(30 cada 30 dÍas)	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	GRUPO DE NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
OPSYNVI 10 MG-40 MG TABLET[NP]	*	PA,QL(30 cada 30 dÍas)	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES
ORALAIR 100 INDEX OF REACTIVITY SUBLINGUAL TABLET	1	PA	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES
ORALAIR 100 INDEX OF REACTIVITY(3)/300 IDX REACT.(6) SUBLINGUAL TABLET	1	PA	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES
ORALAIR 300 IR SUBLINGUAL TABLET	1	PA	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES
ORENITRAM 0.125 MG TABLET,EXTENDED RELEASE[NP]	*	PA	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES
ORENITRAM 0.25 MG TABLET,EXTENDED RELEASE[NP]	*	PA	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES
ORENITRAM 1 MG TABLET,EXTENDED RELEASE[NP]	*	PA	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES
ORENITRAM 2.5 MG TABLET,EXTENDED RELEASE[NP]	*	PA	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES
ORENITRAM 5 MG TABLET, EXTENDED RELEASE[NP]	*	PA	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES
ORENITRAM MONTH 1 TITRATION 0.125 MG (126)-0.25 MG (42) TABLET,ER DSPK[NP]	*	PA,QL(168 cada 90 dÍas)	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES
ORENITRAM MONTH 2 TITRATION 0.125 MG (126)-0.25 MG(210) TABLET,ER DSPK[NP]	*	PA,QL(336 cada 90 dÍas)	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES
ORENITRAM MONTH 3 TITRATION 0.125MG(126)-0.25MG(42)-1MG TABLET,ER DSPK[NP]	*	PA,QL(252 cada 90 dÍas)	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES
PERFOROMIST 20 MCG/2 ML SOLUTION FOR NEBULIZATION[NP]	*		TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES
pharbechlor 4 mg tablet[OTC]	1	QL(180 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
PROAIR DIGIHALER 90 MCG/ACTUATION AEROSOL POWDER BREATH ACT, SENSOR[NP]	*	QL(3 cada 30 dÍas)	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES
PROAIR RESPICLICK 90 MCG/ACTUATION BREATH ACTIVATED[NP]	*	QL(3 cada 30 dÍas)	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	GRUPO DE NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
PULMICORT 0.25 MG/2 ML SUSPENSION FOR NEBULIZATION[NP]	*	QL(120 cada 30 dÍas)	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES
PULMICORT 0.5 MG/2 ML SUSPENSION FOR NEBULIZATION[NP]	*	QL(120 cada 30 dÍas)	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES
PULMICORT 1 MG/2 ML SUSPENSION FOR NEBULIZATION[NP]	*	QL(60 cada 30 dÍas)	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES
PULMICORT FLEXHALER 180 MCG/ACTUATION BREATH ACTIVATED	1		TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES
PULMICORT FLEXHALER 90 MCG/ACTUATION BREATH ACTIVATED	1		TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES
pulmosal 7 % solution for nebulization	1		TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES
PULMOZYME 1 MG/ML SOLUTION FOR INHALATION	1	PA	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES
QNASL 40 MCG/ACTUATION NASAL AEROSOL SPRAY[NP]	*		TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES
QNASL 80 MCG/ACTUATION NASAL AEROSOL SPRAY[NP]	*		TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES
QVAR REDIHALER 40 MCG/ACTUATION HFA BREATH ACTIVATED AEROSOL	1		TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES
QVAR REDIHALER 80 MCG/ACTUATION HFA BREATH ACTIVATED AEROSOL	1		TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES
RAGWITEK 12 AMB A 1 UNIT SUBLINGUAL TABLET	1	PA	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES
REVATIO 10 MG/12.5 ML INTRAVENOUS SOLUTION[NP]	*	PA,QL(2250 cada 30 dÍas)	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES
REVATIO 20 MG TABLET[NP]	*	PA,QL(90 cada 30 dÍas)	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES
RYALTRIS 665 MCG-25 MCG/SPRAY NASAL SPRAY[NP]	*		TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES
SEREVENT DISKUS 50 MCG/DOSE POWDER FOR INHALATION	1		TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES
sildenafil (pulmonary hypertension) 10 mg/12.5 ml intravenous solution	1	PA,QL(2250 cada 30 dÍas)	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES
sildenafil (pulmonary hypertension) 10 mg/ml oral powdr for suspension	1	PA,QL(180 cada 30 dÍas)	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	GRUPO DE NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
sildenafil (pulmonary hypertension) 20 mg tablet	1	PA,QL(90 cada 30 días)	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES
SINGULAIR 10 MG TABLET[NP]	*		TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES
SINGULAIR 4 MG CHEWABLE TABLET[NP]	*		TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES
SINGULAIR 4 MG ORAL GRANULES IN PACKET[NP]	*		TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES
SINGULAIR 5 MG CHEWABLE TABLET[NP]	*		TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES
sodium chloride 0.9 % for nebulization	1		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 30 días)	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES
SPIRIVA RESPIMAT 2.5 MCG/ACTUATION SOLUTION FOR INHALATION	1	ST,QL(4 cada 30 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 30 días)	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES
STRIVERDI RESPIMAT 2.5 MCG/ACTUATION SOLUTION FOR INHALATION[NP]	*		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
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	1	PA,QL(300 cada 30 días)	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	GRUPO DE NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
terbutaline 2.5 mg tablet[NP]	*		TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES
terbutaline 5 mg tablet[NP]	*		TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES
theophylline 80 mg/15 ml oral elixir	1		TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES
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[NP]	*	QL(30 cada 30 días)	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES
TRACLEER 125 MG TABLET[NP]	*	PA,QL(60 cada 30 días)	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES
TRACLEER 32 MG TABLET FOR ORAL SUSPENSION[NP]	*	PA,QL(120 cada 30 días)	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES
TRACLEER 62.5 MG TABLET[NP]	*	PA,QL(120 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
triamcinolone acetonide 55 mcg nasal spray aerosol[OTC]	1		TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES
TUDORZA PRESSAIR 400 MCG/ACTUATION BREATH ACTIVATED[NP]	*	QL(1 cada 30 días)	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	GRUPO DE NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
TYVASO 1.74 MG/2.9 ML (0.6 MG/ML) SOLUTION FOR NEBULIZATION[NP]	*	PA	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES
TYVASO DPI 16 (112)-32 (112)-48 (28) MCG CARTRIDGE WITH INHALER[NP]	*	PA	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES
TYVASO DPI 16 MCG CARTRIDGE WITH INHALER[NP]	*	PA	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES
TYVASO DPI 32 MCG CARTRIDGE WITH INHALER[NP]	*	PA	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES
TYVASO DPI 32 MCG-64 MCG CARTRIDGE WITH INHALER[NP]	*	PA	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES
TYVASO DPI 48 MCG CARTRIDGE WITH INHALER[NP]	*	PA	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES
TYVASO DPI 48 MCG-64 MCG CARTRIDGE WITH INHALER[NP]	*	PA	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES
TYVASO DPI 48 MCG-80 MCG CARTRIDGE WITH INHALER[NP]	*	PA	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES
TYVASO DPI 64 MCG CARTRIDGE WITH INHALER[NP]	*	PA	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES
TYVASO DPI 80 MCG CARTRIDGE WITH INHALER[NP]	*	PA	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES
TYVASO INSTITUTIONAL STARTER KIT 1.74 MG/2.9 ML SOLN FOR NEBULIZATION[NP]	*	PA	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES
TYVASO REFILL KIT 1.74 MG/2.9 ML (0.6 MG/ML) SOLUTION FOR NEBULIZATION[NP]	*	PA	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES
TYVASO STARTER KIT 1.74 MG/2.9 ML SOLUTION FOR NEBULIZATION[NP]	*	PA	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES
umeclidinium 62.5 mcg-vilanterol 25 mcg/actuation powdr for inhalation[NP]	*	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]	*	PA	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES
UPTRAVI 1,200 MCG TABLET[NP]	*	PA	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES
UPTRAVI 1,400 MCG TABLET[NP]	*	PA	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	GRUPO DE NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
UPTRAVI 1,600 MCG TABLET[NP]	*	PA	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES
UPTRAVI 1,800 MCG INTRAVENOUS SOLUTION[NP]	*	PA	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES
UPTRAVI 100 MCG TABLET[NP]	*	PA	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES
UPTRAVI 150 MCG TABLET[NP]	*	PA	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES
UPTRAVI 200 MCG (140)-800 MCG (60) TABLETS IN A DOSE PACK[NP]	*	PA	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES
UPTRAVI 200 MCG TABLET[NP]	*	PA	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES
UPTRAVI 400 MCG TABLET[NP]	*	PA	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES
UPTRAVI 600 MCG TABLET[NP]	*	PA	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES
UPTRAVI 800 MCG TABLET[NP]	*	PA	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES
VENTAVIS 10 MCG/ML SOLUTION FOR NEBULIZATION[NP]	*		TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES
VENTAVIS 20 MCG/ML SOLUTION FOR NEBULIZATION[NP]	*		TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES
VENTOLIN HFA 90 MCG/ACTUATION AEROSOL INHALER	1	QL(54 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-fex allergy 180 mg tablet[OTC]	1		TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES
wal-fex allergy 60 mg tablet[OTC]	1		TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES
wal-finate 4 mg tablet[OTC]	1	QL(180 cada 30 días)	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	GRUPO DE NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
wal-itin 10 mg tablet[OTC]	1		TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES
wal-itin 5 mg/5 ml oral solution[OTC]	1	QL(300 cada 30 días)	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 tablet[OTC]	1		TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES
WINREVAIR 120 MG (60 MG X 2) SUBCUTANEOUS KIT[NP]	*	PA	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES
WINREVAIR 45 MG SUBCUTANEOUS KIT[NP]	*	PA	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES
WINREVAIR 60 MG SUBCUTANEOUS KIT[NP]	*	PA	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES
WINREVAIR 90 MG (45 MG X 2) SUBCUTANEOUS KIT[NP]	*	PA	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
XOPENEX HFA 45 MCG/ACTUATION AEROSOL INHALER	1	ST,QL(45 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]	*	PA	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES
YUTREPIA 26.5 MCG CAPSULE WITH INHALATION DEVICE[NP]	*	PA	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES
YUTREPIA 53 MCG CAPSULE WITH INHALATION DEVICE[NP]	*	PA	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES
YUTREPIA 79.5 MCG CAPSULE WITH INHALATION DEVICE[NP]	*	PA	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES
zafirlukast 10 mg tablet[NP]	*		TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	GRUPO DE NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
zafirlukast 20 mg tablet[NP]	*		TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES
zileuton er 600 mg tablet,extended release 12hr mphase[NP]	*		TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES
ZYFLO 600 MG TABLET[NP]	*		TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES
ZYRTEC 10 MG TABLET[OTC]	1		TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES
ZYRTEC 5 MG TABLET[OTC]	1		TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES
betaine 1 gram/scoop oral powder	1		TRASTORNO GENÉTICO O ENZIMÁTICO O PROTEICO: DE REEMPLAZO, MODIFICADORES, TRATAMIENTO
BUPHENYL 0.94 GRAM/GRAM ORAL POWDER[NP]	*	PA,QL(532 cada 25 días)	TRASTORNO GENÉTICO O ENZIMÁTICO O PROTEICO: DE REEMPLAZO, MODIFICADORES, TRATAMIENTO
BUPHENYL 500 MG TABLET[NP]	*	PA,QL(1000 cada 25 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
CREON 6,000-19,000-30,000 UNIT CAPSULE,DELAYED RELEASE	1		TRASTORNO GENÉTICO O ENZIMÁTICO O PROTEICO: DE REEMPLAZO, MODIFICADORES, TRATAMIENTO

