2026
Lista de medicamentos preferidos

Humana Healthy Horizons® in Oklahoma

POR FAVOR LEA: ESTE DOCUMENTO CONTIENE INFORMACIÓN ACERCA DE LOS MEDICAMENTOS CUBIERTOS POR ESTE PLAN. ESTE FORMULARIO FUE ACTUALIZADO EL 11/11/2026.

Humana Healthy Horizons® in Oklahoma | SoonerSelect

Lista de Medicamentos Preferidos de Humana Healthy Horizons

La Lista de Medicamentos Preferidos de Humana® (también conocida como formulario) entra en vigencia el 1 de enero de 2026. Esta es una lista completa y puede cambiar a lo largo del año.

¿Qué es la Lista de medicamentos preferidos?
Esta es una lista de los medicamentos por los que su plan pagará. Debe obtenerlos en una farmacia que trabaje con su plan. No tiene que pagar dinero extra por los medicamentos 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 a precios más bajos. La Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, por sus siglas en inglés) de los Estados Unidos verifica que los medicamentos genéricos sean seguros y tengan el mismo efecto que los medicamentos de marca.

Los medicamentos recetados se agrupan en uno de tres niveles. Los niveles son una forma de categorizar los medicamentos según su costo. Aunque los copagos son los mismos, los medicamentos de niveles más altos pueden tener límites adicionales, como terapia por fases o autorización previa.

- **Nivel 1** – Este nivel incluye medicamentos genéricos que suelen ser los menos costosos.
- **Nivel 2** – Este nivel incluye medicamentos de marca y medicamentos genéricos de costo más alto que son más
- costosos que los medicamentos del Nivel 1.
- **Nivel 3** – Este nivel incluye medicamentos de especialidad y otros medicamentos que son los más costosos.

¿La Lista de medicamentos preferidos puede cambiar?
Sí. Se añaden o se eliminan nuevos medicamentos 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** 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.

Recuerde: **MyHumana** solo muestra sus beneficios para ese día.

¿Existen límites para mis medicamentos?
Algunos medicamentos pueden tener límites o no ser preferidos.

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):** Para ayudarle a utilizar sus medicamentos correctamente es posible que usted tenga un límite en la cantidad de medicamentos que puede obtener de una sola vez. Los límites se basan en motivos de seguridad o salud, o en el tiempo que su médico quiere que lo tome (30, 60 o 90 días). 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 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 surtir un medicamento que cuesta más, se le puede pedir que pruebe al menos con otro medicamento primero.

Si su médico considera que no existe otra opción cubierta, puede llamar a Revisión de farmacia clínica de Humana al **800-555-2546** para solicitar una excepción. Respondemos las solicitudes en 24 horas.

Para obtener más información

Para obtener más información sobre su plan de medicamentos de Humana, 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 siguiente Lista de medicamentos preferidos le informa sobre 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 en letras MAYÚSCULAS y los nombres de los medicamentos genéricos están en letras minúsculas. Los medicamentos de venta sin receta (OTC, por sus siglas en inglés) están disponibles sin costo para usted con una receta válida.

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.

[MDO, por sus siglas en inglés] Medicamento de uso únicamente médico: Este medicamento solo se paga mediante su beneficio médico, no mediante su plan de farmacia. Algunos de estos medicamentos de uso médico están cubiertos, mientras que otros pueden requerir autorización previa. Para determinar si se necesita autorización previa, consulte la Lista de autorización previa (PAL, por sus siglas en inglés).

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	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	2	ST,QL(14 cada 14 días)	AGENTES ÓTICOS
ciprofloxacin 0.2 %-hydrocortisone 1 % ear drops,suspension	1		AGENTES ÓTICOS
ciprofloxacin 0.3 %-dexamethasone 0.1 % ear drops,suspension	2	ST,QL(7.5 cada 5 días)	AGENTES ÓTICOS
CLOTIC 1 % EAR DROPS IN A DROPPERETTE	3	PA,QL(28 cada 14 días)	AGENTES ÓTICOS
CORTISPORIN-TC 3.3 MG-3 MG-10 MG-0.5 MG/ML EAR DROPS,SUSPENSION	1	QL(10 cada 5 días)	AGENTES ÓTICOS
DERMOTIC OIL 0.01 % EAR DROPS	1	PA,QL(20 cada 5 días)	AGENTES ÓTICOS
fluocinolone acetonide oil 0.01 % ear drops	1	QL(20 cada 5 días)	AGENTES ÓTICOS
hydrocortisone-acetic acid 1 %-2 % ear drops	3	PA	AGENTES ÓTICOS
neomycin-polymyxin-hydrocort 3.5 mg-10,000 unit/ml-1 % ear drops,susp	2	ST	AGENTES ÓTICOS
neomycin-polymyxin-hydrocort 3.5 mg/ml-10,000 unit/ml-1 % ear solution	2	ST,QL(10 cada 5 días)	AGENTES ÓTICOS
ofloxacin 0.3 % ear drops	1		AGENTES ÓTICOS
ARICEPT 10 MG TABLET	1	PA,QL(90 cada 30 días)	AGENTES ANTIDEMENCIA
ARICEPT 23 MG TABLET	3	PA	AGENTES ANTIDEMENCIA
ARICEPT 5 MG TABLET	1	PA,QL(60 cada 30 días)	AGENTES ANTIDEMENCIA
donepezil 10 mg disintegrating tablet	3	PA	AGENTES ANTIDEMENCIA
donepezil 10 mg tablet	1	QL(90 cada 30 días)	AGENTES ANTIDEMENCIA
donepezil 23 mg tablet	3	PA	AGENTES ANTIDEMENCIA
donepezil 5 mg disintegrating tablet	3	PA	AGENTES ANTIDEMENCIA
donepezil 5 mg tablet	1	QL(60 cada 30 días)	AGENTES ANTIDEMENCIA
EXELON PATCH 13.3 MG/24 HOUR TRANSDERMAL	3	PA,QL(30 cada 30 días)	AGENTES ANTIDEMENCIA
EXELON PATCH 4.6 MG/24 HOUR TRANSDERMAL	3	PA,QL(30 cada 30 días)	AGENTES ANTIDEMENCIA
EXELON PATCH 9.5 MG/24 HOUR TRANSDERMAL	3	PA,QL(30 cada 30 días)	AGENTES ANTIDEMENCIA
galantamine 12 mg tablet	1		AGENTES ANTIDEMENCIA
galantamine 4 mg tablet	1	QL(60 cada 30 días)	AGENTES ANTIDEMENCIA
galantamine 4 mg/ml oral solution	3	PA	AGENTES ANTIDEMENCIA
galantamine 8 mg tablet	1		AGENTES ANTIDEMENCIA
galantamine er 16 mg 24 hr capsule,extended release	3	PA	AGENTES ANTIDEMENCIA
galantamine er 24 mg 24 hr capsule,extended release	3	PA	AGENTES ANTIDEMENCIA
galantamine er 8 mg 24 hr capsule,extended release	3	PA	AGENTES ANTIDEMENCIA
KISUNLA 17.5 MG/ML INTRAVENOUS SOLUTION	3	PA,QL(80 cada 28 días)	AGENTES ANTIDEMENCIA
LEQEMBI 100 MG/ML INTRAVENOUS SOLUTION	3	PA	AGENTES ANTIDEMENCIA

• MDO: Medicamento de uso únicamente médico • OTC – Medicamentos sin receta • PA – Autorización previa • QL – Límite de cantidad • ST – Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
LEQEMBI IQLIK 360 MG/1.8 ML SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR	3	PA,QL(7.2 cada 28 días)	AGENTES ANTIDEMENCIA
LEQEMBI IQLIK 500 MG/2.5ML(250MG/1.25ML X2) SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR	3	PA,QL(10 cada 28 días)	AGENTES ANTIDEMENCIA
memantine 10 mg tablet	1	QL(90 cada 30 días)	AGENTES ANTIDEMENCIA
memantine 14 mg capsule sprinkle,extended release 24hr	3	PA,QL(30 cada 30 días)	AGENTES ANTIDEMENCIA
memantine 2 mg/ml oral solution	3	PA	AGENTES ANTIDEMENCIA
memantine 21 mg capsule sprinkle,extended release 24hr	3	PA,QL(30 cada 30 días)	AGENTES ANTIDEMENCIA
memantine 28 mg capsule sprinkle,extended release 24hr	3	PA,QL(30 cada 30 días)	AGENTES ANTIDEMENCIA
memantine 5 mg tablet	1	QL(120 cada 30 días)	AGENTES ANTIDEMENCIA
memantine 5 mg-10 mg tablets in a dose pack	3	PA	AGENTES ANTIDEMENCIA
memantine 7 mg capsule sprinkle,extended release 24hr	3	PA,QL(30 cada 30 días)	AGENTES ANTIDEMENCIA
memantine er 14 mg-donepezil 10 mg capsule sprinkle,ext.release 24 hr	3	PA,QL(30 cada 30 días)	AGENTES ANTIDEMENCIA
memantine er 21 mg-donepezil 10 mg capsule sprinkle,ext.release 24 hr	3	PA,QL(30 cada 30 días)	AGENTES ANTIDEMENCIA
memantine er 28 mg-donepezil 10 mg capsule sprinkle,ext.release 24 hr	3	PA,QL(30 cada 30 días)	AGENTES ANTIDEMENCIA
NAMZARIC 14 MG-10 MG CAPSULE SPRINKLE,EXTENDED RELEASE	3	PA,QL(30 cada 30 días)	AGENTES ANTIDEMENCIA
NAMZARIC 21 MG-10 MG CAPSULE SPRINKLE,EXTENDED RELEASE	3	PA,QL(30 cada 30 días)	AGENTES ANTIDEMENCIA
NAMZARIC 28 MG-10 MG CAPSULE SPRINKLE,EXTENDED RELEASE	3	PA,QL(30 cada 30 días)	AGENTES ANTIDEMENCIA
NAMZARIC 7 MG-10 MG CAPSULE SPRINKLE,EXTENDED RELEASE	3	PA,QL(30 cada 30 días)	AGENTES ANTIDEMENCIA
rivastigmine 1.5 mg capsule	1		AGENTES ANTIDEMENCIA
rivastigmine 13.3 mg/24 hour transdermal patch	3	PA,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		AGENTES ANTIDEMENCIA
rivastigmine 4.6 mg/24 hour transdermal patch	3	PA,QL(30 cada 30 días)	AGENTES ANTIDEMENCIA
rivastigmine 6 mg capsule	1		AGENTES ANTIDEMENCIA
rivastigmine 9.5 mg/24 hour transdermal patch	3	PA,QL(30 cada 30 días)	AGENTES ANTIDEMENCIA
ZUNVEYL 10 MG TABLET,DELAYED RELEASE	3	PA,QL(60 cada 30 días)	AGENTES ANTIDEMENCIA
ZUNVEYL 15 MG TABLET,DELAYED RELEASE	3	PA,QL(60 cada 30 días)	AGENTES ANTIDEMENCIA
ZUNVEYL 5 MG TABLET,DELAYED RELEASE	3	PA,QL(60 cada 30 días)	AGENTES ANTIDEMENCIA
baclofen 10 mg tablet	1		AGENTES ANTIESPASTICIDAD
baclofen 10 mg/5 ml (2 mg/ml) oral solution	3	PA	AGENTES ANTIESPASTICIDAD
baclofen 10,000 mcg/20 ml (500 mcg/ml) intrathecal solution	1		AGENTES ANTIESPASTICIDAD
baclofen 15 mg tablet	3	PA	AGENTES ANTIESPASTICIDAD

• MDO: Medicamento de uso únicamente médico • OTC – Medicamentos sin receta • PA – Autorización previa • QL – Límite de cantidad • ST – Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
baclofen 20 mg tablet	1		AGENTES ANTIESPASTICIDAD
baclofen 20,000 mcg/20 ml (1,000 mcg/ml) intrathecal solution	1		AGENTES ANTIESPASTICIDAD
baclofen 25 mg/5 ml (5 mg/ml) oral suspension	3	PA	AGENTES ANTIESPASTICIDAD
baclofen 40,000 mcg/20 ml (2,000 mcg/ml) intrathecal kit	1		AGENTES ANTIESPASTICIDAD
baclofen 40,000 mcg/20 ml (2,000 mcg/ml) intrathecal solution	1		AGENTES ANTIESPASTICIDAD
baclofen 5 mg tablet	3	PA	AGENTES ANTIESPASTICIDAD
baclofen 5 mg/5 ml oral solution	3	PA	AGENTES ANTIESPASTICIDAD
baclofen 50 mcg/ml (1 ml) intrathecal syringe	1		AGENTES ANTIESPASTICIDAD
DANTRIUM 25 MG CAPSULE	1	PA	AGENTES ANTIESPASTICIDAD
dantrolene 100 mg capsule	1		AGENTES ANTIESPASTICIDAD
dantrolene 20 mg intravenous solution	1		AGENTES ANTIESPASTICIDAD
dantrolene 25 mg capsule	1		AGENTES ANTIESPASTICIDAD
dantrolene 50 mg capsule	1		AGENTES ANTIESPASTICIDAD
FLEQSUVY 25 MG/5 ML (5 MG/ML) ORAL SUSPENSION	3	PA	AGENTES ANTIESPASTICIDAD
GABLOFEN 10,000 MCG/20 ML (500 MCG/ML) INTRATHECAL SOLUTION	1		AGENTES ANTIESPASTICIDAD
GABLOFEN 10,000 MCG/20 ML (500 MCG/ML) INTRATHECAL SYRINGE	1		AGENTES ANTIESPASTICIDAD
GABLOFEN 20,000 MCG/20 ML (1,000 MCG/ML) INTRATHECAL SOLUTION	1		AGENTES ANTIESPASTICIDAD
GABLOFEN 20,000 MCG/20 ML (1,000 MCG/ML) INTRATHECAL SYRINGE	1		AGENTES ANTIESPASTICIDAD
GABLOFEN 40,000 MCG/20 ML (2,000 MCG/ML) INTRATHECAL SOLUTION	1		AGENTES ANTIESPASTICIDAD
GABLOFEN 40,000 MCG/20 ML (2,000 MCG/ML) INTRATHECAL SYRINGE	1		AGENTES ANTIESPASTICIDAD
GABLOFEN 50 MCG/ML (1 ML) INTRATHECAL SYRINGE	1		AGENTES ANTIESPASTICIDAD
LIORESAL 2,000 MCG/ML INTRATHECAL SOLUTION	1		AGENTES ANTIESPASTICIDAD
LIORESAL 50 MCG/ML INTRATHECAL SOLUTION	1		AGENTES ANTIESPASTICIDAD
LIORESAL 500 MCG/ML INTRATHECAL SOLUTION	1		AGENTES ANTIESPASTICIDAD
LYVISPAH 10 MG ORAL GRANULES IN PACKET	3	PA,QL(90 cada 30 dÍas)	AGENTES ANTIESPASTICIDAD
LYVISPAH 5 MG ORAL GRANULES IN PACKET	3	PA,QL(90 cada 30 dÍas)	AGENTES ANTIESPASTICIDAD
ONTRALFY 2 MG/5 ML ORAL SOLUTION	3	PA,QL(473 cada 31 dÍas)	AGENTES ANTIESPASTICIDAD
OZOBAX DS 10 MG/5 ML (2 MG/ML) ORAL SOLUTION	3	PA	AGENTES ANTIESPASTICIDAD
revonto 20 mg intravenous solution	1		AGENTES ANTIESPASTICIDAD
RYANODEX 250 MG INTRAVENOUS SUSPENSION	1		AGENTES ANTIESPASTICIDAD
tizanidine 2 mg capsule	3	PA	AGENTES ANTIESPASTICIDAD
tizanidine 2 mg tablet	1		AGENTES ANTIESPASTICIDAD
tizanidine 4 mg capsule	3	PA	AGENTES ANTIESPASTICIDAD
tizanidine 4 mg tablet	1		AGENTES ANTIESPASTICIDAD
tizanidine 6 mg capsule	3	PA	AGENTES ANTIESPASTICIDAD
tizanidine 8 mg capsule	3	PA	AGENTES ANTIESPASTICIDAD

• MDO: Medicamento de uso únicamente médico • OTC – Medicamentos sin receta • PA – Autorización previa • QL – Límite de cantidad • ST – Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
ZANAFLEX 2 MG CAPSULE	3	PA	AGENTES ANTIESPASTICIDAD
ZANAFLEX 4 MG CAPSULE	3	PA	AGENTES ANTIESPASTICIDAD
ZANAFLEX 4 MG TABLET	1	PA	AGENTES ANTIESPASTICIDAD
ZANAFLEX 6 MG CAPSULE	3	PA	AGENTES ANTIESPASTICIDAD
ZANAFLEX 8 MG CAPSULE	3	PA	AGENTES ANTIESPASTICIDAD
allopurinol 100 mg tablet	1		AGENTES ANTIGOTA
allopurinol 200 mg tablet	3	PA	AGENTES ANTIGOTA
allopurinol 300 mg tablet	1		AGENTES ANTIGOTA
allopurinol 500 mg intravenous solution[MDO]	*		AGENTES ANTIGOTA
ALOPRIM 500 MG INTRAVENOUS SOLUTION[MDO]	*		AGENTES ANTIGOTA
colchicine 0.6 mg capsule	3	PA,QL(60 cada 30 días)	AGENTES ANTIGOTA
colchicine 0.6 mg tablet	1	QL(60 cada 30 días)	AGENTES ANTIGOTA
febuxostat 40 mg tablet	3	PA,QL(30 cada 30 días)	AGENTES ANTIGOTA
febuxostat 80 mg tablet	3	PA,QL(30 cada 30 días)	AGENTES ANTIGOTA
GLOPERBA 0.6 MG/5 ML ORAL SOLUTION	2	PA,QL(300 cada 30 días)	AGENTES ANTIGOTA
KRYSTEXXA 8 MG/50 ML INTRAVENOUS SOLUTION[MDO]	*		AGENTES ANTIGOTA
KRYSTEXXA 8 MG/ML INTRAVENOUS SOLUTION[MDO]	*		AGENTES ANTIGOTA
MITIGARE 0.6 MG CAPSULE	3	PA,QL(60 cada 30 días)	AGENTES ANTIGOTA
probenecid 500 mg tablet	1		AGENTES ANTIGOTA
probenecid 500 mg-colchicine 0.5 mg tablet	1		AGENTES ANTIGOTA
ULORIC 40 MG TABLET	3	PA,QL(30 cada 30 días)	AGENTES ANTIGOTA
ULORIC 80 MG TABLET	3	PA,QL(30 cada 30 días)	AGENTES ANTIGOTA
pyridostigmine bromide 30 mg tablet	3	PA	AGENTES ANTIMIASTÉNICOS
pyridostigmine bromide 60 mg tablet	1		AGENTES ANTIMIASTÉNICOS
pyridostigmine bromide 60 mg/5 ml oral syrup	1		AGENTES ANTIMIASTÉNICOS
pyridostigmine bromide er 180 mg tablet,extended release	1		AGENTES ANTIMIASTÉNICOS
REGONOL 5 MG/ML INJECTION SOLUTION	1		AGENTES ANTIMIASTÉNICOS
VYVGART 20 MG/ML INTRAVENOUS SOLUTION	3	PA,QL(240 cada 50 días)	AGENTES ANTIMIASTÉNICOS
VYVGART HYTRULO 1,000 MG-10,000 UNIT/5 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE	3	PA,QL(20 cada 28 días)	AGENTES ANTIMIASTÉNICOS
VYVGART HYTRULO 1,008 MG-11,200 UNIT/5.6 ML SUBCUTANEOUS SOLUTION	3	PA,QL(22.4 cada 28 días)	AGENTES ANTIMIASTÉNICOS
AIMOVIG AUTOINJECTOR 140 MG/ML SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR	3	PA	AGENTES ANTIMIGRAÑOSOS
AIMOVIG AUTOINJECTOR 70 MG/ML SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR	3	PA,QL(1 cada 30 días)	AGENTES ANTIMIGRAÑOSOS
AJOVY 225 MG/1.5 ML SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR	3	PA,QL(1.5 cada 30 días)	AGENTES ANTIMIGRAÑOSOS
AJOVY SYRINGE 225 MG/1.5 ML SUBCUTANEOUS	3	PA,QL(1.5 cada 30 días)	AGENTES ANTIMIGRAÑOSOS
almotriptan malate 12.5 mg tablet	3	ST,QL(12 cada 6 días)	AGENTES ANTIMIGRAÑOSOS

• MDO: Medicamento de uso únicamente médico • OTC – Medicamentos sin receta • PA – Autorización previa • QL – Límite de cantidad • ST – Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
almotriptan malate 6.25 mg tablet	3	ST,QL(12 cada 6 días)	AGENTES ANTIMIGRAÑOSOS
BREKIYA 1 MG/ML SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR	3	PA,QL(24 cada 28 días)	AGENTES ANTIMIGRAÑOSOS
CAFERGOT 1 MG-100 MG TABLET	3	PA,QL(40 cada 28 días)	AGENTES ANTIMIGRAÑOSOS
dihydroergotamine 0.5 mg/pump act. (4 mg/ml) nasal spray	3	ST,QL(8 cada 30 días)	AGENTES ANTIMIGRAÑOSOS
dihydroergotamine 1 mg/ml injection solution	3	PA,QL(24 cada 28 días)	AGENTES ANTIMIGRAÑOSOS
eletriptan 20 mg tablet	1	QL(12 cada 6 días)	AGENTES ANTIMIGRAÑOSOS
eletriptan 40 mg tablet	1	QL(12 cada 6 días)	AGENTES ANTIMIGRAÑOSOS
EMGALITY 120 MG/ML SUBCUTANEOUS SYRINGE	3	PA,QL(1 cada 30 días)	AGENTES ANTIMIGRAÑOSOS
EMGALITY 300 MG/3 ML (100 MG/ML X 3) SUBCUTANEOUS SYRINGE	3	PA,QL(3 cada 30 días)	AGENTES ANTIMIGRAÑOSOS
EMGALITY PEN 120 MG/ML SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR	3	PA,QL(1 cada 30 días)	AGENTES ANTIMIGRAÑOSOS
ERGOMAR 2 MG SUBLINGUAL TABLET	3	PA,QL(20 cada 28 días)	AGENTES ANTIMIGRAÑOSOS
frovatriptan 2.5 mg tablet	2	ST,QL(9 cada 3 días)	AGENTES ANTIMIGRAÑOSOS
IMITREX 100 MG TABLET	1	PA,QL(18 cada 9 días)	AGENTES ANTIMIGRAÑOSOS
IMITREX 25 MG TABLET	1	PA,QL(18 cada 9 días)	AGENTES ANTIMIGRAÑOSOS
IMITREX 50 MG TABLET	1	PA,QL(18 cada 9 días)	AGENTES ANTIMIGRAÑOSOS
IMITREX STATDOSE PEN 4 MG/0.5 ML SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR	3	PA,QL(4 cada 2 días)	AGENTES ANTIMIGRAÑOSOS
IMITREX STATDOSE PEN 6 MG/0.5 ML SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR	3	PA,ST,QL(4 cada 2 días)	AGENTES ANTIMIGRAÑOSOS
IMITREX STATDOSE REFILL 4 MG/0.5 ML SUBCUTANEOUS CARTRIDGE	3	PA,QL(4 cada 2 días)	AGENTES ANTIMIGRAÑOSOS
IMITREX STATDOSE REFILL 6 MG/0.5 ML SUBCUTANEOUS CARTRIDGE	3	PA,QL(4 cada 2 días)	AGENTES ANTIMIGRAÑOSOS
MAXALT 10 MG TABLET	1	PA,QL(18 cada 30 días)	AGENTES ANTIMIGRAÑOSOS
MAXALT-MLT 10 MG DISINTEGRATING TABLET	1	PA,QL(18 cada 30 días)	AGENTES ANTIMIGRAÑOSOS
migergot 2 mg-100 mg rectal suppository	3	PA,QL(25 cada 30 días)	AGENTES ANTIMIGRAÑOSOS
naratriptan 1 mg tablet	1	QL(9 cada 5 días)	AGENTES ANTIMIGRAÑOSOS
naratriptan 2.5 mg tablet	1	QL(9 cada 5 días)	AGENTES ANTIMIGRAÑOSOS
NURTEC ODT 75 MG DISINTEGRATING TABLET	3	PA,QL(8 cada 30 días)	AGENTES ANTIMIGRAÑOSOS
QULIPTA 10 MG TABLET	3	PA,QL(30 cada 30 días)	AGENTES ANTIMIGRAÑOSOS
QULIPTA 30 MG TABLET	3	PA,QL(30 cada 30 días)	AGENTES ANTIMIGRAÑOSOS
QULIPTA 60 MG TABLET	3	PA,QL(30 cada 30 días)	AGENTES ANTIMIGRAÑOSOS
RELPAX 20 MG TABLET	1	QL(12 cada 6 días)	AGENTES ANTIMIGRAÑOSOS
RELPAX 40 MG TABLET	1	QL(12 cada 6 días)	AGENTES ANTIMIGRAÑOSOS