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	GRUPO DE NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
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
glycerol phenylbutyrate 1.1 gram/ml oral liquid[NP]	*	PA,QL(525 cada 25 días)	TRASTORNO GENÉTICO O ENZIMÁTICO O PROTEICO: DE REEMPLAZO, MODIFICADORES, TRATAMIENTO
OLPRUVA 2 GRAM ORAL PELLETS IN PACKET[NP]	*	PA,QL(180 cada 30 días)	TRASTORNO GENÉTICO O ENZIMÁTICO O PROTEICO: DE REEMPLAZO, MODIFICADORES, TRATAMIENTO
OLPRUVA 3 GRAM ORAL PELLETS IN PACKET[NP]	*	PA,QL(180 cada 30 días)	TRASTORNO GENÉTICO O ENZIMÁTICO O PROTEICO: DE REEMPLAZO, MODIFICADORES, TRATAMIENTO
OLPRUVA 4 GRAM ORAL PELLETS IN PACKET[NP]	*	PA,QL(270 cada 30 días)	TRASTORNO GENÉTICO O ENZIMÁTICO O PROTEICO: DE REEMPLAZO, MODIFICADORES, TRATAMIENTO
OLPRUVA 5 GRAM ORAL PELLETS IN PACKET[NP]	*	PA,QL(270 cada 30 días)	TRASTORNO GENÉTICO O ENZIMÁTICO O PROTEICO: DE REEMPLAZO, MODIFICADORES, TRATAMIENTO
OLPRUVA 6 GRAM ORAL PELLETS IN PACKET[NP]	*	PA,QL(270 cada 30 días)	TRASTORNO GENÉTICO O ENZIMÁTICO O PROTEICO: DE REEMPLAZO, MODIFICADORES, TRATAMIENTO
OLPRUVA 6.67 GRAM ORAL PELLETS IN PACKET[NP]	*	PA,QL(270 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[NP]	*		TRASTORNO GENÉTICO O ENZIMÁTICO O PROTEICO: DE REEMPLAZO, MODIFICADORES, TRATAMIENTO
PERTZYE 24,000-86,250-90,750 UNIT CAPSULE,DELAYED RELEASE[NP]	*		TRASTORNO GENÉTICO O ENZIMÁTICO O PROTEICO: DE REEMPLAZO, MODIFICADORES, TRATAMIENTO

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	GRUPO DE NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
PERTZYE 4,000 UNIT-14,375 UNIT-15,125 UNIT CAPSULE,DELAYED RELEASE[NP]	*		TRASTORNO GENÉTICO O ENZIMÁTICO O PROTEICO: DE REEMPLAZO, MODIFICADORES, TRATAMIENTO
PERTZYE 8,000 UNIT-28,750 UNIT-30,250 UNIT CAPSULE,DELAYED RELEASE[NP]	*		TRASTORNO GENÉTICO O ENZIMÁTICO O PROTEICO: DE REEMPLAZO, MODIFICADORES, TRATAMIENTO
PHEBURANE 483 MG/GRAM ORAL GRANULES	1	PA,QL(1218 cada 28 días)	TRASTORNO GENÉTICO O ENZIMÁTICO O PROTEICO: DE REEMPLAZO, MODIFICADORES, TRATAMIENTO
RAVICTI 1.1 GRAM/ML ORAL LIQUID[NP]	*	PA,QL(525 cada 25 días)	TRASTORNO GENÉTICO O ENZIMÁTICO O PROTEICO: DE REEMPLAZO, MODIFICADORES, TRATAMIENTO
sodium phenylbutyrate 0.94 gram/gram oral powder	1	PA,QL(532 cada 25 días)	TRASTORNO GENÉTICO O ENZIMÁTICO O PROTEICO: DE REEMPLAZO, MODIFICADORES, TRATAMIENTO
sodium phenylbutyrate 500 mg tablet	1	PA,QL(1000 cada 25 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
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]	*	PA	TRASTORNO GENÉTICO O ENZIMÁTICO O PROTEICO: DE REEMPLAZO, MODIFICADORES, TRATAMIENTO
VOXZOGO 0.56 MG SUBCUTANEOUS SOLUTION[NP]	*	PA	TRASTORNO GENÉTICO O ENZIMÁTICO O PROTEICO: DE REEMPLAZO, MODIFICADORES, TRATAMIENTO
VOXZOGO 1.2 MG SUBCUTANEOUS SOLUTION[NP]	*	PA	TRASTORNO GENÉTICO O ENZIMÁTICO O PROTEICO: DE REEMPLAZO, MODIFICADORES, TRATAMIENTO