• MDO: Medicamento de uso únicamente médico • OTC – Medicamentos sin receta • PA – Autorización previa • QL – Límite de cantidad • ST – Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
REYVOW 100 MG TABLET	3	PA,QL(8 cada 30 días)	AGENTES ANTIMIGRAÑOSOS
REYVOW 50 MG TABLET	3	PA,QL(8 cada 30 días)	AGENTES ANTIMIGRAÑOSOS
rizatriptan 10 mg disintegrating tablet	1	QL(18 cada 30 días)	AGENTES ANTIMIGRAÑOSOS
rizatriptan 10 mg tablet	1	QL(18 cada 30 días)	AGENTES ANTIMIGRAÑOSOS
rizatriptan 5 mg disintegrating tablet	1	QL(18 cada 30 días)	AGENTES ANTIMIGRAÑOSOS
rizatriptan 5 mg tablet	1	QL(18 cada 30 días)	AGENTES ANTIMIGRAÑOSOS
sumatriptan 100 mg tablet	1	QL(18 cada 9 días)	AGENTES ANTIMIGRAÑOSOS
sumatriptan 20 mg/actuation nasal spray	3	ST,QL(12 cada 12 días)	AGENTES ANTIMIGRAÑOSOS
sumatriptan 25 mg tablet	1	QL(18 cada 9 días)	AGENTES ANTIMIGRAÑOSOS
sumatriptan 5 mg/actuation nasal spray	3	ST,QL(12 cada 12 días)	AGENTES ANTIMIGRAÑOSOS
sumatriptan 50 mg tablet	1	QL(18 cada 9 días)	AGENTES ANTIMIGRAÑOSOS
sumatriptan 6 mg/0.5 ml subcutaneous pen injector	3	ST,QL(4 cada 2 días)	AGENTES ANTIMIGRAÑOSOS
sumatriptan 6 mg/0.5 ml subcutaneous solution	3	ST,QL(4 cada 30 días)	AGENTES ANTIMIGRAÑOSOS
sumatriptan 85 mg-naproxen 500 mg tablet	2	ST,QL(9 cada 30 días)	AGENTES ANTIMIGRAÑOSOS
SYMBRAVO 10 MG-20 MG TABLET	3	PA,QL(7 cada 30 días)	AGENTES ANTIMIGRAÑOSOS
TOSYMRA 10 MG/ACTUATION NASAL SPRAY	3	PA,QL(6 cada 2 días)	AGENTES ANTIMIGRAÑOSOS
UBRELVY 100 MG TABLET	3	PA,QL(16 cada 30 días)	AGENTES ANTIMIGRAÑOSOS
UBRELVY 50 MG TABLET	3	PA,QL(16 cada 30 días)	AGENTES ANTIMIGRAÑOSOS
VYEPTI 100 MG/ML INTRAVENOUS SOLUTION	3	PA,QL(3 cada 90 días)	AGENTES ANTIMIGRAÑOSOS
ZAVZPRET 10 MG/ACTUATION NASAL SPRAY	3	PA,QL(8 cada 30 días)	AGENTES ANTIMIGRAÑOSOS
ZEMBRACE SYMTOUCH 3 MG/0.5 ML SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR	3	PA,QL(4 cada 30 días)	AGENTES ANTIMIGRAÑOSOS
zolmitriptan 2.5 mg disintegrating tablet	1	QL(6 cada 30 días)	AGENTES ANTIMIGRAÑOSOS
zolmitriptan 2.5 mg nasal spray	3	PA,QL(6 cada 30 días)	AGENTES ANTIMIGRAÑOSOS
zolmitriptan 2.5 mg tablet	1	QL(6 cada 30 días)	AGENTES ANTIMIGRAÑOSOS
zolmitriptan 5 mg disintegrating tablet	1	QL(6 cada 30 días)	AGENTES ANTIMIGRAÑOSOS
zolmitriptan 5 mg nasal spray	3	PA,QL(6 cada 30 días)	AGENTES ANTIMIGRAÑOSOS
zolmitriptan 5 mg tablet	1	QL(6 cada 30 días)	AGENTES ANTIMIGRAÑOSOS
ZOMIG 2.5 MG NASAL SPRAY	3	PA,QL(6 cada 30 días)	AGENTES ANTIMIGRAÑOSOS
zomig 2.5 mg tablet	1	QL(6 cada 30 días)	AGENTES ANTIMIGRAÑOSOS
ZOMIG 5 MG NASAL SPRAY	3	PA,QL(6 cada 30 días)	AGENTES ANTIMIGRAÑOSOS
zomig 5 mg tablet	1	QL(6 cada 30 días)	AGENTES ANTIMIGRAÑOSOS

• MDO: Medicamento de uso únicamente médico • OTC – Medicamentos sin receta • PA – Autorización previa • QL – Límite de cantidad • ST – Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
amantadine hcl 100 mg capsule	1	QL(120 cada 30 días)	AGENTES ANTIPARKINSON
amantadine hcl 100 mg tablet	1	QL(120 cada 30 días)	AGENTES ANTIPARKINSON
amantadine hcl 50 mg/5 ml oral solution	1	QL(3000 cada 90 días)	AGENTES ANTIPARKINSON
APOKYN 10 MG/ML SUBCUTANEOUS CARTRIDGE	1		AGENTES ANTIPARKINSON
apomorphine 10 mg/ml subcutaneous cartridge	1		AGENTES ANTIPARKINSON
AZILECT 0.5 MG TABLET	1	PA,QL(30 cada 30 días)	AGENTES ANTIPARKINSON
AZILECT 1 MG TABLET	1	PA,QL(30 cada 30 días)	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	QL(330 cada 30 días)	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	QL(330 cada 30 días)	AGENTES ANTIPARKINSON
carbidopa 25 mg-levodopa 100 mg-entacapone 200 mg tablet	1	QL(120 cada 30 días)	AGENTES ANTIPARKINSON
carbidopa 25 mg-levodopa 250 mg disintegrating tablet	1		AGENTES ANTIPARKINSON
carbidopa 25 mg-levodopa 250 mg tablet	1	QL(330 cada 30 días)	AGENTES ANTIPARKINSON
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	QL(60 cada 30 días)	AGENTES ANTIPARKINSON
carbidopa er 23.75 mg-levodopa 95 mg capsule,extended release	3	PA,QL(90 cada 30 días)	AGENTES ANTIPARKINSON
carbidopa er 25 mg-levodopa 100 mg tablet,extended release	1	QL(120 cada 30 días)	AGENTES ANTIPARKINSON
carbidopa er 36.25 mg-levodopa 145 mg capsule,extended release	3	PA,QL(90 cada 30 días)	AGENTES ANTIPARKINSON
carbidopa er 48.75 mg-levodopa 195 mg capsule,extended release	3	PA,QL(90 cada 30 días)	AGENTES ANTIPARKINSON
carbidopa er 50 mg-levodopa 200 mg tablet,extended release	1	QL(120 cada 30 días)	AGENTES ANTIPARKINSON

• MDO: Medicamento de uso únicamente médico • OTC – Medicamentos sin receta • PA – Autorización previa • QL – Límite de cantidad • ST – Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
carbidopa er 61.25 mg-levodopa 245 mg capsule,extended release	3	PA,QL(90 cada 30 días)	AGENTES ANTIPARKINSON
CREXONT 35 MG-140 MG CAPSULE, EXTENDED RELEASE	3	PA,QL(120 cada 30 días)	AGENTES ANTIPARKINSON
CREXONT 52.5 MG-210 MG CAPSULE, EXTENDED RELEASE	3	PA,QL(120 cada 30 días)	AGENTES ANTIPARKINSON
CREXONT 70 MG-280 MG CAPSULE, EXTENDED RELEASE	3	PA,QL(120 cada 30 días)	AGENTES ANTIPARKINSON
CREXONT 87.5 MG-350 MG CAPSULE, EXTENDED RELEASE	3	PA,QL(120 cada 30 días)	AGENTES ANTIPARKINSON
DHIVY 25 MG-100 MG TABLET	1	PA,QL(330 cada 30 días)	AGENTES ANTIPARKINSON
DUOPA 4.63 MG-20 MG/ML SUSPENSION IN J-TUBE PUMP	3	PA,QL(2800 cada 28 días)	AGENTES ANTIPARKINSON
entacapone 200 mg tablet	1		AGENTES ANTIPARKINSON
GOCOVRI 137 MG CAPSULE,EXTENDED RELEASE	3	PA,QL(60 cada 30 días)	AGENTES ANTIPARKINSON
GOCOVRI 68.5 MG CAPSULE,EXTENDED RELEASE	3	PA,QL(60 cada 30 días)	AGENTES ANTIPARKINSON
INBRIJA 42 MG CAPSULE WITH INHALATION DEVICE	3	PA,QL(300 cada 30 días)	AGENTES ANTIPARKINSON
JUVMO 10 MG TABLET	3	PA,QL(30 cada 30 días)	AGENTES ANTIPARKINSON
JUVMO 15 MG TABLET	3	PA,QL(30 cada 30 días)	AGENTES ANTIPARKINSON
JUVMO 5 MG TABLET	3	PA,QL(30 cada 30 días)	AGENTES ANTIPARKINSON
JUVMO TITRATION PACK 0.25 MG (36)-1 MG (64) TABLETS IN A DOSE PACK	3	PA,QL(100 cada 42 días)	AGENTES ANTIPARKINSON
NEUPRO 1 MG/24 HOUR TRANSDERMAL 24 HOUR PATCH	3	PA,QL(30 cada 30 días)	AGENTES ANTIPARKINSON
NEUPRO 2 MG/24 HOUR TRANSDERMAL 24 HOUR PATCH	3	PA,QL(30 cada 30 días)	AGENTES ANTIPARKINSON
NEUPRO 3 MG/24 HOUR TRANSDERMAL 24 HOUR PATCH	3	PA,QL(30 cada 30 días)	AGENTES ANTIPARKINSON
NEUPRO 4 MG/24 HOUR TRANSDERMAL 24 HOUR PATCH	3	PA,QL(30 cada 30 días)	AGENTES ANTIPARKINSON
NEUPRO 6 MG/24 HOUR TRANSDERMAL 24 HOUR PATCH	3	PA,QL(30 cada 30 días)	AGENTES ANTIPARKINSON
NEUPRO 8 MG/24 HOUR TRANSDERMAL 24 HOUR PATCH	3	PA,QL(30 cada 30 días)	AGENTES ANTIPARKINSON
NOURIANZ 20 MG TABLET	3	PA,QL(30 cada 30 días)	AGENTES ANTIPARKINSON
NOURIANZ 40 MG TABLET	3	PA,QL(30 cada 30 días)	AGENTES ANTIPARKINSON
ONAPGO 4.9 MG/ML SUBCUTANEOUS CARTRIDGE	3	PA,QL(600 cada 30 días)	AGENTES ANTIPARKINSON
ONGENTYS 25 MG CAPSULE	3	PA,QL(30 cada 30 días)	AGENTES ANTIPARKINSON
ONGENTYS 50 MG CAPSULE	3	PA,QL(30 cada 30 días)	AGENTES ANTIPARKINSON
pramipexole 0.125 mg tablet	1	QL(600 cada 30 días)	AGENTES ANTIPARKINSON

• MDO: Medicamento de uso únicamente médico • OTC – Medicamentos sin receta • PA – Autorización previa • QL – Límite de cantidad • ST – Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
pramipexole 0.25 mg tablet	1	QL(300 cada 30 días)	AGENTES ANTIPARKINSON
pramipexole 0.5 mg tablet	1	QL(270 cada 30 días)	AGENTES ANTIPARKINSON
pramipexole 0.75 mg tablet	1	QL(240 cada 30 días)	AGENTES ANTIPARKINSON
pramipexole 1 mg tablet	1	QL(420 cada 90 días)	AGENTES ANTIPARKINSON
pramipexole 1.5 mg tablet	1		AGENTES ANTIPARKINSON
pramipexole er 0.375 mg tablet,extended release 24 hr	3	PA,QL(30 cada 30 días)	AGENTES ANTIPARKINSON
pramipexole er 0.75 mg tablet,extended release 24 hr	3	PA,QL(30 cada 30 días)	AGENTES ANTIPARKINSON
pramipexole er 1.5 mg tablet,extended release 24 hr	3	PA,QL(30 cada 30 días)	AGENTES ANTIPARKINSON
pramipexole er 2.25 mg tablet,extended release 24 hr	3	PA,QL(30 cada 30 días)	AGENTES ANTIPARKINSON
pramipexole er 3 mg tablet,extended release 24 hr	3	PA,QL(30 cada 30 días)	AGENTES ANTIPARKINSON
pramipexole er 3.75 mg tablet,extended release 24 hr	3	PA,QL(30 cada 30 días)	AGENTES ANTIPARKINSON
pramipexole er 4.5 mg tablet,extended release 24 hr	3	PA,QL(30 cada 30 días)	AGENTES ANTIPARKINSON
rasagiline 0.5 mg tablet	1	QL(30 cada 30 días)	AGENTES ANTIPARKINSON
rasagiline 1 mg tablet	1	QL(30 cada 30 días)	AGENTES ANTIPARKINSON
ropinirole 0.25 mg tablet	1		AGENTES ANTIPARKINSON
ropinirole 0.5 mg tablet	1	QL(210 cada 30 días)	AGENTES ANTIPARKINSON
ropinirole 1 mg tablet	1		AGENTES ANTIPARKINSON
ropinirole 2 mg tablet	1		AGENTES ANTIPARKINSON
ropinirole 3 mg tablet	1	QL(180 cada 30 días)	AGENTES ANTIPARKINSON
ropinirole 4 mg tablet	1	QL(90 cada 30 días)	AGENTES ANTIPARKINSON
ropinirole 5 mg tablet	1	QL(90 cada 30 días)	AGENTES ANTIPARKINSON
ropinirole er 12 mg tablet,extended release 24 hr	3	PA	AGENTES ANTIPARKINSON
ropinirole er 2 mg tablet,extended release 24 hr	3	PA	AGENTES ANTIPARKINSON
ropinirole er 4 mg tablet,extended release 24 hr	3	PA	AGENTES ANTIPARKINSON
ropinirole er 6 mg tablet,extended release 24 hr	3	PA	AGENTES ANTIPARKINSON
ropinirole er 8 mg tablet,extended release 24 hr	3	PA	AGENTES ANTIPARKINSON
RYTARY 23.75 MG-95 MG CAPSULE,EXTENDED RELEASE	3	PA,QL(90 cada 30 días)	AGENTES ANTIPARKINSON
RYTARY 36.25 MG-145 MG CAPSULE,EXTENDED RELEASE	3	PA,QL(90 cada 30 días)	AGENTES ANTIPARKINSON
RYTARY 48.75 MG-195 MG CAPSULE,EXTENDED RELEASE	3	PA,QL(90 cada 30 días)	AGENTES ANTIPARKINSON
RYTARY 61.25 MG-245 MG CAPSULE,EXTENDED RELEASE	3	PA,QL(90 cada 30 días)	AGENTES ANTIPARKINSON
selegiline 5 mg capsule	1		AGENTES ANTIPARKINSON
selegiline 5 mg tablet	1		AGENTES ANTIPARKINSON

• MDO: Medicamento de uso únicamente médico • OTC – Medicamentos sin receta • PA – Autorización previa • QL – Límite de cantidad • ST – Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
SINEMET 10 MG-100 MG TABLET	1	PA,QL(330 cada 30 días)	AGENTES ANTIPARKINSON
SINEMET 25 MG-100 MG TABLET	1	PA,QL(330 cada 30 días)	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
VYALEV 12 MG-240 MG/ML CONTINUOUS SUBCUTANEOUS INFUSION SOLUTION	3	PA,QL(600 cada 30 días)	AGENTES ANTIPARKINSON
XADAGO 100 MG TABLET	3	PA,QL(30 cada 30 días)	AGENTES ANTIPARKINSON
XADAGO 50 MG TABLET	3	PA,QL(30 cada 30 días)	AGENTES ANTIPARKINSON
acebutolol 200 mg capsule	1	QL(180 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES
acebutolol 400 mg capsule	1	QL(120 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES
acetazolamide 125 mg tablet	1		AGENTES CARDIOVASCULARES
acetazolamide 250 mg tablet	1		AGENTES CARDIOVASCULARES
acetazolamide 500 mg solution for injection	1		AGENTES CARDIOVASCULARES
acetazolamide er 500 mg capsule,extended release	1		AGENTES CARDIOVASCULARES
adenosine 3 mg/ml intravenous solution	1		AGENTES CARDIOVASCULARES
adenosine 3 mg/ml intravenous syringe	1		AGENTES CARDIOVASCULARES
ADRENALIN IN 0.9 % SODIUM CHLORIDE 2 MG/250 ML (8 MCG/ML) IV SOLUTION[MDO]	*		AGENTES CARDIOVASCULARES
ADRENALIN IN 0.9 % SODIUM CHLORIDE 5 MG/250 ML (20 MCG/ML) IV SOLUTION[MDO]	*		AGENTES CARDIOVASCULARES
ADRENALIN IN 0.9 % SODIUM CHLORIDE 8 MG/250 ML (32 MCG/ML) IV SOLUTION[MDO]	*		AGENTES CARDIOVASCULARES
ADRENALIN IN 0.9% SODIUM CHLORIDE 10 MG/250 ML (40 MCG/ML) IV SOLUTION[MDO]	*		AGENTES CARDIOVASCULARES
ALDACTONE 100 MG TABLET	1	PA	AGENTES CARDIOVASCULARES
ALDACTONE 25 MG TABLET	1	PA	AGENTES CARDIOVASCULARES
ALDACTONE 50 MG TABLET	1	PA	AGENTES CARDIOVASCULARES
aliskiren 150 mg tablet	3	PA	AGENTES CARDIOVASCULARES
aliskiren 300 mg tablet	3	PA	AGENTES CARDIOVASCULARES
ALTOPREV 20 MG TABLET,EXTENDED RELEASE	3	PA	AGENTES CARDIOVASCULARES
ALTOPREV 40 MG TABLET,EXTENDED RELEASE	3	PA	AGENTES CARDIOVASCULARES
ALTOPREV 60 MG TABLET,EXTENDED RELEASE	3	PA	AGENTES CARDIOVASCULARES

• MDO: Medicamento de uso únicamente médico • OTC – Medicamentos sin receta • PA – Autorización previa • QL – Límite de cantidad • ST – Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
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
amiodarone 50 mg/ml intravenous solution	1		AGENTES CARDIOVASCULARES
amlodipine 10 mg tablet	1	QL(60 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES
amlodipine 10 mg-atorvastatin 10 mg tablet	2	ST	AGENTES CARDIOVASCULARES
amlodipine 10 mg-atorvastatin 20 mg tablet	2	ST	AGENTES CARDIOVASCULARES
amlodipine 10 mg-atorvastatin 40 mg tablet	2	ST	AGENTES CARDIOVASCULARES
amlodipine 10 mg-atorvastatin 80 mg tablet	2	ST	AGENTES CARDIOVASCULARES
amlodipine 10 mg-benazepril 20 mg capsule	1	QL(60 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	1		AGENTES CARDIOVASCULARES
amlodipine 10 mg-olmesartan 40 mg tablet	1		AGENTES CARDIOVASCULARES
amlodipine 10 mg-valsartan 160 mg tablet	1	QL(30 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES
amlodipine 10 mg-valsartan 160 mg-hydrochlorothiazide 12.5 mg tablet	2	ST,QL(30 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES
amlodipine 10 mg-valsartan 160 mg-hydrochlorothiazide 25 mg tablet	2	ST,QL(30 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES
amlodipine 10 mg-valsartan 320 mg tablet	1	QL(30 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES
amlodipine 10 mg-valsartan 320 mg-hydrochlorothiazide 25 mg tablet	2	ST,QL(30 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES
amlodipine 2.5 mg tablet	1	QL(180 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES
amlodipine 2.5 mg-atorvastatin 10 mg tablet	2	ST	AGENTES CARDIOVASCULARES
amlodipine 2.5 mg-atorvastatin 20 mg tablet	2	ST	AGENTES CARDIOVASCULARES
amlodipine 2.5 mg-atorvastatin 40 mg tablet	2	ST	AGENTES CARDIOVASCULARES
amlodipine 2.5 mg-benazepril 10 mg capsule	1	QL(120 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES
amlodipine 5 mg tablet	1	QL(60 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES
amlodipine 5 mg-atorvastatin 10 mg tablet	2	ST	AGENTES CARDIOVASCULARES

• MDO: Medicamento de uso únicamente médico • OTC – Medicamentos sin receta • PA – Autorización previa • QL – Límite de cantidad • ST – Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
amlodipine 5 mg-atorvastatin 20 mg tablet	2	ST	AGENTES CARDIOVASCULARES
amlodipine 5 mg-atorvastatin 40 mg tablet	2	ST	AGENTES CARDIOVASCULARES
amlodipine 5 mg-atorvastatin 80 mg tablet	2	ST	AGENTES CARDIOVASCULARES
amlodipine 5 mg-benazepril 10 mg capsule	1	QL(60 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES
amlodipine 5 mg-benazepril 20 mg capsule	1	QL(60 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES
amlodipine 5 mg-benazepril 40 mg capsule	1	QL(30 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES
amlodipine 5 mg-olmesartan 20 mg tablet	1		AGENTES CARDIOVASCULARES
amlodipine 5 mg-olmesartan 40 mg tablet	1		AGENTES CARDIOVASCULARES
amlodipine 5 mg-valsartan 160 mg tablet	1	QL(30 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES
amlodipine 5 mg-valsartan 160 mg-hydrochlorothiazide 12.5 mg tablet	2	ST,QL(30 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES
amlodipine 5 mg-valsartan 160 mg-hydrochlorothiazide 25 mg tablet	2	ST,QL(30 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES
amlodipine 5 mg-valsartan 320 mg tablet	1	QL(30 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES
ARBLI 10 MG/ML ORAL SUSPENSION	3	PA,QL(330 cada 33 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES
ATACAND 16 MG TABLET	1	PA	AGENTES CARDIOVASCULARES
ATACAND 32 MG TABLET	1	PA	AGENTES CARDIOVASCULARES
ATACAND 4 MG TABLET	1	PA	AGENTES CARDIOVASCULARES
ATACAND 8 MG TABLET	1	PA	AGENTES CARDIOVASCULARES
ATACAND HCT 16 MG-12.5 MG TABLET	2	PA,ST	AGENTES CARDIOVASCULARES
ATACAND HCT 32 MG-12.5 MG TABLET	2	PA,ST	AGENTES CARDIOVASCULARES
ATACAND HCT 32 MG-25 MG TABLET	2	PA,ST	AGENTES CARDIOVASCULARES
atenolol 100 mg tablet	1	QL(60 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES
atenolol 100 mg-chlorthalidone 25 mg tablet	1	QL(30 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES
atenolol 25 mg tablet	1	QL(240 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES
atenolol 50 mg tablet	1	QL(120 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES
atenolol 50 mg-chlorthalidone 25 mg tablet	1	QL(30 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES
ATORVALIQ 20 MG/5 ML (4 MG/ML) ORAL SUSPENSION	3	PA,QL(300 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES
atorvastatin 10 mg tablet	1	QL(60 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES

• MDO: Medicamento de uso únicamente médico • OTC – Medicamentos sin receta • PA – Autorización previa • QL – Límite de cantidad • ST – Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
atorvastatin 20 mg tablet	1	QL(60 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES
atorvastatin 40 mg tablet	1	QL(60 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES
atorvastatin 80 mg tablet	1	QL(30 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES
AVALIDE 150 MG-12.5 MG TABLET	1	PA	AGENTES CARDIOVASCULARES
AVALIDE 300 MG-12.5 MG TABLET	1	PA	AGENTES CARDIOVASCULARES
AVAPRO 150 MG TABLET	1	PA	AGENTES CARDIOVASCULARES
AVAPRO 300 MG TABLET	1	PA	AGENTES CARDIOVASCULARES
azilsartan medoxomil 40 mg tablet	1		AGENTES CARDIOVASCULARES
azilsartan medoxomil 80 mg tablet	1		AGENTES CARDIOVASCULARES
AZOR 10 MG-20 MG TABLET	1	PA	AGENTES CARDIOVASCULARES
AZOR 10 MG-40 MG TABLET	1	PA	AGENTES CARDIOVASCULARES
AZOR 5 MG-20 MG TABLET	1	PA	AGENTES CARDIOVASCULARES
AZOR 5 MG-40 MG TABLET	1	PA	AGENTES CARDIOVASCULARES
BAXFENDY 1 MG TABLET	3	PA,QL(30 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES
BAXFENDY 2 MG TABLET	3	PA,QL(30 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES
benazepril 10 mg tablet	1	QL(90 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES
benazepril 10 mg-hydrochlorothiazide 12.5 mg tablet	1	QL(60 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES
benazepril 20 mg tablet	1	QL(60 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES
benazepril 20 mg-hydrochlorothiazide 12.5 mg tablet	1	QL(60 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES
benazepril 20 mg-hydrochlorothiazide 25 mg tablet	1	QL(60 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES
benazepril 40 mg tablet	1	QL(60 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES
benazepril 5 mg tablet	1	QL(180 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES
benazepril 5 mg-hydrochlorothiazide 6.25 mg tablet	1	QL(60 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES
BENICAR 20 MG TABLET	1	PA,QL(90 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES
BENICAR 40 MG TABLET	1	PA,QL(60 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES
BENICAR 5 MG TABLET	1	PA,QL(180 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES
BENICAR HCT 20 MG-12.5 MG TABLET	1	PA,QL(60 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES

• MDO: Medicamento de uso únicamente médico • OTC – Medicamentos sin receta • PA – Autorización previa • QL – Límite de cantidad • ST – Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
BENICAR HCT 40 MG-12.5 MG TABLET	1	PA,QL(60 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES
BENICAR HCT 40 MG-25 MG TABLET	1	PA,QL(60 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES
BETAPACE 120 MG TABLET	1	PA,QL(200 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES
BETAPACE 160 MG TABLET	1	PA,QL(120 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES
BETAPACE 80 MG TABLET	1	PA,QL(240 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES
BETAPACE AF 120 MG TABLET	1	PA,QL(200 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES
BETAPACE AF 160 MG TABLET	1	PA,QL(120 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES
BETAPACE AF 80 MG TABLET	1	PA,QL(240 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES
betaxolol 10 mg tablet	1		AGENTES CARDIOVASCULARES
betaxolol 20 mg tablet	1		AGENTES CARDIOVASCULARES
BIDIL 20 MG-37.5 MG TABLET	1		AGENTES CARDIOVASCULARES
BIORPHEN 0.1 MG/ML INTRAVENOUS SOLUTION[MDO]	*		AGENTES CARDIOVASCULARES
bisoprolol 10 mg-hydrochlorothiazide 6.25 mg tablet	1	QL(60 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES
bisoprolol 2.5 mg-hydrochlorothiazide 6.25 mg tablet	1	QL(60 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES
bisoprolol 5 mg-hydrochlorothiazide 6.25 mg tablet	1	QL(60 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES
bisoprolol fumarate 10 mg tablet	1	QL(60 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES
bisoprolol fumarate 2.5 mg tablet	3	PA,QL(30 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES
bisoprolol fumarate 5 mg tablet	1	QL(120 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES
BREVIBLOC 100 MG/10 ML (10 MG/ML) INTRAVENOUS SOLUTION	1		AGENTES CARDIOVASCULARES
BREVIBLOC 2,000 MG/100 ML (20 MG/ML) IN SODIUM CHLORIDE (ISO-OSM) IV	1		AGENTES CARDIOVASCULARES
BREVIBLOC 2,500 MG/250 ML (10 MG/ML) IN SODIUM CHLORIDE (ISO-OSM) IV	1		AGENTES CARDIOVASCULARES
bumetanide 0.25 mg/ml injection solution	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	1	PA	AGENTES CARDIOVASCULARES
BYSTOLIC 2.5 MG TABLET	1	PA	AGENTES CARDIOVASCULARES

• MDO: Medicamento de uso únicamente médico • OTC – Medicamentos sin receta • PA – Autorización previa • QL – Límite de cantidad • ST – Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
BYSTOLIC 20 MG TABLET	1	PA	AGENTES CARDIOVASCULARES
BYSTOLIC 5 MG TABLET	1	PA	AGENTES CARDIOVASCULARES
CADUET 10 MG-10 MG TABLET	2	PA,ST	AGENTES CARDIOVASCULARES
CADUET 10 MG-20 MG TABLET	2	PA,ST	AGENTES CARDIOVASCULARES
CADUET 10 MG-40 MG TABLET	2	PA,ST	AGENTES CARDIOVASCULARES
CADUET 10 MG-80 MG TABLET	2	PA,ST	AGENTES CARDIOVASCULARES
CADUET 5 MG-10 MG TABLET	2	PA,ST	AGENTES CARDIOVASCULARES
CADUET 5 MG-20 MG TABLET	2	PA,ST	AGENTES CARDIOVASCULARES
CADUET 5 MG-40 MG TABLET	2	PA,ST	AGENTES CARDIOVASCULARES
CADUET 5 MG-80 MG TABLET	2	PA,ST	AGENTES CARDIOVASCULARES
CAMZYOS 10 MG CAPSULE	3	PA,QL(30 cada 30 dÍas)	AGENTES CARDIOVASCULARES
CAMZYOS 15 MG CAPSULE	3	PA,QL(30 cada 30 dÍas)	AGENTES CARDIOVASCULARES
CAMZYOS 2.5 MG CAPSULE	3	PA,QL(30 cada 30 dÍas)	AGENTES CARDIOVASCULARES
CAMZYOS 5 MG CAPSULE	3	PA,QL(30 cada 30 dÍas)	AGENTES CARDIOVASCULARES
candesartan 16 mg tablet	1		AGENTES CARDIOVASCULARES
candesartan 16 mg-hydrochlorothiazide 12.5 mg tablet	2	ST	AGENTES CARDIOVASCULARES
candesartan 32 mg tablet	1		AGENTES CARDIOVASCULARES
candesartan 32 mg-hydrochlorothiazide 12.5 mg tablet	2	ST	AGENTES CARDIOVASCULARES
candesartan 32 mg-hydrochlorothiazide 25 mg tablet	2	ST	AGENTES CARDIOVASCULARES
candesartan 4 mg tablet	1		AGENTES CARDIOVASCULARES
candesartan 8 mg tablet	1		AGENTES CARDIOVASCULARES
captopril 100 mg tablet	2	ST	AGENTES CARDIOVASCULARES
captopril 12.5 mg tablet	2	ST	AGENTES CARDIOVASCULARES
captopril 25 mg tablet	2	ST	AGENTES CARDIOVASCULARES
captopril 25 mg-hydrochlorothiazide 15 mg tablet	2	ST	AGENTES CARDIOVASCULARES
captopril 25 mg-hydrochlorothiazide 25 mg tablet	2	ST	AGENTES CARDIOVASCULARES
captopril 50 mg tablet	2	ST	AGENTES CARDIOVASCULARES

• MDO: Medicamento de uso únicamente médico • OTC – Medicamentos sin receta • PA – Autorización previa • QL – Límite de cantidad • ST – Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
captopril 50 mg-hydrochlorothiazide 15 mg tablet	2	ST	AGENTES CARDIOVASCULARES
captopril 50 mg-hydrochlorothiazide 25 mg tablet	2	ST	AGENTES CARDIOVASCULARES
CARDAMYST 70 MG/2 SPRAY NASAL SPRAY	3	PA,QL(2 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES
CARDENE 20 MG/200 ML(0.1 MG/ML) IN SOD CHLOR(ISO-OSM) INTRAVENOUS SOLN	1		AGENTES CARDIOVASCULARES
CARDENE 25 MG/10 ML INTRAVENOUS SOLUTION	1	PA	AGENTES CARDIOVASCULARES
CARDENE 40 MG/200 ML(0.2 MG/ML) IN SOD CHLOR(ISO-OSM) INTRAVENOUS SOLN	1		AGENTES CARDIOVASCULARES
CARDURA 1 MG TABLET	1	PA,QL(210 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES
CARDURA 2 MG TABLET	1	PA,QL(210 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES
CARDURA 4 MG TABLET	1	PA,QL(120 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES
CARDURA 8 MG TABLET	1	PA,QL(60 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES
CARDURA XL 4 MG TABLET,EXTENDED RELEASE	2	ST	AGENTES CARDIOVASCULARES
CARDURA XL 8 MG TABLET,EXTENDED RELEASE	2	ST	AGENTES CARDIOVASCULARES
CAROSPIR 25 MG/5 ML ORAL SUSPENSION	3	PA,QL(473 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES
cartia xt 120 mg capsule,extended release	1	QL(120 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES
cartia xt 180 mg capsule,extended release	1	QL(90 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES
cartia xt 240 mg capsule,extended release	1	QL(60 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES
cartia xt 300 mg capsule,extended release	1	QL(30 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES
carvedilol 12.5 mg tablet	1	QL(120 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES
carvedilol 25 mg tablet	1	QL(120 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES
carvedilol 3.125 mg tablet	1	QL(240 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES
carvedilol 6.25 mg tablet	1	QL(240 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES
carvedilol phosphate er 10 mg capsule,ext.release24hr multiphase	1		AGENTES CARDIOVASCULARES
carvedilol phosphate er 20 mg capsule,ext.release24hr multiphase	1		AGENTES CARDIOVASCULARES
carvedilol phosphate er 40 mg capsule,ext.release24hr multiphase	1		AGENTES CARDIOVASCULARES
carvedilol phosphate er 80 mg capsule,ext.release24hr multiphase	1		AGENTES CARDIOVASCULARES
CATAPRES-TTS-1 0.1 MG/24 HR TRANSDERMAL PATCH	1	PA,QL(4 cada 28 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES
CATAPRES-TTS-2 0.2 MG/24 HR TRANSDERMAL PATCH	1	PA,QL(8 cada 28 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES

• MDO: Medicamento de uso únicamente médico • OTC – Medicamentos sin receta • PA – Autorización previa • QL – Límite de cantidad • ST – Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
CATAPRES-TTS-3 0.3 MG/24 HR TRANSDERMAL PATCH	1	PA,QL(8 cada 28 dÍas)	AGENTES CARDIOVASCULARES
chlorothiazide sodium 500 mg intravenous solution	1		AGENTES CARDIOVASCULARES
chlorthalidone 25 mg tablet	1		AGENTES CARDIOVASCULARES
chlorthalidone 50 mg tablet	1		AGENTES CARDIOVASCULARES
cholestyramine (with sugar) 4 gram oral powder	1		AGENTES CARDIOVASCULARES
cholestyramine (with sugar) 4 gram powder for susp in a packet	1	QL(60 cada 30 dÍas)	AGENTES CARDIOVASCULARES
cholestyramine light 4 gram oral powder	1		AGENTES CARDIOVASCULARES
cholestyramine light 4 gram powder for suspension in a packet	1	QL(60 cada 30 dÍas)	AGENTES CARDIOVASCULARES
CLEVIPREX 25 MG/50 ML INTRAVENOUS EMULSION	1		AGENTES CARDIOVASCULARES
CLEVIPREX 50 MG/100 ML INTRAVENOUS EMULSION	1		AGENTES CARDIOVASCULARES
clonidine 0.1 mg/24 hr weekly transdermal patch	1	QL(4 cada 28 dÍas)	AGENTES CARDIOVASCULARES
clonidine 0.2 mg/24 hr weekly transdermal patch	1	QL(8 cada 28 dÍas)	AGENTES CARDIOVASCULARES
clonidine 0.3 mg/24 hr weekly transdermal patch	1	QL(8 cada 28 dÍas)	AGENTES CARDIOVASCULARES
clonidine hcl 0.05 mg tablet	3	PA,QL(30 cada 30 dÍas)	AGENTES CARDIOVASCULARES
clonidine hcl 0.1 mg tablet	1	QL(240 cada 30 dÍas)	AGENTES CARDIOVASCULARES
clonidine hcl 0.2 mg tablet	1	QL(240 cada 30 dÍas)	AGENTES CARDIOVASCULARES
clonidine hcl 0.3 mg tablet	1	QL(240 cada 30 dÍas)	AGENTES CARDIOVASCULARES
clonidine hcl er 0.17 mg tablet,extended release 24 hr	3	PA	AGENTES CARDIOVASCULARES
colesevelam 3.75 gram oral powder packet	3	PA	AGENTES CARDIOVASCULARES
colesevelam 625 mg tablet	1		AGENTES CARDIOVASCULARES
COLESTID 1 GRAM TABLET	1	PA	AGENTES CARDIOVASCULARES
COLESTID 5 GRAM ORAL GRANULES	1	PA	AGENTES CARDIOVASCULARES
colestipol 1 gram tablet	1		AGENTES CARDIOVASCULARES
colestipol 5 gram oral granules	1		AGENTES CARDIOVASCULARES
colestipol 5 gram oral packet	1		AGENTES CARDIOVASCULARES
CORLANOR 5 MG TABLET	3	PA,QL(60 cada 30 dÍas)	AGENTES CARDIOVASCULARES
CORLANOR 5 MG/5 ML ORAL SOLUTION	3	PA,QL(560 cada 28 dÍas)	AGENTES CARDIOVASCULARES

• MDO: Medicamento de uso únicamente médico • OTC – Medicamentos sin receta • PA – Autorización previa • QL – Límite de cantidad • ST – Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
CORLANOR 7.5 MG TABLET	3	PA,QL(60 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES
CORVERT 0.1 MG/ML INTRAVENOUS SOLUTION	1		AGENTES CARDIOVASCULARES
COZAAR 100 MG TABLET	1	PA,QL(90 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES
COZAAR 25 MG TABLET	1	PA,QL(120 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES
COZAAR 50 MG TABLET	1	PA,QL(90 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES
digoxin 125 mcg (0.125 mg) tablet	1	QL(100 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES
digoxin 250 mcg (0.25 mg) tablet	1	QL(200 cada 90 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES
digoxin 250 mcg/ml (0.25 mg/ml) injection solution	1		AGENTES CARDIOVASCULARES
digoxin 50 mcg/ml (0.05 mg/ml) oral solution	1	QL(300 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES
digoxin 62.5 mcg (0.0625 mg) tablet	1		AGENTES CARDIOVASCULARES
dilt-xr 120 mg capsule, extended release	1	QL(120 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES
dilt-xr 180 mg capsule, extended release	1	QL(90 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES
dilt-xr 240 mg capsule, extended release	1	QL(60 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES
diltiazem 100 mg intravenous solution[MDO]	*		AGENTES CARDIOVASCULARES
diltiazem 120 mg tablet	1	QL(240 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES
diltiazem 30 mg tablet	1	QL(180 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES
diltiazem 5 mg/ml intravenous solution[MDO]	*		AGENTES CARDIOVASCULARES
diltiazem 60 mg tablet	1	QL(180 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES
diltiazem 90 mg tablet	1	QL(90 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES
diltiazem cd 120 mg capsule,extended release 24 hr	1	QL(120 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES
diltiazem cd 180 mg capsule,extended release 24 hr	1	QL(90 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES
diltiazem cd 240 mg capsule,extended release 24 hr	1	QL(60 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES
diltiazem cd 300 mg capsule,extended release 24 hr	1	QL(30 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES
diltiazem cd 360 mg capsule,extended release 24 hr	1		AGENTES CARDIOVASCULARES
diltiazem er (xr/xt) 120 mg capsule,extended release 24 hr, controlled	1	QL(120 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES
diltiazem er (xr/xt) 180 mg capsule,extended release 24 hr, controlled	1	QL(90 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES
diltiazem er (xr/xt) 240 mg capsule,extended release 24 hr, controlled	1	QL(60 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES

• MDO: Medicamento de uso únicamente médico • OTC – Medicamentos sin receta • PA – Autorización previa • QL – Límite de cantidad • ST – Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
diltiazem er 120 mg capsule,extended release 12 hr	2	ST	AGENTES CARDIOVASCULARES
diltiazem er 120 mg tablet,extended release 24 hr	2	ST	AGENTES CARDIOVASCULARES
diltiazem er 180 mg tablet,extended release 24 hr	2	ST	AGENTES CARDIOVASCULARES
diltiazem er 240 mg tablet,extended release 24 hr	2	ST	AGENTES CARDIOVASCULARES
diltiazem er 300 mg tablet,extended release 24 hr	2	ST	AGENTES CARDIOVASCULARES
diltiazem er 360 mg tablet,extended release 24 hr	2	ST	AGENTES CARDIOVASCULARES
diltiazem er 420 mg tablet,extended release 24 hr	2	ST	AGENTES CARDIOVASCULARES
diltiazem er 60 mg capsule,extended release 12 hr	2	ST	AGENTES CARDIOVASCULARES
diltiazem er 90 mg capsule,extended release 12 hr	2	ST	AGENTES CARDIOVASCULARES
diltiazem hcl 100 mg/100 ml (1 mg/ml) in sod chloride,iso-osm iv soln[MDO]	*		AGENTES CARDIOVASCULARES
DIOVAN 160 MG TABLET	1	PA	AGENTES CARDIOVASCULARES
DIOVAN 320 MG TABLET	1	PA	AGENTES CARDIOVASCULARES
DIOVAN 40 MG TABLET	1	PA	AGENTES CARDIOVASCULARES
DIOVAN 80 MG TABLET	1	PA	AGENTES CARDIOVASCULARES
DIOVAN HCT 160 MG-12.5 MG TABLET	1	PA	AGENTES CARDIOVASCULARES
DIOVAN HCT 160 MG-25 MG TABLET	1	PA	AGENTES CARDIOVASCULARES
DIOVAN HCT 320 MG-12.5 MG TABLET	1	PA	AGENTES CARDIOVASCULARES
DIOVAN HCT 320 MG-25 MG TABLET	1	PA	AGENTES CARDIOVASCULARES
DIOVAN HCT 80 MG-12.5 MG TABLET	1	PA	AGENTES CARDIOVASCULARES
disopyramide phosphate 100 mg capsule	1		AGENTES CARDIOVASCULARES
disopyramide phosphate 150 mg capsule	1		AGENTES CARDIOVASCULARES
dobutamine 1,000 mg/250 ml(4,000 mcg/ml) in 5 % dextrose iv	1		AGENTES CARDIOVASCULARES
dobutamine 250 mg/20 ml (12.5 mg/ml) intravenous solution	1		AGENTES CARDIOVASCULARES
dobutamine 250 mg/250 ml (1 mg/ml) in 5 % dextrose intravenous	1		AGENTES CARDIOVASCULARES
dobutamine 500 mg/250 ml (2,000 mcg/ml) in 5 % dextrose iv	1		AGENTES CARDIOVASCULARES
dofetilide 125 mcg capsule	1		AGENTES CARDIOVASCULARES
dofetilide 250 mcg capsule	1		AGENTES CARDIOVASCULARES

• MDO: Medicamento de uso únicamente médico • OTC – Medicamentos sin receta • PA – Autorización previa • QL – Límite de cantidad • ST – Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
dofetilide 500 mcg capsule	1		AGENTES CARDIOVASCULARES
dopamine 200 mg/250 ml (800 mcg/ml) in 5 % dextrose intravenous soln	1		AGENTES CARDIOVASCULARES
dopamine 200 mg/5 ml (40 mg/ml) intravenous solution	1		AGENTES CARDIOVASCULARES
dopamine 400 mg/10 ml (40 mg/ml) intravenous solution	1		AGENTES CARDIOVASCULARES
dopamine 400 mg/250 ml (1,600 mcg/ml) in 5 % dextrose intravenous soln	1		AGENTES CARDIOVASCULARES
dopamine 400 mg/500 ml (800 mcg/ml) in 5 % dextrose intravenous soln	1		AGENTES CARDIOVASCULARES
dopamine 800 mg/250 ml (3,200 mcg/ml) in 5 % dextrose intravenous soln	1		AGENTES CARDIOVASCULARES
dopamine 800 mg/500 ml (1,600 mcg/ml) in 5 % dextrose intravenous soln	1		AGENTES CARDIOVASCULARES
doxazosin 1 mg tablet	1	QL(210 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES
doxazosin 2 mg tablet	1	QL(210 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES
doxazosin 4 mg tablet	1	QL(120 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES
doxazosin 8 mg tablet	1	QL(60 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES
droxidopa 100 mg capsule	1	QL(90 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES
droxidopa 200 mg capsule	1	QL(90 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES
droxidopa 300 mg capsule	1	QL(180 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES
EDARBI 40 MG TABLET	1		AGENTES CARDIOVASCULARES
EDARBI 80 MG TABLET	1		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	QL(60 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES
enalapril 5 mg-hydrochlorothiazide 12.5 mg tablet	1	QL(60 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES
enalapril maleate 1 mg/ml oral solution	1	PA,QL(150 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES
enalapril maleate 10 mg tablet	1	QL(60 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES
enalapril maleate 2.5 mg tablet	1	QL(90 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES
enalapril maleate 20 mg tablet	1	QL(60 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES
enalapril maleate 5 mg tablet	1	QL(90 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES
enalaprilat 1.25 mg/ml intravenous solution	1		AGENTES CARDIOVASCULARES

• MDO: Medicamento de uso únicamente médico • OTC – Medicamentos sin receta • PA – Autorización previa • QL – Límite de cantidad • ST – Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
ENBUMYST 0.5 MG/SPRAY (0.1 ML) NASAL SPRAY	3	PA,QL(36 cada 36 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES
ENTRESTO 24 MG-26 MG TABLET	3	PA,QL(60 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES
ENTRESTO 49 MG-51 MG TABLET	3	PA,QL(60 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES
ENTRESTO 97 MG-103 MG TABLET	3	PA,QL(60 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES
ENTRESTO SPRINKLE 15 MG-16 MG ORAL PELLET	3	PA,QL(240 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES
ENTRESTO SPRINKLE 6 MG-6 MG ORAL PELLET	3	PA,QL(240 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES
EPANED 1 MG/ML ORAL SOLUTION	1	PA,QL(150 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES
epinephrine bitart 16 mg/250 ml (64 mcg/ml) in 0.9 % sod chlor iv soln[MDO]	*		AGENTES CARDIOVASCULARES
epinephrine bitart 4 mg/250 ml (16 mcg/ml) in 0.9 % sod chlor iv soln[MDO]	*		AGENTES CARDIOVASCULARES
epinephrine hcl (pf) 1 mg/ml (1 ml) injection solution	1		AGENTES CARDIOVASCULARES
eplerenone 25 mg tablet	1		AGENTES CARDIOVASCULARES
eplerenone 50 mg tablet	1		AGENTES CARDIOVASCULARES
esmolol 100 mg/10 ml (10 mg/ml) intravenous solution	1		AGENTES CARDIOVASCULARES
esmolol 2,000 mg/100 ml (20 mg/ml) in sodium chloride (iso-osmotic) iv	1		AGENTES CARDIOVASCULARES
esmolol 2,000 mg/100 ml (20 mg/ml) in sterile water intravenous soln	1		AGENTES CARDIOVASCULARES
esmolol 2,500 mg/250 ml (10 mg/ml) in sodium chloride (iso-osmotic) iv	1		AGENTES CARDIOVASCULARES
esmolol 2,500 mg/250 ml (10 mg/ml) in sterile water intravenous soln	1		AGENTES CARDIOVASCULARES
ethacrynate sodium 50 mg intravenous solution	1		AGENTES CARDIOVASCULARES
ethacrynic acid 25 mg tablet	1		AGENTES CARDIOVASCULARES
EVKEEZA 150 MG/ML INTRAVENOUS SOLUTION	3	PA	AGENTES CARDIOVASCULARES
EXFORGE 10 MG-160 MG TABLET	1	PA,QL(30 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES
EXFORGE 10 MG-320 MG TABLET	1	PA,QL(30 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES
EXFORGE 5 MG-160 MG TABLET	1	PA,QL(30 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES
EXFORGE 5 MG-320 MG TABLET	1	PA,QL(30 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES
EXFORGE HCT 10 MG-160 MG-12.5 MG TABLET	2	PA,ST,QL(30 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES
EXFORGE HCT 10 MG-160 MG-25 MG TABLET	2	PA,ST,QL(30 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES
EXFORGE HCT 10 MG-320 MG-25 MG TABLET	2	PA,ST,QL(30 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES

• MDO: Medicamento de uso únicamente médico • OTC – Medicamentos sin receta • PA – Autorización previa • QL – Límite de cantidad • ST – Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
EXFORGE HCT 5 MG-160 MG-12.5 MG TABLET	2	PA,ST,QL(30 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES
ezetimibe 10 mg tablet	1		AGENTES CARDIOVASCULARES
ezetimibe 10 mg-simvastatin 10 mg tablet	3	PA,QL(30 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES
ezetimibe 10 mg-simvastatin 20 mg tablet	3	PA,QL(30 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES
ezetimibe 10 mg-simvastatin 40 mg tablet	3	PA,QL(30 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES
ezetimibe 10 mg-simvastatin 80 mg tablet	3	PA,QL(30 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES
felodipine er 10 mg tablet,extended release 24 hr	1	QL(30 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES
felodipine er 2.5 mg tablet,extended release 24 hr	1	QL(30 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES
felodipine er 5 mg tablet,extended release 24 hr	1	QL(30 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES
fenofibrate 120 mg tablet	2	ST	AGENTES CARDIOVASCULARES
fenofibrate 150 mg capsule	2	ST	AGENTES CARDIOVASCULARES
fenofibrate 160 mg tablet	1		AGENTES CARDIOVASCULARES
fenofibrate 40 mg tablet	2	ST	AGENTES CARDIOVASCULARES
fenofibrate 50 mg capsule	2	ST	AGENTES CARDIOVASCULARES
fenofibrate 54 mg tablet	1		AGENTES CARDIOVASCULARES
fenofibrate micronized 130 mg capsule	2	ST	AGENTES CARDIOVASCULARES
fenofibrate micronized 134 mg capsule	1		AGENTES CARDIOVASCULARES
fenofibrate micronized 200 mg capsule	1		AGENTES CARDIOVASCULARES
fenofibrate micronized 43 mg capsule	2	ST	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	2	ST	AGENTES CARDIOVASCULARES
fenofibric acid (choline) 45 mg capsule,delayed release	1	QL(60 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES
flecainide 100 mg tablet	1		AGENTES CARDIOVASCULARES
flecainide 150 mg tablet	1		AGENTES CARDIOVASCULARES
flecainide 50 mg tablet	1		AGENTES CARDIOVASCULARES

• MDO: Medicamento de uso únicamente médico • OTC – Medicamentos sin receta • PA – Autorización previa • QL – Límite de cantidad • ST – Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
fluvastatin 20 mg capsule	3	PA	AGENTES CARDIOVASCULARES
fluvastatin 40 mg capsule	3	PA	AGENTES CARDIOVASCULARES
fluvastatin er 80 mg tablet,extended release 24 hr	3	PA	AGENTES CARDIOVASCULARES
fosinopril 10 mg tablet	1		AGENTES CARDIOVASCULARES
fosinopril 10 mg-hydrochlorothiazide 12.5 mg tablet	2	ST	AGENTES CARDIOVASCULARES
fosinopril 20 mg tablet	1		AGENTES CARDIOVASCULARES
fosinopril 20 mg-hydrochlorothiazide 12.5 mg tablet	2	ST	AGENTES CARDIOVASCULARES
fosinopril 40 mg tablet	1		AGENTES CARDIOVASCULARES
FUROSCIX 80 MG/10 ML SUBCUTANEOUS WEARABLE INJECTOR KIT	3	PA	AGENTES CARDIOVASCULARES
FUROSCIX READYFLOW 80 MG/ML SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR	3	PA	AGENTES CARDIOVASCULARES
furosemide 10 mg/ml injection solution	1		AGENTES CARDIOVASCULARES
furosemide 10 mg/ml oral solution	1		AGENTES CARDIOVASCULARES
furosemide 20 mg tablet	1	QL(900 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES
furosemide 40 mg tablet	1	QL(450 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES
furosemide 40 mg/5 ml (8 mg/ml) oral solution	1		AGENTES CARDIOVASCULARES
furosemide 80 mg tablet	1	QL(240 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES
gemfibrozil 600 mg tablet	1	QL(60 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES
GIAPREZA 0.5 MG/ML INTRAVENOUS SOLUTION[MDO]	*		AGENTES CARDIOVASCULARES
GIAPREZA 2.5 MG/ML INTRAVENOUS SOLUTION[MDO]	*		AGENTES CARDIOVASCULARES
guanfacine 1 mg tablet	1		AGENTES CARDIOVASCULARES
guanfacine 2 mg tablet	1		AGENTES CARDIOVASCULARES
HEMANGEOL 4.28 MG/ML ORAL SOLUTION	3	PA,QL(120 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES
HEMICLOR 12.5 MG TABLET	3	PA,QL(240 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES
hydralazine 10 mg tablet	1	QL(900 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES
hydralazine 100 mg tablet	1	QL(90 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES
hydralazine 20 mg/ml injection solution	1		AGENTES CARDIOVASCULARES
hydralazine 25 mg tablet	1	QL(330 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES

• MDO: Medicamento de uso únicamente médico • OTC – Medicamentos sin receta • PA – Autorización previa • QL – Límite de cantidad • ST – Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
hydralazine 50 mg tablet	1	QL(150 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES
hydrochlorothiazide 12.5 mg capsule	1	QL(90 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES
hydrochlorothiazide 12.5 mg tablet	1		AGENTES CARDIOVASCULARES
hydrochlorothiazide 25 mg tablet	1	QL(90 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES
hydrochlorothiazide 50 mg tablet	1	QL(90 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES
HYZAAR 100 MG-12.5 MG TABLET	1	PA,QL(60 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES
HYZAAR 100 MG-25 MG TABLET	1	PA,QL(60 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES
HYZAAR 50 MG-12.5 MG TABLET	1	PA,QL(60 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES
ibutilide fumarate 0.1 mg/ml intravenous solution	1		AGENTES CARDIOVASCULARES
icosapent ethyl 0.5 gram capsule	3	PA,QL(240 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES
icosapent ethyl 1 gram capsule	3	PA,QL(120 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES
IMMPHENTIV 0.1 MG/ML INTRAVENOUS SOLUTION[MDO]	*		AGENTES CARDIOVASCULARES
indapamide 1.25 mg tablet	1	QL(60 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES
indapamide 2.5 mg tablet	1	QL(60 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES
INDERAL LA 120 MG CAPSULE,EXTENDED RELEASE	1	PA,QL(90 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES
INDERAL LA 160 MG CAPSULE,EXTENDED RELEASE	1	PA,QL(60 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES
INDERAL LA 60 MG CAPSULE,EXTENDED RELEASE	1	PA,QL(60 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES
INDERAL LA 80 MG CAPSULE,EXTENDED RELEASE	1	PA,QL(60 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES
INDERAL XL 120 MG CAPSULE,EXTENDED RELEASE	1		AGENTES CARDIOVASCULARES
INDERAL XL 80 MG CAPSULE,EXTENDED RELEASE	1	PA	AGENTES CARDIOVASCULARES
INNOPRAN XL 120 MG CAPSULE,EXTENDED RELEASE	1		AGENTES CARDIOVASCULARES
INNOPRAN XL 80 MG CAPSULE,EXTENDED RELEASE	1	PA	AGENTES CARDIOVASCULARES
INPEFA 200 MG TABLET	3	PA,QL(30 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES
INPEFA 400 MG TABLET	3	PA,QL(30 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES
INSPRA 25 MG TABLET	1	PA	AGENTES CARDIOVASCULARES
INSPRA 50 MG TABLET	1	PA	AGENTES CARDIOVASCULARES
INZIRQO 10 MG/ML ORAL SUSPENSION	3	PA,QL(240 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES

• MDO: Medicamento de uso únicamente médico • OTC – Medicamentos sin receta • PA – Autorización previa • QL – Límite de cantidad • ST – Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
irbesartan 150 mg tablet	1		AGENTES CARDIOVASCULARES
irbesartan 150 mg-hydrochlorothiazide 12.5 mg tablet	1		AGENTES CARDIOVASCULARES
irbesartan 300 mg tablet	1		AGENTES CARDIOVASCULARES
irbesartan 300 mg-hydrochlorothiazide 12.5 mg tablet	1		AGENTES CARDIOVASCULARES
irbesartan 75 mg tablet	1		AGENTES CARDIOVASCULARES
isoproterenol 0.2 mg/ml injection solution	1		AGENTES CARDIOVASCULARES
isosorbide 20 mg-hydralazine 37.5 mg tablet	1		AGENTES CARDIOVASCULARES
isosorbide dinitrate 10 mg tablet	1	QL(150 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES
isosorbide dinitrate 20 mg tablet	1	QL(180 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES
isosorbide dinitrate 30 mg tablet	1	QL(90 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES
isosorbide dinitrate 40 mg tablet	1		AGENTES CARDIOVASCULARES
isosorbide dinitrate 5 mg tablet	1	QL(90 cada 30 días)	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	QL(60 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES
isosorbide mononitrate er 30 mg tablet,extended release 24 hr	1	QL(180 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES
isosorbide mononitrate er 60 mg tablet,extended release 24 hr	1	QL(90 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES
isradipine 2.5 mg capsule	2	ST	AGENTES CARDIOVASCULARES
isradipine 5 mg capsule	2	ST	AGENTES CARDIOVASCULARES
ivabradine 5 mg tablet	3	PA,QL(60 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES
ivabradine 7.5 mg tablet	3	PA,QL(60 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES
JAVADIN 0.02 MG/ML (20 MCG/ML) ORAL SOLUTION	3	PA,QL(1000 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES
JUXTAPID 10 MG CAPSULE	3	PA,QL(28 cada 28 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES
JUXTAPID 2 MG CAPSULE	3	PA,QL(28 cada 28 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES
JUXTAPID 20 MG CAPSULE	3	PA,QL(28 cada 28 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES
JUXTAPID 30 MG CAPSULE	3	PA,QL(28 cada 28 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES
JUXTAPID 5 MG CAPSULE	3	PA,QL(28 cada 28 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES

• MDO: Medicamento de uso únicamente médico • OTC – Medicamentos sin receta • PA – Autorización previa • QL – Límite de cantidad • ST – Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
KAPSPARGO SPRINKLE 100 MG CAPSULE,EXTENDED RELEASE	3	PA,QL(30 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES
KAPSPARGO SPRINKLE 200 MG CAPSULE,EXTENDED RELEASE	3	PA,QL(30 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES
KAPSPARGO SPRINKLE 25 MG CAPSULE,EXTENDED RELEASE	3	PA,QL(30 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES
KAPSPARGO SPRINKLE 50 MG CAPSULE,EXTENDED RELEASE	3	PA,QL(30 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES
KATERZIA 1 MG/ML ORAL SUSPENSION	3	PA,QL(300 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES
KERENDIA 10 MG TABLET	3	PA,QL(30 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES
KERENDIA 20 MG TABLET	3	PA,QL(30 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES
KERENDIA 40 MG TABLET	3	PA,QL(30 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES
labetalol 10 mg/2 ml (5 mg/ml) intravenous syringe	1		AGENTES CARDIOVASCULARES
labetalol 100 mg tablet	1	QL(720 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES
labetalol 20 mg/4 ml (5 mg/ml) intravenous syringe	1		AGENTES CARDIOVASCULARES
labetalol 200 mg tablet	1	QL(360 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES
labetalol 300 mg tablet	1	QL(240 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES
labetalol 400 mg tablet	3	PA,QL(60 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES
labetalol 5 mg/ml intravenous solution	1		AGENTES CARDIOVASCULARES
LANOXIN 250 MCG/ML (0.25 MG/ML) INJECTION SOLUTION	1		AGENTES CARDIOVASCULARES
LANOXIN 500 MCG/2 ML (250 MCG/ML) (0.5 MG/2 ML) INJECTION SOLUTION	1		AGENTES CARDIOVASCULARES
LANOXIN PEDIATRIC 100 MCG/ML (0.1 MG/ML) INJECTION SOLUTION	1		AGENTES CARDIOVASCULARES
LASIX 20 MG TABLET	1	PA,QL(900 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES
LASIX 40 MG TABLET	1	PA,QL(450 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES
LASIX 80 MG TABLET	1	PA,QL(240 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES
LASIX ONYU 80 MG/2.67 ML SUBCUTANEOUS WEARABLE INJECTOR KIT	3	PA	AGENTES CARDIOVASCULARES
LEQVIO 284 MG/1.5 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE	3	PA,QL(1.5 cada 180 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES
LESCOL XL 80 MG TABLET,EXTENDED RELEASE	3	PA	AGENTES CARDIOVASCULARES
LEVOPHED 1 MG/ML INTRAVENOUS SOLUTION	1		AGENTES CARDIOVASCULARES
lidocaine (pf) 100 mg/5 ml (2 %) intravenous syringe	1		AGENTES CARDIOVASCULARES
lidocaine (pf) 20 mg/ml (2 %) intravenous solution	1		AGENTES CARDIOVASCULARES

• MDO: Medicamento de uso únicamente médico • OTC – Medicamentos sin receta • PA – Autorización previa • QL – Límite de cantidad • ST – Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
lidocaine (pf) 4 mg/ml (0.4 %) in 5 % dextrose intravenous solution	1		AGENTES CARDIOVASCULARES
lidocaine (pf) 50 mg/5 ml (1 %) intravenous syringe	1		AGENTES CARDIOVASCULARES
lidocaine (pf) 8 mg/ml (0.8 %) in 5 % dextrose intravenous solution	1		AGENTES CARDIOVASCULARES
LIPFENDRA 20 MG TABLET	3	PA,QL(30 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES
LIPITOR 10 MG TABLET	1	PA,QL(60 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES
LIPITOR 20 MG TABLET	1	PA,QL(60 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES
LIPITOR 40 MG TABLET	1	PA,QL(60 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES
LIPITOR 80 MG TABLET	1	PA,QL(30 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES
LIPOFEN 150 MG CAPSULE	2	PA,ST	AGENTES CARDIOVASCULARES
LIPOFEN 50 MG CAPSULE	2	ST	AGENTES CARDIOVASCULARES
lisinopril 10 mg tablet	1	QL(240 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES
lisinopril 10 mg-hydrochlorothiazide 12.5 mg tablet	1	QL(120 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES
lisinopril 2.5 mg tablet	1	QL(180 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES
lisinopril 20 mg tablet	1	QL(120 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES
lisinopril 20 mg-hydrochlorothiazide 12.5 mg tablet	1	QL(120 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES
lisinopril 20 mg-hydrochlorothiazide 25 mg tablet	1	QL(120 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES
lisinopril 30 mg tablet	1	QL(60 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES
lisinopril 40 mg tablet	1	QL(60 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES
lisinopril 5 mg tablet	1	QL(180 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES
LIVALO 1 MG TABLET	3	PA	AGENTES CARDIOVASCULARES
LIVALO 2 MG TABLET	3	PA	AGENTES CARDIOVASCULARES
LIVALO 4 MG TABLET	3	PA	AGENTES CARDIOVASCULARES
LODOCO 0.5 MG TABLET	3	PA,QL(30 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES
LOPID 600 MG TABLET	1	PA,QL(60 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES
LOPRESSOR 10 MG/ML ORAL SOLUTION	3	PA,QL(1200 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES
LOPRESSOR 100 MG TABLET	1	PA,QL(150 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES
LOPRESSOR 12.5 MG TABLET	3	PA,QL(240 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES

• MDO: Medicamento de uso únicamente médico • OTC – Medicamentos sin receta • PA – Autorización previa • QL – Límite de cantidad • ST – Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
LOPRESSOR 50 MG TABLET	1	PA,QL(180 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES
losartan 100 mg tablet	1	QL(90 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES
losartan 100 mg-hydrochlorothiazide 12.5 mg tablet	1	QL(60 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES
losartan 100 mg-hydrochlorothiazide 25 mg tablet	1	QL(60 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES
losartan 25 mg tablet	1	QL(120 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES
losartan 50 mg tablet	1	QL(90 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES
losartan 50 mg-hydrochlorothiazide 12.5 mg tablet	1	QL(60 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES
LOTENSIN 10 MG TABLET	1	PA,QL(90 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES
LOTENSIN 20 MG TABLET	1	PA,QL(60 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES
LOTENSIN 40 MG TABLET	1	PA,QL(60 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES
LOTENSIN HCT 10 MG-12.5 MG TABLET	1	PA,QL(60 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES
LOTENSIN HCT 20 MG-12.5 MG TABLET	1	PA,QL(60 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES
LOTENSIN HCT 20 MG-25 MG TABLET	1	PA,QL(60 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES
lovastatin 10 mg tablet	1	QL(60 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES
lovastatin 20 mg tablet	1	QL(60 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES
lovastatin 40 mg tablet	1	QL(60 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES
mannitol 20 % intravenous solution	1		AGENTES CARDIOVASCULARES
mannitol 25 % intravenous solution	1		AGENTES CARDIOVASCULARES
matzim la 180 mg tablet,extended release	2	ST	AGENTES CARDIOVASCULARES
matzim la 240 mg tablet,extended release	2	ST	AGENTES CARDIOVASCULARES
matzim la 300 mg tablet,extended release	2	ST	AGENTES CARDIOVASCULARES
matzim la 360 mg tablet,extended release	2	ST	AGENTES CARDIOVASCULARES
matzim la 420 mg tablet,extended release	2	ST	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

• MDO: Medicamento de uso únicamente médico • OTC – Medicamentos sin receta • PA – Autorización previa • QL – Límite de cantidad • ST – Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
metolazone 5 mg tablet	1		AGENTES CARDIOVASCULARES
metoprolol succinate er 100 mg tablet,extended release 24 hr	1	QL(60 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES
metoprolol succinate er 200 mg tablet,extended release 24 hr	1	QL(60 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES
metoprolol succinate er 25 mg tablet,extended release 24 hr	1	QL(90 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES
metoprolol succinate er 50 mg tablet,extended release 24 hr	1	QL(90 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES
metoprolol tartrate 100 mg tablet	1	QL(150 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES
metoprolol tartrate 100 mg-hydrochlorothiazide 25 mg tablet	1	QL(30 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES
metoprolol tartrate 100 mg-hydrochlorothiazide 50 mg tablet	1	QL(60 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES
metoprolol tartrate 12.5 mg tablet	3	PA,QL(240 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES
metoprolol tartrate 25 mg tablet	1	QL(180 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES
metoprolol tartrate 37.5 mg tablet	1	QL(150 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES
metoprolol tartrate 5 mg/5 ml intravenous solution	1		AGENTES CARDIOVASCULARES
metoprolol tartrate 50 mg tablet	1	QL(180 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES
metoprolol tartrate 50 mg-hydrochlorothiazide 25 mg tablet	1	QL(60 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES
metoprolol tartrate 75 mg tablet	1	QL(150 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES
metyrosine 250 mg capsule	1		AGENTES CARDIOVASCULARES
mexiletine 150 mg capsule	1		AGENTES CARDIOVASCULARES
mexiletine 200 mg capsule	1		AGENTES CARDIOVASCULARES
mexiletine 250 mg capsule	1		AGENTES CARDIOVASCULARES
MICARDIS HCT 40 MG-12.5 MG TABLET	1	PA	AGENTES CARDIOVASCULARES
MICARDIS HCT 80 MG-12.5 MG TABLET	1	PA	AGENTES CARDIOVASCULARES
MICARDIS HCT 80 MG-25 MG TABLET	1	PA	AGENTES CARDIOVASCULARES
midodrine 10 mg tablet	1		AGENTES CARDIOVASCULARES
midodrine 2.5 mg tablet	1		AGENTES CARDIOVASCULARES
midodrine 5 mg tablet	1		AGENTES CARDIOVASCULARES
milrinone 1 mg/ml intravenous solution	1		AGENTES CARDIOVASCULARES
milrinone 20 mg/100 ml(200 mcg/ml) in 5 % dextrose intravenous piggybk	1		AGENTES CARDIOVASCULARES

• MDO: Medicamento de uso únicamente médico • OTC – Medicamentos sin receta • PA – Autorización previa • QL – Límite de cantidad • ST – Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
milrinone 40 mg/200 ml(200 mcg/ml) in 5 % dextrose intravenous piggybk	1		AGENTES CARDIOVASCULARES
minoxidil 10 mg tablet	1	QL(300 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES
minoxidil 2.5 mg tablet	1	QL(120 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES
moexipril 15 mg tablet	2	ST,QL(120 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES
moexipril 7.5 mg tablet	2	ST,QL(120 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES
MULTAQ 400 MG TABLET	1		AGENTES CARDIOVASCULARES
MYQORZO 10 MG TABLET	3	PA,QL(30 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES
MYQORZO 15 MG TABLET	3	PA,QL(30 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES
MYQORZO 20 MG TABLET	3	PA,QL(30 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES
MYQORZO 5 MG TABLET	3	PA,QL(30 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES
nadolol 20 mg tablet	1		AGENTES CARDIOVASCULARES
nadolol 40 mg tablet	1	QL(120 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES
nadolol 80 mg tablet	1	QL(120 cada 30 días)	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
NEXICLON XR 0.17 MG TABLET,EXTENDED RELEASE	3	PA	AGENTES CARDIOVASCULARES
NEXLETOL 180 MG TABLET	3	PA,QL(30 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES
NEXLIZET 180 MG-10 MG TABLET	3	PA,QL(30 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES
NEXTERONE 150 MG/100 ML (1.5 MG/ML) INTRAVENOUS SOLUTION[MDO]	*		AGENTES CARDIOVASCULARES
NEXTERONE 360 MG/200 ML (1.8 MG/ML) INTRAVENOUS SOLUTION[MDO]	*		AGENTES CARDIOVASCULARES
niacin 500 mg tablet	1	PA,QL(180 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES
niacin er 1,000 mg tablet,extended release 24 hr	1	QL(60 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES
niacin er 500 mg tablet,extended release 24 hr	1	QL(90 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES
niacin er 750 mg tablet,extended release 24 hr	1	QL(60 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES
nicardipine (pf) 25 mg/10 ml intravenous solution	1		AGENTES CARDIOVASCULARES

• MDO: Medicamento de uso únicamente médico • OTC – Medicamentos sin receta • PA – Autorización previa • QL – Límite de cantidad • ST – Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
nicardipine 20 mg capsule	1	ST	AGENTES CARDIOVASCULARES
nicardipine 20 mg/200 ml(0.1 mg/ml) in sod chlor(iso) intravenous soln	1		AGENTES CARDIOVASCULARES
nicardipine 25 mg/10 ml intravenous solution	1		AGENTES CARDIOVASCULARES
nicardipine 30 mg capsule	1	ST	AGENTES CARDIOVASCULARES
nicardipine 40 mg/200 ml(0.2 mg/ml) in sod chlor(iso) intravenous soln	1		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
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	QL(252 cada 21 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES
nimodipine 60 mg/20 ml oral solution	1	QL(2838 cada 21 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES
NIPRIDE RTU 20 MG/100 ML (0.2 MG/ML) INTRAVENOUS SOLUTION[MDO]	*		AGENTES CARDIOVASCULARES
NIPRIDE RTU 50 MG/100 ML (0.5 MG/ML) INTRAVENOUS SOLUTION[MDO]	*		AGENTES CARDIOVASCULARES
nisoldipine er 17 mg tablet,extended release 24 hr	2	ST	AGENTES CARDIOVASCULARES
nisoldipine er 34 mg tablet,extended release 24 hr	2	ST	AGENTES CARDIOVASCULARES
nisoldipine er 8.5 mg tablet,extended release 24 hr	2	ST	AGENTES CARDIOVASCULARES
NITRO-BID 2 % TRANSDERMAL OINTMENT	1		AGENTES CARDIOVASCULARES
NITRO-DUR 0.1 MG/HR TRANSDERMAL 24 HOUR PATCH	1	PA,QL(30 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES
NITRO-DUR 0.2 MG/HR TRANSDERMAL 24 HOUR PATCH	1	PA,QL(30 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES
NITRO-DUR 0.3 MG/HR TRANSDERMAL 24 HOUR PATCH	1		AGENTES CARDIOVASCULARES
NITRO-DUR 0.4 MG/HR TRANSDERMAL 24 HOUR PATCH	1	PA,QL(30 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES
NITRO-DUR 0.6 MG/HR TRANSDERMAL 24 HOUR PATCH	1	PA	AGENTES CARDIOVASCULARES
NITRO-DUR 0.8 MG/HR TRANSDERMAL 24 HOUR PATCH	1		AGENTES CARDIOVASCULARES