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	GRUPO DE NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
VYNDAMAX 61 MG CAPSULE	1	PA	TRASTORNO GENÉTICO O ENZIMÁTICO O PROTEICO: DE REEMPLAZO, MODIFICADORES, TRATAMIENTO
YUVIWEL 1.3 MG SUBCUTANEOUS SOLUTION[NP]	*	PA	TRASTORNO GENÉTICO O ENZIMÁTICO O PROTEICO: DE REEMPLAZO, MODIFICADORES, TRATAMIENTO
YUVIWEL 2.8 MG SUBCUTANEOUS SOLUTION[NP]	*	PA	TRASTORNO GENÉTICO O ENZIMÁTICO O PROTEICO: DE REEMPLAZO, MODIFICADORES, TRATAMIENTO
YUVIWEL 5.5 MG SUBCUTANEOUS SOLUTION[NP]	*	PA	TRASTORNO GENÉTICO O ENZIMÁTICO O PROTEICO: DE REEMPLAZO, MODIFICADORES, TRATAMIENTO
ZENPEP 10,000 UNIT-32,000 UNIT-42,000 UNIT CAPSULE,DELAYED RELEASE	1		TRASTORNO GENÉTICO O ENZIMÁTICO O PROTEICO: DE REEMPLAZO, MODIFICADORES, TRATAMIENTO
ZENPEP 15,000 UNIT-47,000 UNIT-63,000 UNIT CAPSULE,DELAYED RELEASE	1		TRASTORNO GENÉTICO O ENZIMÁTICO O PROTEICO: DE REEMPLAZO, MODIFICADORES, TRATAMIENTO
ZENPEP 20,000 UNIT-63,000 UNIT-84,000 UNIT CAPSULE,DELAYED RELEASE	1		TRASTORNO GENÉTICO O ENZIMÁTICO O PROTEICO: DE REEMPLAZO, MODIFICADORES, TRATAMIENTO
ZENPEP 25,000 UNIT-79,000 UNIT-105,000 UNIT CAPSULE,DELAYED RELEASE	1		TRASTORNO GENÉTICO O ENZIMÁTICO O PROTEICO: DE REEMPLAZO, MODIFICADORES, TRATAMIENTO
ZENPEP 3,000 UNIT-10,000 UNIT-14,000 UNIT CAPSULE,DELAYED RELEASE	1		TRASTORNO GENÉTICO O ENZIMÁTICO O PROTEICO: DE REEMPLAZO, MODIFICADORES, TRATAMIENTO
ZENPEP 40,000 UNIT-126,000 UNIT-168,000 UNIT CAPSULE,DELAYED RELEASE	1		TRASTORNO GENÉTICO O ENZIMÁTICO O PROTEICO: DE REEMPLAZO, MODIFICADORES, TRATAMIENTO
ZENPEP 5,000 UNIT-17,000 UNIT-24,000 UNIT CAPSULE,DELAYED RELEASE	1		TRASTORNO GENÉTICO O ENZIMÁTICO O PROTEICO: DE REEMPLAZO, MODIFICADORES, TRATAMIENTO

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	GRUPO DE NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
ZENPEP 60,000-189,600-252,600 UNIT CAPSULE,DELAYED RELEASE	1		TRASTORNO GENÉTICO O ENZIMÁTICO O PROTEICO: DE REEMPLAZO, MODIFICADORES, TRATAMIENTO

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

Notas

Notas

Usted tiene a su disposición recursos y servicios auxiliares gratuitos. **866-274-5888 (TTY: 711)**, de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del este.

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 sean necesarios para garantizar la igualdad de oportunidades de participación. Los servicios incluyen intérpretes acreditados de lenguaje de señas, 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.

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

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

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

Nederlands (Dutch) Bel het bovenstaande nummer om gratis taalkundige hulp te ontvangen.

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

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

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

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

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

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

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

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

Srpsko-hrvatski (Serbo-Croatian) Nazovite gore navedeni broj ako želite besplatne usluge jezične pomoći.

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

Este aviso está disponible en **es-www.humana.com/IndianaDocuments**.

Humana Healthy Horizons in Indiana es un producto de Medicaid de Arcadian Health Plan, Inc.

INHMEDMSP_Approved