• MDO: Medicamento de uso únicamente médico • OTC – Medicamentos sin receta • PA – Autorización previa • QL – Límite de cantidad • ST – Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
nitroglycerin 0.1 mg/hr transdermal 24 hour patch	1	QL(30 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES
nitroglycerin 0.2 mg/hr transdermal 24 hour patch	1	QL(30 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES
nitroglycerin 0.3 mg sublingual tablet	1	QL(400 cada 90 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES
nitroglycerin 0.4 mg sublingual tablet	1	QL(400 cada 90 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES
nitroglycerin 0.4 mg/hr transdermal 24 hour patch	1	QL(30 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES
nitroglycerin 0.6 mg sublingual tablet	1		AGENTES CARDIOVASCULARES
nitroglycerin 0.6 mg/hr transdermal 24 hour patch	1		AGENTES CARDIOVASCULARES
nitroglycerin 100 mg/250 ml (400 mcg/ml) in 5 % dextrose intravenous	1		AGENTES CARDIOVASCULARES
nitroglycerin 2 % transdermal ointment	1		AGENTES CARDIOVASCULARES
nitroglycerin 25 mg/250 ml (100 mcg/ml) in 5 % dextrose intravenous	1		AGENTES CARDIOVASCULARES
nitroglycerin 400 mcg/spray translingual	1	QL(12 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES
nitroglycerin 50 mg/10 ml (5 mg/ml) intravenous solution	1		AGENTES CARDIOVASCULARES
nitroglycerin 50 mg/250 ml (200 mcg/ml) in 5 % dextrose intravenous	1		AGENTES CARDIOVASCULARES
NITROLINGUAL 400 MCG/SPRAY	1	PA,QL(12 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES
nitroprusside 20 mg/100 ml (0.2 mg/ml) in 0.9% sodium chloride iv soln[MDO]	*		AGENTES CARDIOVASCULARES
nitroprusside 50 mg/100 ml (0.5 mg/ml) in 0.9% sodium chloride iv soln[MDO]	*		AGENTES CARDIOVASCULARES
NITROSTAT 0.3 MG SUBLINGUAL TABLET	1	PA,QL(400 cada 90 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES
NITROSTAT 0.4 MG SUBLINGUAL TABLET	1	PA,QL(400 cada 90 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES
NITROSTAT 0.6 MG SUBLINGUAL TABLET	1	PA	AGENTES CARDIOVASCULARES
norepinephrine bitartrate 1 mg/ml intravenous solution	1		AGENTES CARDIOVASCULARES
norepinephrine bitartrate 16 mg/250 ml (64 mcg/ml) in 0.9 % nacl iv	1		AGENTES CARDIOVASCULARES
norepinephrine bitartrate 16 mg/250 ml (64 mcg/ml) in dextrose 5 % iv	1		AGENTES CARDIOVASCULARES
NOREPINEPHRINE BITARTRATE 32 MG/250 ML (128 MCG/ML) IN 0.9 % NACL IV	1		AGENTES CARDIOVASCULARES
norepinephrine bitartrate 4 mg/250 ml (16 mcg/ml) in 0.9 % nacl iv	1		AGENTES CARDIOVASCULARES
norepinephrine bitartrate 4 mg/250 ml (16 mcg/ml) in dextrose 5 % iv	1		AGENTES CARDIOVASCULARES
norepinephrine bitartrate 8 mg/250 ml (32 mcg/ml) in 0.9 % nacl iv	1		AGENTES CARDIOVASCULARES
norepinephrine bitartrate 8 mg/250 ml (32 mcg/ml) in dextrose 5 % iv	1		AGENTES CARDIOVASCULARES

• MDO: Medicamento de uso únicamente médico • OTC – Medicamentos sin receta • PA – Autorización previa • QL – Límite de cantidad • ST – Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
NORLIQVA 1 MG/ML ORAL SOLUTION	3	PA,QL(300 cada 30 dÍas)	AGENTES CARDIOVASCULARES
NORPACE 100 MG CAPSULE	1	PA	AGENTES CARDIOVASCULARES
NORPACE 150 MG CAPSULE	1	PA	AGENTES CARDIOVASCULARES
NORPACE CR 100 MG CAPSULE,EXTENDED RELEASE	1		AGENTES CARDIOVASCULARES
NORPACE CR 150 MG CAPSULE,EXTENDED RELEASE	1	PA	AGENTES CARDIOVASCULARES
NORTHERA 100 MG CAPSULE	1	PA,QL(90 cada 30 dÍas)	AGENTES CARDIOVASCULARES
NORTHERA 200 MG CAPSULE	1	PA,QL(90 cada 30 dÍas)	AGENTES CARDIOVASCULARES
NORTHERA 300 MG CAPSULE	1	PA,QL(180 cada 30 dÍas)	AGENTES CARDIOVASCULARES
NORVASC 10 MG TABLET	1	PA,QL(60 cada 30 dÍas)	AGENTES CARDIOVASCULARES
NORVASC 2.5 MG TABLET	1	PA,QL(180 cada 30 dÍas)	AGENTES CARDIOVASCULARES
NORVASC 5 MG TABLET	1	PA,QL(60 cada 30 dÍas)	AGENTES CARDIOVASCULARES
NYMALIZE 30 MG/5 ML ORAL SYRINGE (FOR ORAL USE ONLY)	1	PA,QL(630 cada 21 dÍas)	AGENTES CARDIOVASCULARES
NYMALIZE 60 MG/10 ML ORAL SOLUTION	1	PA,QL(1260 cada 21 dÍas)	AGENTES CARDIOVASCULARES
NYMALIZE 60 MG/10 ML ORAL SYRINGE (FOR ORAL USE ONLY)	1	PA,QL(1260 cada 21 dÍas)	AGENTES CARDIOVASCULARES
olmesartan 20 mg tablet	1	QL(90 cada 30 dÍas)	AGENTES CARDIOVASCULARES
olmesartan 20 mg-amlodipine 5 mg-hydrochlorothiazide 12.5 mg tablet	2	ST	AGENTES CARDIOVASCULARES
olmesartan 20 mg-hydrochlorothiazide 12.5 mg tablet	1	QL(60 cada 30 dÍas)	AGENTES CARDIOVASCULARES
olmesartan 40 mg tablet	1	QL(60 cada 30 dÍas)	AGENTES CARDIOVASCULARES
olmesartan 40 mg-amlodipine 10 mg-hydrochlorothiazide 12.5 mg tablet	2	ST	AGENTES CARDIOVASCULARES
olmesartan 40 mg-amlodipine 10 mg-hydrochlorothiazide 25 mg tablet	2	ST	AGENTES CARDIOVASCULARES
olmesartan 40 mg-amlodipine 5 mg-hydrochlorothiazide 12.5 mg tablet	2	ST	AGENTES CARDIOVASCULARES
olmesartan 40 mg-amlodipine 5 mg-hydrochlorothiazide 25 mg tablet	2	ST	AGENTES CARDIOVASCULARES
olmesartan 40 mg-hydrochlorothiazide 12.5 mg tablet	1	QL(60 cada 30 dÍas)	AGENTES CARDIOVASCULARES
olmesartan 40 mg-hydrochlorothiazide 25 mg tablet	1	QL(60 cada 30 dÍas)	AGENTES CARDIOVASCULARES
olmesartan 5 mg tablet	1	QL(180 cada 30 dÍas)	AGENTES CARDIOVASCULARES
omega-3 acid ethyl esters 1 gram capsule	1	QL(120 cada 30 dÍas)	AGENTES CARDIOVASCULARES
OSMITROL 20 % INTRAVENOUS SOLUTION	1		AGENTES CARDIOVASCULARES

• MDO: Medicamento de uso únicamente médico • OTC – Medicamentos sin receta • PA – Autorización previa • QL – Límite de cantidad • ST – Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
PACERONE 100 MG TABLET	1	PA	AGENTES CARDIOVASCULARES
pacerone 200 mg tablet	1		AGENTES CARDIOVASCULARES
pentoxifylline er 400 mg tablet,extended release	1		AGENTES CARDIOVASCULARES
perindopril erbumine 2 mg tablet	2	ST	AGENTES CARDIOVASCULARES
perindopril erbumine 4 mg tablet	2	ST	AGENTES CARDIOVASCULARES
perindopril erbumine 8 mg tablet	2	ST	AGENTES CARDIOVASCULARES
phenoxybenzamine 10 mg capsule	1		AGENTES CARDIOVASCULARES
phentolamine 5 mg injection solution	1		AGENTES CARDIOVASCULARES
phenylephrine 0.1 mg/ml intravenous solution[MDO]	*		AGENTES CARDIOVASCULARES
phenylephrine 10 mg/ml injection solution[MDO]	*		AGENTES CARDIOVASCULARES
phenylephrine 20 mg/250 ml (80 mcg/ml) in 0.9 % sodium chloride iv[MDO]	*		AGENTES CARDIOVASCULARES
pindolol 10 mg tablet	1		AGENTES CARDIOVASCULARES
pindolol 5 mg tablet	1		AGENTES CARDIOVASCULARES
pitavastatin calcium 1 mg tablet	3	PA	AGENTES CARDIOVASCULARES
pitavastatin calcium 2 mg tablet	3	PA	AGENTES CARDIOVASCULARES
pitavastatin calcium 4 mg tablet	3	PA	AGENTES CARDIOVASCULARES
PRALUENT PEN 150 MG/ML SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR	3	PA,QL(2 cada 28 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES
PRALUENT PEN 75 MG/ML SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR	3	PA,QL(2 cada 28 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES
pravastatin 10 mg tablet	1	QL(90 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES
pravastatin 20 mg tablet	1	QL(60 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES
pravastatin 40 mg tablet	1	QL(60 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES
pravastatin 80 mg tablet	1	QL(30 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES
prazosin 1 mg capsule	1	QL(180 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES
prazosin 2 mg capsule	1	QL(150 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES
prazosin 5 mg capsule	1	QL(240 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES
prevalite 4 gram oral powder	1		AGENTES CARDIOVASCULARES
prevalite 4 gram powder for suspension in a packet	1	QL(60 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES

• MDO: Medicamento de uso únicamente médico • OTC – Medicamentos sin receta • PA – Autorización previa • QL – Límite de cantidad • ST – Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
procainamide 100 mg/ml injection solution	1		AGENTES CARDIOVASCULARES
procainamide 100 mg/ml intravenous syringe	1		AGENTES CARDIOVASCULARES
procainamide 500 mg/ml injection solution	1		AGENTES CARDIOVASCULARES
PROCARDIA XL 30 MG TABLET,EXTENDED RELEASE	1	PA	AGENTES CARDIOVASCULARES
PROCARDIA XL 60 MG TABLET,EXTENDED RELEASE	1	PA	AGENTES CARDIOVASCULARES
propafenone 150 mg tablet	1		AGENTES CARDIOVASCULARES
propafenone 225 mg tablet	1		AGENTES CARDIOVASCULARES
propafenone 300 mg tablet	1		AGENTES CARDIOVASCULARES
propafenone er 225 mg capsule,extended release 12 hr	1		AGENTES CARDIOVASCULARES
propafenone er 325 mg capsule,extended release 12 hr	1		AGENTES CARDIOVASCULARES
propafenone er 425 mg capsule,extended release 12 hr	1		AGENTES CARDIOVASCULARES
propranolol 1 mg/ml intravenous solution	1		AGENTES CARDIOVASCULARES
propranolol 10 mg tablet	1	QL(240 cada 30 dÍas)	AGENTES CARDIOVASCULARES
propranolol 20 mg tablet	1	QL(240 cada 30 dÍas)	AGENTES CARDIOVASCULARES
propranolol 20 mg/5 ml (4 mg/ml) oral solution	1		AGENTES CARDIOVASCULARES
propranolol 40 mg tablet	1	QL(180 cada 30 dÍas)	AGENTES CARDIOVASCULARES
propranolol 40 mg/5 ml (8 mg/ml) oral solution	1		AGENTES CARDIOVASCULARES
propranolol 60 mg tablet	1	QL(120 cada 30 dÍas)	AGENTES CARDIOVASCULARES
propranolol 80 mg tablet	1	QL(120 cada 30 dÍas)	AGENTES CARDIOVASCULARES
propranolol er 120 mg capsule,24 hr,extended release	1	QL(90 cada 30 dÍas)	AGENTES CARDIOVASCULARES
propranolol er 160 mg capsule,24 hr,extended release	1	QL(60 cada 30 dÍas)	AGENTES CARDIOVASCULARES
propranolol er 60 mg capsule,24 hr,extended release	1	QL(60 cada 30 dÍas)	AGENTES CARDIOVASCULARES
propranolol er 80 mg capsule,24 hr,extended release	1	QL(60 cada 30 dÍas)	AGENTES CARDIOVASCULARES
QBRELIS 1 MG/ML ORAL SOLUTION	1	PA,QL(150 cada 30 dÍas)	AGENTES CARDIOVASCULARES
QUESTRAN 4 GRAM ORAL POWDER	1	PA	AGENTES CARDIOVASCULARES
QUESTRAN 4 GRAM POWDER FOR SUSP IN A PACKET	1	PA,QL(60 cada 30 dÍas)	AGENTES CARDIOVASCULARES
QUESTRAN LIGHT 4 GRAM ORAL POWDER	1	PA	AGENTES CARDIOVASCULARES

• MDO: Medicamento de uso únicamente médico • OTC – Medicamentos sin receta • PA – Autorización previa • QL – Límite de cantidad • ST – Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
quinapril 10 mg tablet	1	QL(60 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES
quinapril 10 mg-hydrochlorothiazide 12.5 mg tablet	1	QL(60 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES
quinapril 20 mg tablet	1	QL(60 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES
quinapril 20 mg-hydrochlorothiazide 12.5 mg tablet	1	QL(60 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES
quinapril 20 mg-hydrochlorothiazide 25 mg tablet	1	QL(60 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES
quinapril 40 mg tablet	1	QL(60 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES
quinapril 5 mg tablet	1	QL(60 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES
quinidine gluconate er 324 mg tablet,extended release	1		AGENTES CARDIOVASCULARES
quinidine sulfate 200 mg tablet	1		AGENTES CARDIOVASCULARES
quinidine sulfate 300 mg tablet	1		AGENTES CARDIOVASCULARES
ramipril 1.25 mg capsule	1	QL(90 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES
ramipril 10 mg capsule	1	QL(60 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES
ramipril 2.5 mg capsule	1	QL(90 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES
ramipril 5 mg capsule	1	QL(60 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES
ranolazine er 1,000 mg tablet,extended release,12 hr	1	QL(60 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES
ranolazine er 500 mg tablet,extended release,12 hr	1	QL(90 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES
REDEMPLO 25 MG/0.5 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE	3	PA,QL(0.5 cada 90 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES
REPATHA PUSHTRONEX 420 MG/3.5 ML SUBCUTANEOUS WEARABLE INJECTOR	3	PA,QL(3.5 cada 28 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES
REPATHA SURECLICK 140 MG/ML SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR	3	PA,QL(2 cada 28 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES
REPATHA SYRINGE 140 MG/ML SUBCUTANEOUS SYRINGE	3	PA,QL(2 cada 28 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES
rosuvastatin 10 mg tablet	1	QL(30 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES
rosuvastatin 20 mg tablet	1	QL(30 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES
rosuvastatin 40 mg tablet	1	QL(30 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES
rosuvastatin 5 mg tablet	1	QL(30 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES
sacubitril 24 mg-valsartan 26 mg tablet	3	PA,QL(60 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES
sacubitril 49 mg-valsartan 51 mg tablet	3	PA,QL(60 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES
sacubitril 97 mg-valsartan 103 mg tablet	3	PA,QL(60 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES

• MDO: Medicamento de uso únicamente médico • OTC – Medicamentos sin receta • PA – Autorización previa • QL – Límite de cantidad • ST – Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
SDAMLO 10 MG POWDER IN CONTAINER FOR ORAL SOLUTION	3	PA,QL(30 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES
SDAMLO 2.5 MG POWDER IN CONTAINER FOR ORAL SOLUTION	3	PA,QL(30 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES
SDAMLO 5 MG POWDER IN CONTAINER FOR ORAL SOLUTION	3	PA,QL(30 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES
simvastatin 10 mg tablet	1	QL(60 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES
simvastatin 20 mg tablet	1	QL(60 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES
simvastatin 40 mg tablet	1	QL(30 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES
simvastatin 5 mg tablet	1	QL(90 cada 90 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES
simvastatin 80 mg tablet	1	QL(90 cada 90 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES
sodium nitroprusside 25 mg/ml intravenous solution	1		AGENTES CARDIOVASCULARES
sotalol 120 mg tablet	1	QL(200 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES
sotalol 160 mg tablet	1	QL(120 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES
sotalol 240 mg tablet	1	QL(60 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES
sotalol 80 mg tablet	1	QL(240 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES
sotalol af 120 mg tablet	1	QL(200 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES
sotalol af 160 mg tablet	1	QL(120 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES
sotalol af 80 mg tablet	1	QL(240 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES
SOTYLIZE 5 MG/ML ORAL SOLUTION	3	PA,QL(1920 cada 30 días)	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 25 mg/5 ml oral suspension	1	PA,QL(473 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES
spironolactone 50 mg tablet	1		AGENTES CARDIOVASCULARES
SULAR 17 MG TABLET,EXTENDED RELEASE	2	PA,ST	AGENTES CARDIOVASCULARES
SULAR 34 MG TABLET,EXTENDED RELEASE	2	PA,ST	AGENTES CARDIOVASCULARES
SULAR 8.5 MG TABLET,EXTENDED RELEASE	2	PA,ST	AGENTES CARDIOVASCULARES
TEKTURNA 150 MG TABLET	3	PA	AGENTES CARDIOVASCULARES
TEKTURNA 300 MG TABLET	3	PA	AGENTES CARDIOVASCULARES

• MDO: Medicamento de uso únicamente médico • OTC – Medicamentos sin receta • PA – Autorización previa • QL – Límite de cantidad • ST – Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
telmisartan 20 mg tablet	1	QL(150 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES
telmisartan 40 mg tablet	1	QL(90 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES
telmisartan 40 mg-amlodipine 10 mg tablet	2	ST	AGENTES CARDIOVASCULARES
telmisartan 40 mg-amlodipine 5 mg tablet	2	ST	AGENTES CARDIOVASCULARES
telmisartan 40 mg-hydrochlorothiazide 12.5 mg tablet	1		AGENTES CARDIOVASCULARES
telmisartan 80 mg tablet	1	QL(60 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES
telmisartan 80 mg-amlodipine 10 mg tablet	2	ST	AGENTES CARDIOVASCULARES
telmisartan 80 mg-amlodipine 5 mg tablet	2	ST	AGENTES CARDIOVASCULARES
telmisartan 80 mg-hydrochlorothiazide 12.5 mg tablet	1		AGENTES CARDIOVASCULARES
telmisartan 80 mg-hydrochlorothiazide 25 mg tablet	1		AGENTES CARDIOVASCULARES
TENORETIC 100 100 MG-25 MG TABLET	1	PA,QL(30 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES
TENORETIC 50 50 MG-25 MG TABLET	1	PA,QL(30 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES
TENORMIN 100 MG TABLET	1	PA,QL(60 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES
TENORMIN 25 MG TABLET	1	PA,QL(240 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES
TENORMIN 50 MG TABLET	1	PA,QL(120 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES
terazosin 1 mg capsule	1	QL(570 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES
terazosin 10 mg capsule	1	QL(540 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES
terazosin 2 mg capsule	1	QL(120 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES
terazosin 5 mg capsule	1	QL(90 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES
TEZRULY 1 MG/ML ORAL SOLUTION	3	PA,QL(600 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES
THALITONE 15 MG TABLET	1		AGENTES CARDIOVASCULARES
tiadylt er 120 mg capsule,extended release	1	QL(120 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES
tiadylt er 180 mg capsule,extended release	1	QL(90 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES
tiadylt er 240 mg capsule,extended release	1	QL(60 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES
tiadylt er 300 mg capsule,extended release	1	QL(30 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES
tiadylt er 360 mg capsule,extended release	1	QL(30 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES
tiadylt er 420 mg capsule,extended release	1	QL(30 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES

• MDO: Medicamento de uso únicamente médico • OTC – Medicamentos sin receta • PA – Autorización previa • QL – Límite de cantidad • ST – Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
TIKOSYN 125 MCG CAPSULE	1	PA	AGENTES CARDIOVASCULARES
TIKOSYN 250 MCG CAPSULE	1	PA	AGENTES CARDIOVASCULARES
TIKOSYN 500 MCG CAPSULE	1	PA	AGENTES CARDIOVASCULARES
timolol 10 mg tablet	1		AGENTES CARDIOVASCULARES
timolol 20 mg tablet	1		AGENTES CARDIOVASCULARES
timolol 5 mg tablet	1		AGENTES CARDIOVASCULARES
TOPROL XL 100 MG TABLET,EXTENDED RELEASE	1	PA,QL(60 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES
TOPROL XL 200 MG TABLET,EXTENDED RELEASE	1	PA,QL(60 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES
TOPROL XL 25 MG TABLET,EXTENDED RELEASE	1	PA,QL(90 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES
TOPROL XL 50 MG TABLET,EXTENDED RELEASE	1	PA,QL(90 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES
torsemide 10 mg tablet	1	QL(300 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES
torsemide 100 mg tablet	1	QL(60 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES
torsemide 20 mg tablet	1	QL(300 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES
torsemide 5 mg tablet	1	QL(300 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES
trandolapril 1 mg tablet	1		AGENTES CARDIOVASCULARES
trandolapril 1 mg-verapamil er 240 mg tablet,immed-exten release 24 hr	2	ST	AGENTES CARDIOVASCULARES
trandolapril 2 mg tablet	1		AGENTES CARDIOVASCULARES
trandolapril 2 mg-verapamil er 180 mg tablet,immed-exten release 24 hr	2	ST	AGENTES CARDIOVASCULARES
trandolapril 2 mg-verapamil er 240 mg tablet,immed-exten release 24 hr	2	ST	AGENTES CARDIOVASCULARES
trandolapril 4 mg tablet	1		AGENTES CARDIOVASCULARES
trandolapril 4 mg-verapamil er 240 mg tablet,immed-exten release 24 hr	2	ST	AGENTES CARDIOVASCULARES
triamterene 100 mg capsule	1		AGENTES CARDIOVASCULARES
triamterene 37.5 mg-hydrochlorothiazide 25 mg capsule	1		AGENTES CARDIOVASCULARES
triamterene 37.5 mg-hydrochlorothiazide 25 mg tablet	1		AGENTES CARDIOVASCULARES
triamterene 50 mg capsule	1		AGENTES CARDIOVASCULARES
triamterene 75 mg-hydrochlorothiazide 50 mg tablet	1		AGENTES CARDIOVASCULARES
TRIBENZOR 20 MG-5 MG-12.5 MG TABLET	2	PA,ST	AGENTES CARDIOVASCULARES

• MDO: Medicamento de uso únicamente médico • OTC – Medicamentos sin receta • PA – Autorización previa • QL – Límite de cantidad • ST – Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
TRIBENZOR 40 MG-10 MG-12.5 MG TABLET	2	PA,ST	AGENTES CARDIOVASCULARES
TRIBENZOR 40 MG-10 MG-25 MG TABLET	2	PA,ST	AGENTES CARDIOVASCULARES
TRIBENZOR 40 MG-5 MG-12.5 MG TABLET	2	PA,ST	AGENTES CARDIOVASCULARES
TRIBENZOR 40 MG-5 MG-25 MG TABLET	2	PA,ST	AGENTES CARDIOVASCULARES
TRYNGOLZA 50 MG/0.8 ML SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR	3	PA,QL(0.8 cada 28 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES
TRYNGOLZA 80 MG/0.8 ML SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR	3	PA,QL(0.8 cada 28 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES
TRYVIO 12.5 MG TABLET	3	PA,QL(30 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES
valsartan 160 mg tablet	1		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		AGENTES CARDIOVASCULARES
valsartan 320 mg-hydrochlorothiazide 12.5 mg tablet	1		AGENTES CARDIOVASCULARES
valsartan 320 mg-hydrochlorothiazide 25 mg tablet	1		AGENTES CARDIOVASCULARES
valsartan 4 mg/ml oral solution	3	PA,QL(300 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES
valsartan 40 mg tablet	1		AGENTES CARDIOVASCULARES
valsartan 80 mg tablet	1		AGENTES CARDIOVASCULARES
valsartan 80 mg-hydrochlorothiazide 12.5 mg tablet	1		AGENTES CARDIOVASCULARES
verapamil 120 mg tablet	1	QL(120 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES
verapamil 2.5 mg/ml intravenous solution	1		AGENTES CARDIOVASCULARES
verapamil 40 mg tablet	1	QL(90 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES
verapamil 80 mg tablet	1	QL(120 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES
verapamil er (pm) 100 mg capsule 24hr pellet ct,ext.release	2	ST	AGENTES CARDIOVASCULARES
verapamil er (pm) 200 mg capsule 24hr pellet ct,ext.release	2	ST	AGENTES CARDIOVASCULARES
verapamil er (pm) 300 mg capsule 24hr pellet ct,ext.release	2	ST	AGENTES CARDIOVASCULARES
verapamil er (sr) 120 mg tablet,extended release	1	QL(60 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES
verapamil er (sr) 180 mg tablet,extended release	1	QL(60 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES
verapamil er (sr) 240 mg tablet,extended release	1		AGENTES CARDIOVASCULARES

• MDO: Medicamento de uso únicamente médico • OTC – Medicamentos sin receta • PA – Autorización previa • QL – Límite de cantidad • ST – Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
verapamil er 120 mg 24 hr capsule,extended release	2	ST	AGENTES CARDIOVASCULARES
verapamil er 180 mg 24 hr capsule,extended release	2	ST	AGENTES CARDIOVASCULARES
verapamil er 240 mg 24 hr capsule,extended release	2	ST	AGENTES CARDIOVASCULARES
verapamil er 360 mg 24 hr capsule,extended release	2	ST	AGENTES CARDIOVASCULARES
VERELAN PM 100 MG CAPSULE, EXTENDED RELEASE	2	PA,ST	AGENTES CARDIOVASCULARES
VERELAN PM 200 MG CAPSULE, EXTENDED RELEASE	2	PA,ST	AGENTES CARDIOVASCULARES
VERELAN PM 300 MG CAPSULE, EXTENDED RELEASE	2	PA,ST	AGENTES CARDIOVASCULARES
VERQUVO 10 MG TABLET	3	PA,QL(30 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES
VERQUVO 2.5 MG TABLET	3	PA,QL(30 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES
VERQUVO 5 MG TABLET	3	PA,QL(30 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES
VYTORIN 10 MG-10 MG TABLET	3	PA,QL(30 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES
VYTORIN 10 MG-20 MG TABLET	3	PA,QL(30 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES
VYTORIN 10 MG-40 MG TABLET	3	PA,QL(30 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES
VYTORIN 10 MG-80 MG TABLET	3	PA,QL(30 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES
WELCHOL 3.75 GRAM ORAL POWDER PACKET	3	PA	AGENTES CARDIOVASCULARES
WELCHOL 625 MG TABLET	1	PA	AGENTES CARDIOVASCULARES
ZESTORETIC 10 MG-12.5 MG TABLET	1	PA,QL(120 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES
ZESTORETIC 20 MG-12.5 MG TABLET	1	PA,QL(120 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES
ZESTORETIC 20 MG-25 MG TABLET	1	PA,QL(120 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES
ZESTRIL 10 MG TABLET	1	PA,QL(240 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES
ZESTRIL 2.5 MG TABLET	1	PA,QL(180 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES
ZESTRIL 20 MG TABLET	1	PA,QL(120 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES
ZESTRIL 30 MG TABLET	1	PA,QL(60 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES
ZESTRIL 40 MG TABLET	1	PA,QL(60 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES
ZESTRIL 5 MG TABLET	1	PA,QL(180 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES
ZETIA 10 MG TABLET	1	PA	AGENTES CARDIOVASCULARES
ZOCOR 10 MG TABLET	1	PA,QL(60 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES

• MDO: Medicamento de uso únicamente médico • OTC – Medicamentos sin receta • PA – Autorización previa • QL – Límite de cantidad • ST – Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
ZOCOR 20 MG TABLET	1	PA,QL(60 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES
ZOCOR 40 MG TABLET	1	PA,QL(30 cada 30 días)	AGENTES CARDIOVASCULARES
ACTONEL 150 MG TABLET	3	PA,ST,QL(1 cada 30 días)	AGENTES DE ENFERMEDADES ÓSEAS METABÓLICAS
ACTONEL 35 MG TABLET	3	PA,ST,QL(12 cada 84 días)	AGENTES DE ENFERMEDADES ÓSEAS METABÓLICAS
alendronate 10 mg tablet	1	QL(30 cada 30 días)	AGENTES DE ENFERMEDADES ÓSEAS METABÓLICAS
alendronate 35 mg tablet	1	QL(12 cada 84 días)	AGENTES DE ENFERMEDADES ÓSEAS METABÓLICAS
alendronate 70 mg tablet	1	QL(4 cada 28 días)	AGENTES DE ENFERMEDADES ÓSEAS METABÓLICAS
alendronate 70 mg/75 ml oral solution	3	PA,QL(300 cada 28 días)	AGENTES DE ENFERMEDADES ÓSEAS METABÓLICAS
ATELVIA 35 MG TABLET,DELAYED RELEASE	3	PA,QL(4 cada 28 días)	AGENTES DE ENFERMEDADES ÓSEAS METABÓLICAS
AUKELSO 120 MG/1.7 ML (70 MG/ML) SUBCUTANEOUS SOLUTION[MDO]	*		AGENTES DE ENFERMEDADES ÓSEAS METABÓLICAS
BILDYOS 60 MG/ML SUBCUTANEOUS SYRINGE	3	PA,QL(1 cada 180 días)	AGENTES DE ENFERMEDADES ÓSEAS METABÓLICAS
BILPREVDA 120 MG/1.7 ML (70 MG/ML) SUBCUTANEOUS SOLUTION[MDO]	*		AGENTES DE ENFERMEDADES ÓSEAS METABÓLICAS
BINOSTO 70 MG EFFERVESCENT TABLET	3	PA,QL(4 cada 28 días)	AGENTES DE ENFERMEDADES ÓSEAS METABÓLICAS
BOMYNTRA 120 MG/1.7 ML (70 MG/ML) SUBCUTANEOUS SOLUTION[MDO]	*		AGENTES DE ENFERMEDADES ÓSEAS METABÓLICAS
BOMYNTRA 120 MG/1.7 ML (70 MG/ML) SUBCUTANEOUS SYRINGE[MDO]	*		AGENTES DE ENFERMEDADES ÓSEAS METABÓLICAS
BONSITY 20 MCG/DOSE (560 MCG/2.24 ML) SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR	3	PA,QL(2.4 cada 28 días)	AGENTES DE ENFERMEDADES ÓSEAS METABÓLICAS
BOSAYA 60 MG/ML SUBCUTANEOUS SYRINGE	3	PA,QL(1 cada 180 días)	AGENTES DE ENFERMEDADES ÓSEAS METABÓLICAS
calcitonin (salmon) 200 unit/actuation nasal spray	1	QL(3.7 cada 30 días)	AGENTES DE ENFERMEDADES ÓSEAS METABÓLICAS
calcitonin (salmon) 200 unit/ml injection solution	1		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 intravenous solution[MDO]	*		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	3	PA,QL(1 cada 180 días)	AGENTES DE ENFERMEDADES ÓSEAS METABÓLICAS

• MDO: Medicamento de uso únicamente médico • OTC – Medicamentos sin receta • PA – Autorización previa • QL – Límite de cantidad • ST – Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
doxercalciferol 0.5 mcg capsule	3	PA	AGENTES DE ENFERMEDADES ÓSEAS METABÓLICAS
doxercalciferol 1 mcg capsule	3	PA	AGENTES DE ENFERMEDADES ÓSEAS METABÓLICAS
doxercalciferol 2.5 mcg capsule	3	PA	AGENTES DE ENFERMEDADES ÓSEAS METABÓLICAS
doxercalciferol 4 mcg/2 ml intravenous solution	1		AGENTES DE ENFERMEDADES ÓSEAS METABÓLICAS
ENOBY 60 MG/ML SUBCUTANEOUS SYRINGE	3	PA,QL(1 cada 180 días)	AGENTES DE ENFERMEDADES ÓSEAS METABÓLICAS
EVENITY 105 MG/1.17 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE	3	PA,QL(2.34 cada 30 días)	AGENTES DE ENFERMEDADES ÓSEAS METABÓLICAS
EVENITY 210 MG/2.34 ML (105 MG/1.17 ML X 2) SUBCUTANEOUS SYRINGE	3	PA,QL(2.34 cada 30 días)	AGENTES DE ENFERMEDADES ÓSEAS METABÓLICAS
FORTEO 20 MCG/DOSE (560 MCG/2.24 ML) SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR	3	PA,QL(2.4 cada 28 días)	AGENTES DE ENFERMEDADES ÓSEAS METABÓLICAS
FOSAMAX 70 MG TABLET	1	PA,QL(4 cada 28 días)	AGENTES DE ENFERMEDADES ÓSEAS METABÓLICAS
FOSAMAX PLUS D 70 MG-2,800 UNIT TABLET	3	PA,QL(4 cada 28 días)	AGENTES DE ENFERMEDADES ÓSEAS METABÓLICAS
FOSAMAX PLUS D 70 MG-5,600 UNIT TABLET	3	PA,QL(4 cada 28 días)	AGENTES DE ENFERMEDADES ÓSEAS METABÓLICAS
ibandronate 150 mg tablet	1	QL(1 cada 28 días)	AGENTES DE ENFERMEDADES ÓSEAS METABÓLICAS
ibandronate 3 mg/3 ml intravenous syringe	3	PA,QL(3 cada 90 días)	AGENTES DE ENFERMEDADES ÓSEAS METABÓLICAS
JUBBONTI 60 MG/ML SUBCUTANEOUS SYRINGE	3	PA,QL(1 cada 180 días)	AGENTES DE ENFERMEDADES ÓSEAS METABÓLICAS
JUBEREQ 120 MG/1.7 ML (70 MG/ML) SUBCUTANEOUS SOLUTION[MDO]	*		AGENTES DE ENFERMEDADES ÓSEAS METABÓLICAS
MIACALCIN 200 UNIT/ML INJECTION SOLUTION	1		AGENTES DE ENFERMEDADES ÓSEAS METABÓLICAS
OSENVELT 120 MG/1.7 ML (70 MG/ML) SUBCUTANEOUS SOLUTION[MDO]	*		AGENTES DE ENFERMEDADES ÓSEAS METABÓLICAS
OSVYRTI 60 MG/ML SUBCUTANEOUS SYRINGE	3	PA,QL(1 cada 180 días)	AGENTES DE ENFERMEDADES ÓSEAS METABÓLICAS
pamidronate 30 mg/10 ml (3 mg/ml) intravenous solution	1		AGENTES DE ENFERMEDADES ÓSEAS METABÓLICAS
pamidronate 60 mg/10 ml (6 mg/ml) intravenous solution	1		AGENTES DE ENFERMEDADES ÓSEAS METABÓLICAS
pamidronate 90 mg/10 ml (9 mg/ml) intravenous solution	1		AGENTES DE ENFERMEDADES ÓSEAS METABÓLICAS
paricalcitol 1 mcg capsule	3	PA,QL(30 cada 30 días)	AGENTES DE ENFERMEDADES ÓSEAS METABÓLICAS
paricalcitol 2 mcg capsule	3	PA,QL(30 cada 30 días)	AGENTES DE ENFERMEDADES ÓSEAS METABÓLICAS
paricalcitol 4 mcg capsule	3	PA,QL(30 cada 30 días)	AGENTES DE ENFERMEDADES ÓSEAS METABÓLICAS
PARSABIV 5 MG/ML INTRAVENOUS SOLUTION	3	PA,QL(24 cada 30 días)	AGENTES DE ENFERMEDADES ÓSEAS METABÓLICAS
PARSABIV 5 MG/ML INTRAVENOUS SOLUTION	3	PA,QL(12 cada 30 días)	AGENTES DE ENFERMEDADES ÓSEAS METABÓLICAS
PARSABIV 5 MG/ML INTRAVENOUS SOLUTION	3	PA,QL(6 cada 30 días)	AGENTES DE ENFERMEDADES ÓSEAS METABÓLICAS

• MDO: Medicamento de uso únicamente médico • OTC – Medicamentos sin receta • PA – Autorización previa • QL – Límite de cantidad • ST – Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
PROLIA 60 MG/ML SUBCUTANEOUS SYRINGE	3	PA,QL(1 cada 180 días)	AGENTES DE ENFERMEDADES ÓSEAS METABÓLICAS
RAYALDEE 30 MCG CAPSULE,EXTENDED RELEASE	3	PA,QL(60 cada 30 días)	AGENTES DE ENFERMEDADES ÓSEAS METABÓLICAS
RECLAST 5 MG/100 ML INTRAVENOUS PIGGYBACK	1	QL(100 cada 365 días)	AGENTES DE ENFERMEDADES ÓSEAS METABÓLICAS
risedronate 150 mg tablet	3	ST,QL(1 cada 30 días)	AGENTES DE ENFERMEDADES ÓSEAS METABÓLICAS
risedronate 30 mg tablet	3	PA,QL(30 cada 30 días)	AGENTES DE ENFERMEDADES ÓSEAS METABÓLICAS
risedronate 35 mg tablet	3	ST,QL(12 cada 84 días)	AGENTES DE ENFERMEDADES ÓSEAS METABÓLICAS
risedronate 35 mg tablet,delayed release	3	PA,QL(4 cada 28 días)	AGENTES DE ENFERMEDADES ÓSEAS METABÓLICAS
risedronate 5 mg tablet	2	ST,QL(30 cada 30 días)	AGENTES DE ENFERMEDADES ÓSEAS METABÓLICAS
SENSIPAR 30 MG TABLET	1	PA	AGENTES DE ENFERMEDADES ÓSEAS METABÓLICAS
SENSIPAR 90 MG TABLET	1	PA	AGENTES DE ENFERMEDADES ÓSEAS METABÓLICAS
STOBOCLO 60 MG/ML SUBCUTANEOUS SYRINGE	3	PA,QL(1 cada 180 días)	AGENTES DE ENFERMEDADES ÓSEAS METABÓLICAS
teriparatide 20 mcg/dose (560 mcg/2.24 ml) subcutaneous pen injector	3	PA,QL(2.4 cada 28 días)	AGENTES DE ENFERMEDADES ÓSEAS METABÓLICAS
TYMLOS 80 MCG/DOSE (3,120 MCG/1.56 ML) SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR	3	PA,QL(1.56 cada 30 días)	AGENTES DE ENFERMEDADES ÓSEAS METABÓLICAS
WYOST 120 MG/1.7 ML (70 MG/ML) SUBCUTANEOUS SOLUTION[MDO]	*		AGENTES DE ENFERMEDADES ÓSEAS METABÓLICAS
XGEVA 120 MG/1.7 ML (70 MG/ML) SUBCUTANEOUS SOLUTION[MDO]	*		AGENTES DE ENFERMEDADES ÓSEAS METABÓLICAS
XTRENBO 120 MG/1.7 ML (70 MG/ML) SUBCUTANEOUS SOLUTION[MDO]	*		AGENTES DE ENFERMEDADES ÓSEAS METABÓLICAS
YORVIPATH 168 MCG/0.56 ML SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR	3	PA,QL(1.12 cada 28 días)	AGENTES DE ENFERMEDADES ÓSEAS METABÓLICAS
YORVIPATH 294 MCG/0.98 ML SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR	3	PA,QL(1.96 cada 28 días)	AGENTES DE ENFERMEDADES ÓSEAS METABÓLICAS
YORVIPATH 420 MCG/1.4 ML SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR	3	PA,QL(2.8 cada 28 días)	AGENTES DE ENFERMEDADES ÓSEAS METABÓLICAS
ZEMPLAR 1 MCG CAPSULE	3	PA,QL(30 cada 30 días)	AGENTES DE ENFERMEDADES ÓSEAS METABÓLICAS
ZEMPLAR 2 MCG CAPSULE	3	PA,QL(30 cada 30 días)	AGENTES DE ENFERMEDADES ÓSEAS METABÓLICAS
ZEMPLAR 5 MCG/ML INTRAVENOUS SOLUTION	3	PA	AGENTES DE ENFERMEDADES ÓSEAS METABÓLICAS
zoledronic acid 4 mg/100 ml-mannitol-0.9 % nacl intravenous piggyback	1	QL(200 cada 28 días)	AGENTES DE ENFERMEDADES ÓSEAS METABÓLICAS
zoledronic acid 4 mg/5 ml intravenous solution	1		AGENTES DE ENFERMEDADES ÓSEAS METABÓLICAS
zoledronic acid 5 mg/100 ml in mannitol 5 %-water intravenous piggybck	1	QL(100 cada 365 días)	AGENTES DE ENFERMEDADES ÓSEAS METABÓLICAS
AZULFIDINE 500 MG TABLET	1	PA	AGENTES DE ENFERMEDADES INFLAMATORIAS DEL INTESTINO

• MDO: Medicamento de uso únicamente médico • OTC – Medicamentos sin receta • PA – Autorización previa • QL – Límite de cantidad • ST – Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
AZULFIDINE EN-TABS 500 MG TABLET,DELAYED RELEASE	1	PA	AGENTES DE ENFERMEDADES INFLAMATORIAS DEL INTESTINO
balsalazide 750 mg capsule	1	QL(270 cada 30 días)	AGENTES DE ENFERMEDADES INFLAMATORIAS DEL INTESTINO
budesonide 2 mg/actuation rectal foam	3	PA,QL(133.6 cada 42 días)	AGENTES DE ENFERMEDADES INFLAMATORIAS DEL INTESTINO
budesonide dr - er 3 mg capsule,delayed,extended release	1		AGENTES DE ENFERMEDADES INFLAMATORIAS DEL INTESTINO
budesonide dr-er 9 mg tablet,delayed and extended release	3	PA,QL(30 cada 30 días)	AGENTES DE ENFERMEDADES INFLAMATORIAS DEL INTESTINO
CANASA 1,000 MG RECTAL SUPPOSITORY	1	PA,QL(30 cada 30 días)	AGENTES DE ENFERMEDADES INFLAMATORIAS DEL INTESTINO
CORTENEMA 100 MG/60 ML	1	PA	AGENTES DE ENFERMEDADES INFLAMATORIAS DEL INTESTINO
CORTIFOAM 10 % (80 MG) RECTAL	1	QL(30 cada 30 días)	AGENTES DE ENFERMEDADES INFLAMATORIAS DEL INTESTINO
DIPENTUM 250 MG CAPSULE	1	QL(120 cada 30 días)	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	1	PA,QL(120 cada 30 días)	AGENTES DE ENFERMEDADES INFLAMATORIAS DEL INTESTINO
mesalamine 1,000 mg rectal suppository	1	QL(30 cada 30 días)	AGENTES DE ENFERMEDADES INFLAMATORIAS DEL INTESTINO
mesalamine 1.2 gram tablet,delayed release	1	QL(120 cada 30 días)	AGENTES DE ENFERMEDADES INFLAMATORIAS DEL INTESTINO
mesalamine 4 gram/60 ml enema	1	QL(1800 cada 30 días)	AGENTES DE ENFERMEDADES INFLAMATORIAS DEL INTESTINO
mesalamine 400 mg capsule (with delayed release tablets inside)	1	QL(180 cada 30 días)	AGENTES DE ENFERMEDADES INFLAMATORIAS DEL INTESTINO
mesalamine 800 mg tablet,delayed release	3	PA,QL(180 cada 30 días)	AGENTES DE ENFERMEDADES INFLAMATORIAS DEL INTESTINO
mesalamine er 0.375 gram capsule,extended release 24 hr	1	QL(120 cada 30 días)	AGENTES DE ENFERMEDADES INFLAMATORIAS DEL INTESTINO
mesalamine er 250 mg capsule,extended release	1	QL(480 cada 30 días)	AGENTES DE ENFERMEDADES INFLAMATORIAS DEL INTESTINO

• MDO: Medicamento de uso únicamente médico • OTC – Medicamentos sin receta • PA – Autorización previa • QL – Límite de cantidad • ST – Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
mesalamine er 500 mg capsule,extended release	3	PA,QL(240 cada 30 días)	AGENTES DE ENFERMEDADES INFLAMATORIAS DEL INTESTINO
mesalamine rectal susp enema with cleansing wipes 4 gram/60 ml kit	3	PA	AGENTES DE ENFERMEDADES INFLAMATORIAS DEL INTESTINO
PENTASA 250 MG CAPSULE,CONTROLLED RELEASE	1	QL(480 cada 30 días)	AGENTES DE ENFERMEDADES INFLAMATORIAS DEL INTESTINO
PENTASA 500 MG CAPSULE,CONTROLLED RELEASE	1	QL(240 cada 30 días)	AGENTES DE ENFERMEDADES INFLAMATORIAS DEL INTESTINO
PROCTOFOAM HC 1 %-1 %	3	PA	AGENTES DE ENFERMEDADES INFLAMATORIAS DEL INTESTINO
ROWASA RECTAL SUSPENSION ENEMA 4 GRAM/60 ML KIT	3	PA	AGENTES DE ENFERMEDADES INFLAMATORIAS DEL INTESTINO
SFROWASA 4 GRAM/60 ML ENEMA	1	PA,QL(1800 cada 30 días)	AGENTES DE ENFERMEDADES INFLAMATORIAS DEL INTESTINO
sulfasalazine 500 mg tablet	1		AGENTES DE ENFERMEDADES INFLAMATORIAS DEL INTESTINO
sulfasalazine 500 mg tablet,delayed release	1		AGENTES DE ENFERMEDADES INFLAMATORIAS DEL INTESTINO
TARPEYO 4 MG CAPSULE,DELAYED RELEASE	3	PA,QL(120 cada 30 días)	AGENTES DE ENFERMEDADES INFLAMATORIAS DEL INTESTINO
acamprosate 333 mg tablet,delayed release	1		AGENTES DE TRATAMIENTO ANTIADICCIÓN/ABUSO DE SUSTANCIAS
BRIXADI MONTHLY 128 MG/0.36 ML SOLUTION,EXTEND.REL. SUBCUT.SYRINGE	1	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	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	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	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	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	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	QL(0.64 cada 28 días)	AGENTES DE TRATAMIENTO ANTIADICCIÓN/ABUSO DE SUSTANCIAS

• MDO: Medicamento de uso únicamente médico • OTC – Medicamentos sin receta • PA – Autorización previa • QL – Límite de cantidad • ST – Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
buprenorphine 12 mg-naloxone 3 mg sublingual film	3	PA,QL(60 cada 30 días)	AGENTES DE TRATAMIENTO ANTIADICCIÓN/ABUSO DE SUSTANCIAS
buprenorphine 2 mg-naloxone 0.5 mg sublingual film	3	PA,QL(90 cada 30 días)	AGENTES DE TRATAMIENTO ANTIADICCIÓN/ABUSO DE SUSTANCIAS
buprenorphine 2 mg-naloxone 0.5 mg sublingual tablet	1	QL(90 cada 30 días)	AGENTES DE TRATAMIENTO ANTIADICCIÓN/ABUSO DE SUSTANCIAS
buprenorphine 4 mg-naloxone 1 mg sublingual film	3	PA,QL(90 cada 30 días)	AGENTES DE TRATAMIENTO ANTIADICCIÓN/ABUSO DE SUSTANCIAS
buprenorphine 8 mg-naloxone 2 mg sublingual film	3	PA,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(90 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
bupropion hcl 150 mg tablet,12 hr sustained-release(smoking deterrent)	1	QL(60 cada 30 días)	AGENTES DE TRATAMIENTO ANTIADICCIÓN/ABUSO DE SUSTANCIAS
CHANTIX 0.5 MG TABLET	1	PA,QL(60 cada 30 días)	AGENTES DE TRATAMIENTO ANTIADICCIÓN/ABUSO DE SUSTANCIAS
CHANTIX 1 MG TABLET	1	PA,QL(60 cada 30 días)	AGENTES DE TRATAMIENTO ANTIADICCIÓN/ABUSO DE SUSTANCIAS
CHANTIX CONTINUING MONTH BOX 1 MG TABLET	1	PA,QL(60 cada 30 días)	AGENTES DE TRATAMIENTO ANTIADICCIÓN/ABUSO DE SUSTANCIAS
CHANTIX STARTING MONTH BOX 0.5 MG (11)-1 MG (42) TABLETS IN DOSE PACK	1	PA,QL(53 cada 28 días)	AGENTES DE TRATAMIENTO ANTIADICCIÓN/ABUSO DE SUSTANCIAS
disulfiram 250 mg tablet	1		AGENTES DE TRATAMIENTO ANTIADICCIÓN/ABUSO DE SUSTANCIAS
disulfiram 500 mg tablet	1		AGENTES DE TRATAMIENTO ANTIADICCIÓN/ABUSO DE SUSTANCIAS
KLOXXADO 8 MG/ACTUATION NASAL SPRAY	1	QL(2 cada 30 días)	AGENTES DE TRATAMIENTO ANTIADICCIÓN/ABUSO DE SUSTANCIAS
lofexidine 0.18 mg tablet	3	PA,QL(168 cada 14 días)	AGENTES DE TRATAMIENTO ANTIADICCIÓN/ABUSO DE SUSTANCIAS
LUCEMYRA 0.18 MG TABLET	3	PA,QL(168 cada 14 días)	AGENTES DE TRATAMIENTO ANTIADICCIÓN/ABUSO DE SUSTANCIAS

• MDO: Medicamento de uso únicamente médico • OTC – Medicamentos sin receta • PA – Autorización previa • QL – Límite de cantidad • ST – Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
nalmefene 1 mg/ml injection solution[MDO]	*		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	QL(4 cada 30 días)	AGENTES DE TRATAMIENTO ANTIADICCIÓN/ABUSO DE SUSTANCIAS
naloxone 4 mg/actuation nasal spray[OTC]	1	QL(2 cada 30 días)	AGENTES DE TRATAMIENTO ANTIADICCIÓN/ABUSO DE SUSTANCIAS
naltrexone 50 mg tablet	1		AGENTES DE TRATAMIENTO ANTIADICCIÓN/ABUSO DE SUSTANCIAS
NARCAN 4 MG/ACTUATION NASAL SPRAY	1	QL(2 cada 30 días)	AGENTES DE TRATAMIENTO ANTIADICCIÓN/ABUSO DE SUSTANCIAS
NARCAN 4 MG/ACTUATION NASAL SPRAY[OTC]	1	QL(2 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(30 cada 30 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	1		AGENTES DE TRATAMIENTO ANTIADICCIÓN/ABUSO DE SUSTANCIAS
OPVEE 2.7 MG/ACTUATION NASAL SPRAY	1	QL(2 cada 30 días)	AGENTES DE TRATAMIENTO ANTIADICCIÓN/ABUSO DE SUSTANCIAS
REXTOVY 4 MG/ACTUATION NASAL SPRAY	1	QL(2 cada 30 días)	AGENTES DE TRATAMIENTO ANTIADICCIÓN/ABUSO DE SUSTANCIAS
REZENOPY 10 MG/ACTUATION NASAL SPRAY	1	QL(2 cada 30 días)	AGENTES DE TRATAMIENTO ANTIADICCIÓN/ABUSO DE SUSTANCIAS
SUBLOCADE 100 MG/0.5 ML SOLUTION,EXTENDED RELEASE SUBCUTANEOUS SYRINGE	3	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	3	PA,QL(1.5 cada 28 días)	AGENTES DE TRATAMIENTO ANTIADICCIÓN/ABUSO DE SUSTANCIAS

• MDO: Medicamento de uso únicamente médico • OTC – Medicamentos sin receta • PA – Autorización previa • QL – Límite de cantidad • ST – Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
SUBOXONE 12 MG-3 MG SUBLINGUAL FILM	3	PA,QL(60 cada 30 días)	AGENTES DE TRATAMIENTO ANTIADICCIÓN/ABUSO DE SUSTANCIAS
SUBOXONE 2 MG-0.5 MG SUBLINGUAL FILM	3	PA,QL(90 cada 30 días)	AGENTES DE TRATAMIENTO ANTIADICCIÓN/ABUSO DE SUSTANCIAS
SUBOXONE 4 MG-1 MG SUBLINGUAL FILM	3	PA,QL(90 cada 30 días)	AGENTES DE TRATAMIENTO ANTIADICCIÓN/ABUSO DE SUSTANCIAS
SUBOXONE 8 MG-2 MG SUBLINGUAL FILM	3	PA,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 28 días)	AGENTES DE TRATAMIENTO ANTIADICCIÓN/ABUSO DE SUSTANCIAS
varenicline tartrate 0.5 mg tablet	1	QL(60 cada 30 días)	AGENTES DE TRATAMIENTO ANTIADICCIÓN/ABUSO DE SUSTANCIAS
varenicline tartrate 1 mg tablet	1	QL(60 cada 30 días)	AGENTES DE TRATAMIENTO ANTIADICCIÓN/ABUSO DE SUSTANCIAS
VIVITROL 380 MG INTRAMUSCULAR SUSPENSION,EXTENDED RELEASE	1		AGENTES DE TRATAMIENTO ANTIADICCIÓN/ABUSO DE SUSTANCIAS
ZUBSOLV 0.7 MG-0.18 MG SUBLINGUAL TABLET	3	PA,QL(90 cada 30 días)	AGENTES DE TRATAMIENTO ANTIADICCIÓN/ABUSO DE SUSTANCIAS
ZUBSOLV 1.4 MG-0.36 MG SUBLINGUAL TABLET	3	PA,QL(90 cada 30 días)	AGENTES DE TRATAMIENTO ANTIADICCIÓN/ABUSO DE SUSTANCIAS
ZUBSOLV 11.4 MG-2.9 MG SUBLINGUAL TABLET	3	PA,QL(30 cada 30 días)	AGENTES DE TRATAMIENTO ANTIADICCIÓN/ABUSO DE SUSTANCIAS
ZUBSOLV 2.9 MG-0.71 MG SUBLINGUAL TABLET	3	PA,QL(90 cada 30 días)	AGENTES DE TRATAMIENTO ANTIADICCIÓN/ABUSO DE SUSTANCIAS
ZUBSOLV 5.7 MG-1.4 MG SUBLINGUAL TABLET	3	PA,QL(90 cada 30 días)	AGENTES DE TRATAMIENTO ANTIADICCIÓN/ABUSO DE SUSTANCIAS
ZUBSOLV 8.6 MG-2.1 MG SUBLINGUAL TABLET	3	PA,QL(60 cada 30 días)	AGENTES DE TRATAMIENTO ANTIADICCIÓN/ABUSO DE SUSTANCIAS
ZURNAI 1.5 MG/0.5 ML INJECTION,AUTO-INJECTOR	1	QL(1 cada 30 días)	AGENTES DE TRATAMIENTO ANTIADICCIÓN/ABUSO DE SUSTANCIAS
ADDERALL 10 MG TABLET	3	PA,QL(90 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL
ADDERALL 12.5 MG TABLET	3	PA,QL(90 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL
ADDERALL 15 MG TABLET	3	PA,QL(90 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL
ADDERALL 20 MG TABLET	3	PA,QL(90 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL
ADDERALL 30 MG TABLET	3	PA,QL(60 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL

• MDO: Medicamento de uso únicamente médico • OTC – Medicamentos sin receta • PA – Autorización previa • QL – Límite de cantidad • ST – Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
ADDERALL 5 MG TABLET	3	PA,QL(90 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL
ADDERALL 7.5 MG TABLET	3	PA,QL(90 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL
ADDERALL XR 10 MG CAPSULE,EXTENDED RELEASE	1	PA,QL(30 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL
ADDERALL XR 15 MG CAPSULE,EXTENDED RELEASE	1	PA,QL(30 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL
ADDERALL XR 20 MG CAPSULE,EXTENDED RELEASE	1	PA,QL(30 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL
ADDERALL XR 25 MG CAPSULE,EXTENDED RELEASE	1	PA,QL(30 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL
ADDERALL XR 30 MG CAPSULE,EXTENDED RELEASE	1	PA,QL(30 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL
ADDERALL XR 5 MG CAPSULE,EXTENDED RELEASE	1	PA,QL(30 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL
ADZENYS XR-ODT 12.5 MG EXTENDED RELEASE DISINTEGRATING TABLET	3	PA,ST,QL(30 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL
ADZENYS XR-ODT 15.7 MG EXTENDED RELEASE DISINTEGRATING TABLET	3	PA,ST,QL(30 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL
ADZENYS XR-ODT 18.8 MG EXTENDED RELEASE DISINTEGRATING TABLET	3	PA,ST,QL(30 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL
ADZENYS XR-ODT 3.1 MG EXTENDED RELEASE DISINTEGRATING TABLET	3	PA,ST,QL(30 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL
ADZENYS XR-ODT 6.3 MG EXTENDED RELEASE DISINTEGRATING TABLET	3	PA,ST,QL(30 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL
ADZENYS XR-ODT 9.4 MG EXTENDED RELEASE DISINTEGRATING TABLET	3	PA,ST,QL(30 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL
amphetamine er 12.5 mg extended release-disintegrating 24 hr tablet	3	ST,QL(30 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL
amphetamine er 15.7 mg extended release-disintegrating 24 hr tablet	3	ST,QL(30 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL
amphetamine er 18.8 mg extended release-disintegrating 24 hr tablet	3	ST,QL(30 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL
amphetamine er 3.1 mg extended release-disintegrating 24 hr tablet	3	ST,QL(30 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL
amphetamine er 6.3 mg extended release-disintegrating 24 hr tablet	3	ST,QL(30 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL
amphetamine er 9.4 mg extended release-disintegrating 24 hr tablet	3	ST,QL(30 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL
amphetamine sulfate 10 mg tablet	3	PA,QL(90 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL
amphetamine sulfate 5 mg tablet	3	PA,QL(90 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL
AMPYRA 10 MG TABLET,EXTENDED RELEASE	3	PA,QL(60 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL
ARYNTA 10 MG/ML ORAL SOLUTION	3	PA,QL(240 cada 34 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

• MDO: Medicamento de uso únicamente médico • OTC – Medicamentos sin receta • PA – Autorización previa • QL – Límite de cantidad • ST – Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
atomoxetine 25 mg capsule	1	QL(60 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL
atomoxetine 4 mg/ml oral solution	3	PA,QL(800 cada 32 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(60 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL
atomoxetine 80 mg capsule	1	QL(30 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL
ATONCY 4 MG/ML ORAL SOLUTION	3	PA,QL(800 cada 32 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL
AUBAGIO 14 MG TABLET	3	PA,QL(30 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL
AUBAGIO 7 MG TABLET	3	PA,QL(30 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL
AUSTEDO 12 MG TABLET	3	PA,QL(120 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL
AUSTEDO 6 MG TABLET	3	PA,QL(120 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL
AUSTEDO 9 MG TABLET	3	PA,QL(120 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL
AUSTEDO XR 12 MG TABLET,EXTENDED RELEASE	3	PA,QL(30 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL
AUSTEDO XR 18 MG TABLET,EXTENDED RELEASE	3	PA,QL(30 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL
AUSTEDO XR 24 MG TABLET,EXTENDED RELEASE	3	PA,QL(60 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL
AUSTEDO XR 30 MG TABLET,EXTENDED RELEASE	3	PA,QL(30 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL
AUSTEDO XR 36 MG TABLET,EXTENDED RELEASE	3	PA,QL(30 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL
AUSTEDO XR 42 MG TABLET,EXTENDED RELEASE	3	PA,QL(30 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL
AUSTEDO XR 48 MG TABLET,EXTENDED RELEASE	3	PA,QL(30 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL
AUSTEDO XR 6 MG TABLET,EXTENDED RELEASE	3	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	3	PA,QL(28 cada 28 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL
AVONEX 30 MCG/0.5 ML INTRAMUSCULAR PEN KIT	3	PA,QL(1 cada 28 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL
AVONEX 30 MCG/0.5 ML INTRAMUSCULAR SYRINGE KIT	3	PA,QL(1 cada 28 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL
AZSTARYS 26.1 MG-5.2 MG CAPSULE	3	ST,QL(30 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL
AZSTARYS 39.2 MG-7.8 MG CAPSULE	3	ST,QL(30 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL
AZSTARYS 52.3 MG-10.4 MG CAPSULE	3	ST,QL(30 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL
BAFIERTAM 95 MG CAPSULE,DELAYED RELEASE	3	PA,QL(120 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL
BETASERON 0.3 MG SUBCUTANEOUS KIT	1	PA,QL(15 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL

• MDO: Medicamento de uso únicamente médico • OTC – Medicamentos sin receta • PA – Autorización previa • QL – Límite de cantidad • ST – Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
BRIUMVI 25 MG/ML INTRAVENOUS SOLUTION	3	PA	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL
cladribine (multiple sclerosis) 10 mg tablet	3	PA	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL
clonidine hcl er 0.1 mg tablet,extended release,12 hr	2	PA,QL(120 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL
CONCERTA 18 MG TABLET,EXTENDED RELEASE	1	QL(30 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL
CONCERTA 27 MG TABLET,EXTENDED RELEASE	1	QL(30 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL
CONCERTA 36 MG TABLET,EXTENDED RELEASE	1	QL(60 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL
CONCERTA 54 MG TABLET,EXTENDED RELEASE	1	QL(30 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL
COPAXONE 20 MG/ML SUBCUTANEOUS SYRINGE	3	PA,QL(30 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL
COPAXONE 40 MG/ML SUBCUTANEOUS SYRINGE	3	PA,QL(12 cada 28 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL
COTEMPLA XR-ODT 17.3 MG EXTENDED RELEASE DISINTEGRATING TABLET	3	PA,QL(30 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL
COTEMPLA XR-ODT 25.9 MG EXTENDED RELEASE DISINTEGRATING TABLET	3	PA,QL(30 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL
COTEMPLA XR-ODT 8.6 MG EXTENDED RELEASE DISINTEGRATING TABLET	3	PA,QL(30 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL
dalfampridine er 10 mg tablet,extended release,12 hr	3	PA,QL(60 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL
DEXEDRINE SPANSULE 10 MG CAPSULE,EXTENDED RELEASE	2	PA,ST,QL(30 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL
dexmethylphenidate 10 mg tablet	3	QL(60 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL
dexmethylphenidate 2.5 mg tablet	3	QL(60 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL
dexmethylphenidate 5 mg tablet	3	QL(60 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL
dexmethylphenidate er 10 mg capsule,extended release biphasic50-50	1	QL(30 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL
dexmethylphenidate er 15 mg capsule,extended release biphasic50-50	1	QL(30 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL
dexmethylphenidate er 20 mg capsule,extended release biphasic50-50	1	QL(30 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL
dexmethylphenidate er 25 mg capsule,extended release biphasic50-50	1	QL(30 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL
dexmethylphenidate er 30 mg capsule,extended release biphasic50-50	1	QL(30 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL
dexmethylphenidate er 35 mg capsule,extended release biphasic50-50	1	QL(30 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL
dexmethylphenidate er 40 mg capsule,extended release biphasic50-50	1	QL(30 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL
dexmethylphenidate er 5 mg capsule,extended release biphasic50-50	1	QL(30 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL
dextroamphetamine sulfate 10 mg tablet	3	PA,QL(90 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL
dextroamphetamine sulfate 15 mg tablet	3	PA,QL(90 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL

• MDO: Medicamento de uso únicamente médico • OTC – Medicamentos sin receta • PA – Autorización previa • QL – Límite de cantidad • ST – Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
dextroamphetamine sulfate 2.5 mg tablet	3	PA,QL(90 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL
dextroamphetamine sulfate 20 mg tablet	3	PA,QL(90 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL
dextroamphetamine sulfate 30 mg tablet	3	PA,QL(60 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL
dextroamphetamine sulfate 5 mg tablet	3	PA,QL(90 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL
dextroamphetamine sulfate 5 mg/5 ml oral solution	3	PA	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL
dextroamphetamine sulfate 7.5 mg tablet	3	PA,QL(90 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL
dextroamphetamine sulfate er 10 mg capsule,extended release	2	ST,QL(30 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL
dextroamphetamine sulfate er 15 mg capsule,extended release	2	ST,QL(120 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL
dextroamphetamine sulfate er 5 mg capsule,extended release	2	ST,QL(30 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL
dextroamphetamine-amphetamine 10 mg tablet	3	QL(90 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL
dextroamphetamine-amphetamine 12.5 mg tablet	3	QL(90 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL
dextroamphetamine-amphetamine 15 mg tablet	3	QL(90 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL
dextroamphetamine-amphetamine 20 mg tablet	3	QL(90 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL
dextroamphetamine-amphetamine 30 mg tablet	3	QL(60 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL
dextroamphetamine-amphetamine 5 mg tablet	3	QL(90 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL
dextroamphetamine-amphetamine 7.5 mg tablet	3	QL(90 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL
dextroamphetamine-amphetamine er 10 mg 24hr capsule,extend release	1	QL(30 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL
dextroamphetamine-amphetamine er 12.5 mg capsule, 3 bead, ext rel 24hr	3	PA,QL(30 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL
dextroamphetamine-amphetamine er 15 mg 24hr capsule,extend release	1	QL(30 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL
dextroamphetamine-amphetamine er 20 mg 24hr capsule,extend release	1	QL(30 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL
dextroamphetamine-amphetamine er 25 mg 24hr capsule,extend release	1	QL(30 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL
dextroamphetamine-amphetamine er 25 mg capsule,3 bead,ext release 24hr	3	PA,QL(30 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL
dextroamphetamine-amphetamine er 30 mg 24hr capsule,extend release	1	QL(30 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL
dextroamphetamine-amphetamine er 37.5 mg capsule, 3 bead, ext rel 24hr	3	PA,QL(30 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL
dextroamphetamine-amphetamine er 5 mg 24hr capsule,extend release	1	QL(30 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL
dextroamphetamine-amphetamine er 50 mg capsule,3 bead,ext release 24hr	3	PA,QL(30 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL
dextromethorphan 20 mg-quinidine 10 mg capsule	3	PA,QL(60 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL

• MDO: Medicamento de uso únicamente médico • OTC – Medicamentos sin receta • PA – Autorización previa • QL – Límite de cantidad • ST – Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
dimethyl fumarate 120 mg (14)-240 mg (46) capsule,delayed release	3	PA,QL(60 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL
dimethyl fumarate 120 mg capsule,delayed release	3	PA,QL(14 cada 7 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL
dimethyl fumarate 240 mg capsule,delayed release	3	PA,QL(60 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL
DRIZALMA SPRINKLE 20 MG CAPSULE,DELAYED RELEASE	3	PA,QL(30 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL
DRIZALMA SPRINKLE 30 MG CAPSULE,DELAYED RELEASE	3	PA,QL(30 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL
DRIZALMA SPRINKLE 40 MG CAPSULE,DELAYED RELEASE	3	PA,QL(30 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL
DRIZALMA SPRINKLE 60 MG CAPSULE,DELAYED RELEASE	3	PA,QL(30 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL
duloxetine 120 mg capsule,delayed release	3	PA,QL(30 cada 30 días)	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	3	PA,QL(30 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	3	PA,QL(30 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL
duloxetine 90 mg capsule,delayed release	3	PA,QL(30 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL
DYANAVEL XR 10 MG TABLET, EXTENDED RELEASE	3	ST,QL(30 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL
DYANAVEL XR 15 MG TABLET, EXTENDED RELEASE	3	ST,QL(30 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL
DYANAVEL XR 2.5 MG/ML ORAL 24 HR EXTENDED RELEASE SUSPENSION	3	ST,QL(240 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL
DYANAVEL XR 20 MG TABLET, EXTENDED RELEASE	3	ST,QL(30 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL
DYANAVEL XR 5 MG TABLET, EXTENDED RELEASE	3	ST,QL(30 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL
edaravone 30 mg/100 ml intravenous solution	3	PA	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL
EVEKEO 10 MG TABLET	3	PA,QL(90 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL
EVEKEO 5 MG TABLET	3	PA,QL(90 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL
fingolimod 0.5 mg capsule	3	PA,QL(30 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL
FIRDAPSE 10 MG TABLET	3	PA,QL(240 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL
FOCALIN 10 MG TABLET	3	PA,QL(60 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL
FOCALIN 2.5 MG TABLET	3	PA,QL(60 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL
FOCALIN 5 MG TABLET	3	PA,QL(60 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL

• MDO: Medicamento de uso únicamente médico • OTC – Medicamentos sin receta • PA – Autorización previa • QL – Límite de cantidad • ST – Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
FOCALIN XR 10 MG CAPSULE,EXTENDED RELEASE	1	PA,QL(30 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL
FOCALIN XR 15 MG CAPSULE,EXTENDED RELEASE	1	PA,QL(30 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL
FOCALIN XR 20 MG CAPSULE,EXTENDED RELEASE	1	PA,QL(30 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL
FOCALIN XR 25 MG CAPSULE,EXTENDED RELEASE	1	PA,QL(30 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL
FOCALIN XR 30 MG CAPSULE,EXTENDED RELEASE	1	PA,QL(30 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL
FOCALIN XR 35 MG CAPSULE,EXTENDED RELEASE	1	PA,QL(30 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL
FOCALIN XR 40 MG CAPSULE,EXTENDED RELEASE	1	PA,QL(30 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL
FOCALIN XR 5 MG CAPSULE,EXTENDED RELEASE	1	PA,QL(30 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL
gabapentin er 300 mg tablet,extended release 24 hr	3	PA,QL(30 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL
gabapentin er 450 mg tablet,extended release 24 hr	3	PA,QL(30 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL
gabapentin er 600 mg tablet,extended release 24 hr	3	PA,QL(60 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL
gabapentin er 750 mg tablet,extended release 24 hr	3	PA,QL(60 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL
gabapentin er 900 mg tablet,extended release 24 hr	3	PA,QL(60 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL
GILENYA 0.5 MG CAPSULE	3	PA,QL(30 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL
glatiramer 20 mg/ml subcutaneous syringe	3	PA,QL(30 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL
glatiramer 40 mg/ml subcutaneous syringe	3	PA,QL(12 cada 28 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL
glatopa 20 mg/ml subcutaneous syringe	3	PA,QL(30 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL
glatopa 40 mg/ml subcutaneous syringe	3	PA,QL(12 cada 28 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL
GRALISE 300 MG TABLET,EXTENDED RELEASE	3	PA,QL(30 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL
GRALISE 450 MG TABLET,EXTENDED RELEASE	3	PA,QL(30 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL
GRALISE 600 MG TABLET,EXTENDED RELEASE	3	PA,QL(60 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL
GRALISE 750 MG TABLET,EXTENDED RELEASE	3	PA,QL(60 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL
GRALISE 900 MG TABLET,EXTENDED RELEASE	3	PA,QL(60 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL
guanfacine er 1 mg tablet,extended release 24 hr	1	QL(30 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL
guanfacine er 2 mg tablet,extended release 24 hr	1	QL(30 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL
guanfacine er 3 mg tablet,extended release 24 hr	1	QL(30 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL
guanfacine er 4 mg tablet,extended release 24 hr	1	QL(30 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL

• MDO: Medicamento de uso únicamente médico • OTC – Medicamentos sin receta • PA – Autorización previa • QL – Límite de cantidad • ST – Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
HORIZANT ER 300 MG TABLET,EXTENDED RELEASE	3	PA,QL(30 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL
HORIZANT ER 600 MG TABLET,EXTENDED RELEASE	3	PA,QL(30 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL
INGREZZA 40 MG CAPSULE	3	PA,QL(30 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL
INGREZZA 60 MG CAPSULE	3	PA,QL(30 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL
INGREZZA 80 MG CAPSULE	3	PA,QL(30 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL
INGREZZA INITIATION (TARDIVE) 40 MG (7)-80 MG (21) CAPSULES, DOSE PACK	3	PA,QL(28 cada 28 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL
INGREZZA SPRINKLE 40 MG CAPSULE	3	PA,QL(30 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL
INGREZZA SPRINKLE 60 MG CAPSULE	3	PA,QL(30 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL
INGREZZA SPRINKLE 80 MG CAPSULE	3	PA,QL(30 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL
INTUNIV ER 1 MG TABLET,EXTENDED RELEASE	1	PA,QL(30 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL
INTUNIV ER 2 MG TABLET,EXTENDED RELEASE	1	PA,QL(30 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL
INTUNIV ER 3 MG TABLET,EXTENDED RELEASE	1	PA,QL(30 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL
INTUNIV ER 4 MG TABLET,EXTENDED RELEASE	1	PA,QL(30 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL
JORNAY PM 100 MG CAPSULE,DELAYED RELEASE,EXTENDED RELEASE SPRINKLE	3	ST,QL(30 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL
JORNAY PM 20 MG CAPSULE,DELAYED RELEASE,EXTENDED RELEASE SPRINKLE	3	ST,QL(30 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL
JORNAY PM 40 MG CAPSULE,DELAYED RELEASE,EXTENDED RELEASE SPRINKLE	3	ST,QL(30 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL
JORNAY PM 60 MG CAPSULE,DELAYED RELEASE,EXTENDED RELEASE SPRINKLE	3	ST,QL(30 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL
JORNAY PM 80 MG CAPSULE,DELAYED RELEASE,EXTENDED RELEASE SPRINKLE	3	ST,QL(30 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL
KESIMPTA PEN 20 MG/0.4 ML SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR	3	PA,QL(0.4 cada 28 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL
LEMTRADA 12 MG/1.2 ML INTRAVENOUS SOLUTION[MDO]	*		AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL
lisdexamfetamine 10 mg capsule	2	ST,QL(30 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL
lisdexamfetamine 10 mg chewable tablet	3	ST,QL(30 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL
lisdexamfetamine 20 mg capsule	2	ST,QL(30 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL
lisdexamfetamine 20 mg chewable tablet	3	ST,QL(30 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL
lisdexamfetamine 30 mg capsule	2	ST,QL(30 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL
lisdexamfetamine 30 mg chewable tablet	3	ST,QL(30 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL
lisdexamfetamine 40 mg capsule	2	ST,QL(30 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL

• MDO: Medicamento de uso únicamente médico • OTC – Medicamentos sin receta • PA – Autorización previa • QL – Límite de cantidad • ST – Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
lisdexamfetamine 40 mg chewable tablet	3	ST,QL(30 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL
lisdexamfetamine 50 mg capsule	2	ST,QL(30 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL
lisdexamfetamine 50 mg chewable tablet	3	ST,QL(30 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL
lisdexamfetamine 60 mg capsule	2	ST,QL(30 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL
lisdexamfetamine 60 mg chewable tablet	3	ST,QL(30 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL
lisdexamfetamine 70 mg capsule	2	ST,QL(30 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL
LYNKUET 60 MG CAPSULE	3	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(240 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL
LYRICA 200 MG CAPSULE	1	QL(90 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL
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(90 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
LYRICA CR 165 MG TABLET,EXTENDED RELEASE	3	PA,QL(30 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL
LYRICA CR 330 MG TABLET,EXTENDED RELEASE	3	PA,QL(30 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL
LYRICA CR 82.5 MG TABLET,EXTENDED RELEASE	3	PA,QL(30 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL
MAVENCLAD (10 TABLET PACK) 10 MG TABLET	3	PA	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL
MAVENCLAD (4 TABLET PACK) 10 MG TABLET	3	PA	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL
MAVENCLAD (5 TABLET PACK) 10 MG TABLET	3	PA	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL
MAVENCLAD (6 TABLET PACK) 10 MG TABLET	3	PA	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL
MAVENCLAD (7 TABLET PACK) 10 MG TABLET	3	PA	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL
MAVENCLAD (8 TABLET PACK) 10 MG TABLET	3	PA	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL
MAVENCLAD (9 TABLET PACK) 10 MG TABLET	3	PA	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL
MAYZENT 0.25 MG TABLET	3	PA,QL(112 cada 28 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL

• MDO: Medicamento de uso únicamente médico • OTC – Medicamentos sin receta • PA – Autorización previa • QL – Límite de cantidad • ST – Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
MAYZENT 1 MG TABLET	3	PA,QL(30 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL
MAYZENT 2 MG TABLET	3	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	3	PA,QL(7 cada 4 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL
MAYZENT STARTER PACK (FOR 2 MG MAINT DOSE) 0.25 MG (12 TABS) TABLETS	3	PA,QL(12 cada 5 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL
methamphetamine 5 mg tablet	3	PA,QL(150 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL
METHYLIN 10 MG/5 ML ORAL SOLUTION	1	PA,QL(600 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL
METHYLIN 5 MG/5 ML ORAL SOLUTION	1	PA,QL(600 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL
methylphenidate 10 mg chewable tablet	3	PA,QL(90 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL
methylphenidate 10 mg tablet	3	QL(90 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL
methylphenidate 10 mg/5 ml oral solution	1	QL(600 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL
methylphenidate 10 mg/9 hr daily transdermal patch	3	ST,QL(30 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL
methylphenidate 15 mg/9 hr daily transdermal patch	3	ST,QL(30 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL
methylphenidate 17.3 mg er,ir disintegrating 24 hr tablet	3	PA,QL(30 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL
methylphenidate 2.5 mg chewable tablet	3	PA,QL(90 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL
methylphenidate 20 mg tablet	3	QL(90 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL
methylphenidate 20 mg/9 hr daily transdermal patch	3	ST,QL(30 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL
methylphenidate 25.9 mg er,ir disintegrating 24 hr tablet	3	PA,QL(30 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL
methylphenidate 30 mg/9 hr daily transdermal patch	3	ST,QL(30 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL
methylphenidate 5 mg chewable tablet	3	PA,QL(90 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL
methylphenidate 5 mg tablet	3	QL(90 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL
methylphenidate 5 mg/5 ml oral solution	1	QL(600 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL
methylphenidate 8.6 mg er,ir disintegrating 24 hr tablet	3	PA,QL(30 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL
methylphenidate cd 10 mg biphasic 30-70 capsule,extended release	1	QL(30 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL
methylphenidate cd 20 mg biphasic 30-70 capsule,extended release	1	QL(30 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL
methylphenidate cd 30 mg biphasic 30-70 capsule,extended release	1	QL(30 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL
methylphenidate cd 40 mg biphasic 30-70 capsule,extended release	1	QL(30 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL
methylphenidate cd 50 mg biphasic 30-70 capsule,extended release	1	QL(30 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL

• MDO: Medicamento de uso únicamente médico • OTC – Medicamentos sin receta • PA – Autorización previa • QL – Límite de cantidad • ST – Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
methylphenidate cd 60 mg biphasic 30-70 capsule,extended release	1	QL(30 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL
methylphenidate er 10 mg capsule,extended release (40-60) sprinkle	2	ST,QL(30 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL
methylphenidate er 10 mg tablet,extended release	1	QL(90 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL
methylphenidate er 15 mg capsule,extended release (40-60) sprinkle	2	ST,QL(30 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL
methylphenidate er 18 mg tablet,extended release 24 hr	1	QL(30 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL
methylphenidate er 20 mg capsule,extended release (40-60) sprinkle	2	ST,QL(30 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL
methylphenidate er 20 mg tablet,extended release	1	QL(90 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL
methylphenidate er 27 mg tablet,extended release 24 hr	1	QL(30 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL
methylphenidate er 30 mg capsule,extended release (40-60) sprinkle	2	ST,QL(30 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL
methylphenidate er 36 mg tablet,extended release 24 hr	1	QL(60 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL
methylphenidate er 40 mg capsule,extended release (40-60) sprinkle	2	ST,QL(30 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL
methylphenidate er 45 mg tablet,extended release 24 hr	3	QL(30 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL
methylphenidate er 50 mg capsule,extended release (40-60) sprinkle	2	ST,QL(30 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL
methylphenidate er 54 mg tablet,extended release 24 hr	1	QL(30 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL
methylphenidate er 60 mg capsule,extended release (40-60) sprinkle	2	ST,QL(30 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL
methylphenidate er 63 mg tablet,extended release 24 hr	3	QL(30 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL
methylphenidate er 72 mg tablet,extended release 24 hr	3	PA,QL(30 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL
methylphenidate la 10 mg biphasic 50-50 capsule,extended release	2	ST,QL(30 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL
methylphenidate la 20 mg biphasic 50-50 capsule,extended release	2	ST,QL(30 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL
methylphenidate la 30 mg biphasic 50-50 capsule,extended release	2	ST,QL(60 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL
methylphenidate la 40 mg biphasic 50-50 capsule,extended release	2	ST,QL(30 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL
methylphenidate la 60 mg biphasic 50-50 capsule,extended release	1	ST,QL(30 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL
milnacipran 100 mg tablet	3	PA,QL(60 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL
milnacipran 12.5 mg (5)-25 mg(8)-50mg(42) tablets in a dose pack	3	PA,QL(55 cada 28 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL
milnacipran 12.5 mg tablet	3	PA,QL(60 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL
milnacipran 25 mg tablet	3	PA,QL(60 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL
milnacipran 50 mg tablet	3	PA,QL(60 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL

• MDO: Medicamento de uso únicamente médico • OTC – Medicamentos sin receta • PA – Autorización previa • QL – Límite de cantidad • ST – Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
MYDAYIS 12.5 MG CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HR	3	PA,QL(30 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL
MYDAYIS 25 MG CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HR	3	PA,QL(30 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL
MYDAYIS 37.5 MG CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HR	3	PA,QL(30 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL
MYDAYIS 50 MG CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HR	3	PA,QL(30 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL
NUEDEXTA 20 MG-10 MG CAPSULE	3	PA,QL(60 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL
OCREVUS 30 MG/ML INTRAVENOUS SOLUTION	3	PA	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL
OCREVUS ZUNOVO 920 MG-23,000 UNIT/23 ML SUBCUTANEOUS SOLUTION	3	PA,QL(23 cada 180 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL
ONYDA XR 0.1 MG/ML ORAL SUSPENSION,EXTENDED RELEASE	3	PA,QL(120 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL
PLEGRIDY 125 MCG/0.5 ML INTRAMUSCULAR SYRINGE	3	PA,QL(1 cada 28 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL
PLEGRIDY 125 MCG/0.5 ML SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR	3	PA,QL(1 cada 28 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL
PLEGRIDY 125 MCG/0.5 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE	3	PA,QL(1 cada 28 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL
PLEGRIDY 63 MCG/0.5 ML-94 MCG/0.5 ML SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR	3	PA,QL(1 cada 28 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL
PLEGRIDY 63 MCG/0.5 ML-94 MCG/0.5 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE	3	PA,QL(1 cada 28 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL
PONVORY 14-DAY STARTER PACK 2-3-4-5-6-7-8-9-10 MG TABLETS	3	PA,QL(14 cada 14 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL
PONVORY 20 MG TABLET	3	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	1	QL(240 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(90 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL
pregabalin 50 mg capsule	1	QL(90 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL
pregabalin 75 mg capsule	1	QL(90 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL
pregabalin er 165 mg tablet, extended release 24 hr	3	PA,QL(30 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL
pregabalin er 330 mg tablet, extended release 24 hr	3	PA,QL(30 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL
pregabalin er 82.5 mg tablet, extended release 24 hr	3	PA,QL(30 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL

• MDO: Medicamento de uso únicamente médico • OTC – Medicamentos sin receta • PA – Autorización previa • QL – Límite de cantidad • ST – Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
procentra 5 mg/5 ml oral solution	3	PA	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL
QALSODY 100 MG/15 ML (6.7 MG/ML) INTRATHECAL SOLUTION	3	PA,QL(30 cada 28 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL
QELBREE 100 MG CAPSULE,EXTENDED RELEASE	3	PA,QL(30 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL
QELBREE 150 MG CAPSULE,EXTENDED RELEASE	3	PA,QL(60 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL
QELBREE 200 MG CAPSULE,EXTENDED RELEASE	3	PA,QL(90 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL
QUILLICHEW ER 20 MG CHEWABLE TABLET, EXTENDED RELEASE	3	PA,QL(30 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL
QUILLICHEW ER 30 MG CHEWABLE TABLET, EXTENDED RELEASE	3	PA,QL(30 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL
QUILLICHEW ER 40 MG CHEWABLE, EXTENDED RELEASE TABLET	3	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	2	ST,QL(540 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL
RADICAVA 30 MG/100 ML INTRAVENOUS SOLUTION	3	PA	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL
RADICAVA ORS 105 MG/5 ML ORAL SUSPENSION	3	PA,QL(70 cada 28 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL
RADICAVA ORS STARTER KIT SUSPENSION 105 MG/5 ML ORAL	3	PA,QL(70 cada 28 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL
REBIF (WITH ALBUMIN) 22 MCG/0.5 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE	3	PA,QL(6 cada 28 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL
REBIF (WITH ALBUMIN) 44 MCG/0.5 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE	3	PA,QL(6 cada 28 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL
REBIF REBIDOSE 22 MCG/0.5 ML SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR	3	PA,QL(6 cada 28 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL
REBIF REBIDOSE 44 MCG/0.5 ML SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR	3	PA,QL(6 cada 28 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL
REBIF REBIDOSE 8.8 MCG/0.2 ML-22 MCG/0.5 ML (6) SUBCUTANEOUS PEN INJ.	3	PA,QL(4.2 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL
REBIF TITRATION PACK 8.8 MCG/0.2 ML-22 MCG/0.5 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE	3	PA,QL(4.2 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL
RELEXXII 18 MG TABLET,EXTENDED RELEASE	3	PA,QL(30 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL
RELEXXII 27 MG TABLET,EXTENDED RELEASE	3	PA,QL(30 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL
RELEXXII 36 MG TABLET,EXTENDED RELEASE	3	PA,QL(60 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL
RELEXXII 45 MG TABLET,EXTENDED RELEASE	3	PA,QL(30 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL
RELEXXII 54 MG TABLET,EXTENDED RELEASE	3	PA,QL(30 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL
RELEXXII 63 MG TABLET,EXTENDED RELEASE	3	PA,QL(30 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL
RELEXXII 72 MG TABLET,EXTENDED RELEASE	3	PA,QL(30 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL
riluzole 50 mg tablet	1	PA,QL(60 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL
RITALIN 10 MG TABLET	3	PA,QL(90 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL

• MDO: Medicamento de uso únicamente médico • OTC – Medicamentos sin receta • PA – Autorización previa • QL – Límite de cantidad • ST – Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
RITALIN 20 MG TABLET	3	PA,QL(90 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL
RITALIN 5 MG TABLET	3	PA,QL(90 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL
SAVELLA 100 MG TABLET	2	PA,QL(60 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL
SAVELLA 12.5 MG (5)-25 MG(8)-50MG(42) TABLETS IN A DOSE PACK	2	PA,QL(55 cada 28 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL
SAVELLA 12.5 MG TABLET	2	PA,QL(60 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL
SAVELLA 25 MG TABLET	2	PA,QL(60 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL
SAVELLA 50 MG TABLET	2	PA,QL(60 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL
SKYCLARYS 50 MG CAPSULE	3	PA,QL(90 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL
STRATTERA 10 MG CAPSULE	1	PA,QL(60 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL
STRATTERA 100 MG CAPSULE	1	QL(30 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL
STRATTERA 18 MG CAPSULE	1	PA,QL(60 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL
STRATTERA 25 MG CAPSULE	1	PA,QL(60 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL
STRATTERA 40 MG CAPSULE	1	PA,QL(60 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL
STRATTERA 60 MG CAPSULE	1	PA,QL(60 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL
STRATTERA 80 MG CAPSULE	1	PA,QL(30 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL
TASCENSO ODT 0.25 MG DISINTEGRATING TABLET	3	PA,QL(30 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL
TASCENSO ODT 0.5 MG DISINTEGRATING TABLET	3	PA,QL(30 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL
TECFIDERA 120 MG (14)-240 MG (46) CAPSULE,DELAYED RELEASE	3	PA,QL(60 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL
TECFIDERA 120 MG CAPSULE,DELAYED RELEASE	3	PA,QL(14 cada 7 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL
TECFIDERA 240 MG CAPSULE,DELAYED RELEASE	3	PA,QL(60 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL
teriflunomide 14 mg tablet	3	PA,QL(30 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL
teriflunomide 7 mg tablet	3	PA,QL(30 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL
tetrabenazine 12.5 mg tablet	3	PA	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL
tetrabenazine 25 mg tablet	3	PA	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL
TIGLUTIK 50 MG/10 ML ORAL SUSPENSION	3	PA,QL(600 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL
TYRUKO 300 MG/15 ML INTRAVENOUS SOLUTION	3	PA	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL
TYSABRI 300 MG/15 ML INTRAVENOUS SOLUTION	3	PA	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL

• MDO: Medicamento de uso únicamente médico • OTC – Medicamentos sin receta • PA – Autorización previa • QL – Límite de cantidad • ST – Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
VEOZAH 45 MG TABLET	3	PA,QL(30 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL
VUMERITY 231 MG CAPSULE,DELAYED RELEASE	3	PA,QL(120 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL
VYVANSE 10 MG CAPSULE	2	ST,QL(30 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL
VYVANSE 10 MG CHEWABLE TABLET	3	PA,ST,QL(30 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL
VYVANSE 20 MG CAPSULE	2	ST,QL(30 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL
VYVANSE 20 MG CHEWABLE TABLET	3	PA,ST,QL(30 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL
VYVANSE 30 MG CAPSULE	2	ST,QL(30 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL
VYVANSE 30 MG CHEWABLE TABLET	3	PA,ST,QL(30 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL
VYVANSE 40 MG CAPSULE	2	ST,QL(30 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL
VYVANSE 40 MG CHEWABLE TABLET	3	PA,ST,QL(30 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL
VYVANSE 50 MG CAPSULE	2	ST,QL(30 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL
VYVANSE 50 MG CHEWABLE TABLET	3	PA,ST,QL(30 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL
VYVANSE 60 MG CAPSULE	2	ST,QL(30 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL
VYVANSE 60 MG CHEWABLE TABLET	3	PA,ST,QL(30 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL
VYVANSE 70 MG CAPSULE	2	ST,QL(30 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL
XELSTRYM 13.5 MG/9 HOUR TRANSDERMAL 24 HOUR PATCH	3	PA,QL(30 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL
XELSTRYM 18 MG/9 HOUR TRANSDERMAL 24 HOUR PATCH	3	PA,QL(30 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL
XELSTRYM 4.5 MG/9 HOUR TRANSDERMAL 24 HOUR PATCH	3	PA,QL(30 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL
XELSTRYM 9 MG/9 HOUR TRANSDERMAL 24 HOUR PATCH	3	PA,QL(30 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL
XENAZINE 12.5 MG TABLET	3	PA	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL
XENAZINE 25 MG TABLET	3	PA	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL
zenzedi 10 mg tablet	3	PA,QL(90 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL
ZENZEDI 15 MG TABLET	3	PA,QL(90 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL
ZENZEDI 2.5 MG TABLET	3	PA,QL(90 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL
ZENZEDI 20 MG TABLET	3	PA,QL(90 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL
ZENZEDI 30 MG TABLET	3	PA,QL(60 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL
zenzedi 5 mg tablet	3	PA,QL(90 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL

• MDO: Medicamento de uso únicamente médico • OTC – Medicamentos sin receta • PA – Autorización previa • QL – Límite de cantidad • ST – Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
ZENZEDI 7.5 MG TABLET	3	PA,QL(90 cada 30 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL
ZEPOSIA 0.92 MG CAPSULE	3	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	3	PA,QL(28 cada 28 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL
ZEPOSIA STARTER PACK (7-DAY) 0.23 MG (4)-0.46 MG (3) CAPSULES DOSEPACK	3	PA,QL(7 cada 7 días)	AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL
cevimeline 30 mg capsule	1	QL(120 cada 30 días)	AGENTES DENTALES Y ORALES
chlorhexidine gluconate 0.12 % mouthwash	1	QL(500 cada 14 días)	AGENTES DENTALES Y ORALES
EVOXAC 30 MG CAPSULE	1	PA,QL(120 cada 30 días)	AGENTES DENTALES Y ORALES
KEPIVANCE 5.16 MG INTRAVENOUS SOLUTION	3	PA	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	QL(5 cada 30 días)	AGENTES DENTALES Y ORALES
ABSORICA 10 MG CAPSULE	1	PA,QL(60 cada 30 días)	AGENTES DERMATOLÓGICOS
ABSORICA 20 MG CAPSULE	2	PA,QL(60 cada 30 días)	AGENTES DERMATOLÓGICOS
ABSORICA 25 MG CAPSULE	1	PA,QL(60 cada 30 días)	AGENTES DERMATOLÓGICOS
ABSORICA 30 MG CAPSULE	1	PA,QL(60 cada 30 días)	AGENTES DERMATOLÓGICOS
ABSORICA 35 MG CAPSULE	1	PA,QL(60 cada 30 días)	AGENTES DERMATOLÓGICOS
ABSORICA 40 MG CAPSULE	1	PA,QL(60 cada 30 días)	AGENTES DERMATOLÓGICOS
ABSORICA LD 16 MG CAPSULE	3	PA	AGENTES DERMATOLÓGICOS
ABSORICA LD 24 MG CAPSULE	3	PA	AGENTES DERMATOLÓGICOS
ABSORICA LD 32 MG CAPSULE	3	PA	AGENTES DERMATOLÓGICOS
ABSORICA LD 8 MG CAPSULE	3	PA	AGENTES DERMATOLÓGICOS
acitretin 10 mg capsule	1	QL(60 cada 30 días)	AGENTES DERMATOLÓGICOS
acitretin 17.5 mg capsule	1	QL(60 cada 30 días)	AGENTES DERMATOLÓGICOS
acitretin 25 mg capsule	1	QL(60 cada 30 días)	AGENTES DERMATOLÓGICOS
ADBRY 150 MG/ML SUBCUTANEOUS SYRINGE	3	PA,QL(6 cada 28 días)	AGENTES DERMATOLÓGICOS
ADBRY 300 MG/2 ML SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR	3	PA,QL(6 cada 28 días)	AGENTES DERMATOLÓGICOS
ADQUEY 1 % TOPICAL OINTMENT	3	PA,QL(85 cada 30 días)	AGENTES DERMATOLÓGICOS
alclometasone 0.05 % topical cream	2	PA	AGENTES DERMATOLÓGICOS
alclometasone 0.05 % topical ointment	2	PA	AGENTES DERMATOLÓGICOS
amcinonide 0.1 % topical cream	3	PA	AGENTES DERMATOLÓGICOS
amcinonide 0.1 % topical ointment	3	PA	AGENTES DERMATOLÓGICOS

• MDO: Medicamento de uso únicamente médico • OTC – Medicamentos sin receta • PA – Autorización previa • QL – Límite de cantidad • ST – Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
ammonium lactate 12 % lotion	1		AGENTES DERMATOLÓGICOS
ammonium lactate 12 % topical cream	1		AGENTES DERMATOLÓGICOS
amnesteem 10 mg capsule	1	QL(60 cada 30 días)	AGENTES DERMATOLÓGICOS
amnesteem 20 mg capsule	1	QL(60 cada 30 días)	AGENTES DERMATOLÓGICOS
amnesteem 30 mg capsule	1	QL(60 cada 30 días)	AGENTES DERMATOLÓGICOS
amnesteem 40 mg capsule	1	QL(60 cada 30 días)	AGENTES DERMATOLÓGICOS
ANZUPGO 2 % TOPICAL CREAM	3	PA,QL(60 cada 30 días)	AGENTES DERMATOLÓGICOS
beser 0.05 % lotion	3	PA,QL(120 cada 30 días)	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	2	PA	AGENTES DERMATOLÓGICOS
betamethasone valerate 0.1 % topical cream	1		AGENTES DERMATOLÓGICOS
betamethasone valerate 0.1 % topical ointment	1		AGENTES DERMATOLÓGICOS
betamethasone valerate 0.12 % topical foam	2	PA	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	3	PA	AGENTES DERMATOLÓGICOS
betamethasone, augmented 0.05 % topical ointment	1		AGENTES DERMATOLÓGICOS
brimonidine 0.33 % topical gel with pump	3	PA,QL(30 cada 30 días)	AGENTES DERMATOLÓGICOS
calcipotriene 0.005 % scalp solution	1	QL(300 cada 30 días)	AGENTES DERMATOLÓGICOS
calcipotriene 0.005 % topical cream	1	QL(360 cada 30 días)	AGENTES DERMATOLÓGICOS
calcipotriene 0.005 % topical foam	3	PA,QL(120 cada 30 días)	AGENTES DERMATOLÓGICOS
calcipotriene 0.005 % topical ointment	1	QL(360 cada 30 días)	AGENTES DERMATOLÓGICOS
calcipotriene-betamethasone 0.005 %-0.064 % topical ointment	3	PA	AGENTES DERMATOLÓGICOS
calcipotriene-betamethasone 0.005 %-0.064 % topical suspension	3	PA	AGENTES DERMATOLÓGICOS
calcitriol 3 mcg/gram topical ointment	1		AGENTES DERMATOLÓGICOS
CENTANY 2 % TOPICAL OINTMENT	1	PA	AGENTES DERMATOLÓGICOS
CENTANY AT 2 % OINTMENT TOPICAL KIT	3	PA,ST	AGENTES DERMATOLÓGICOS
claravis 10 mg capsule	1	QL(60 cada 30 días)	AGENTES DERMATOLÓGICOS
claravis 20 mg capsule	1	QL(60 cada 30 días)	AGENTES DERMATOLÓGICOS
claravis 30 mg capsule	1	QL(60 cada 30 días)	AGENTES DERMATOLÓGICOS

• MDO: Medicamento de uso únicamente médico • OTC – Medicamentos sin receta • PA – Autorización previa • QL – Límite de cantidad • ST – Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
claravis 40 mg capsule	1	QL(60 cada 30 días)	AGENTES DERMATOLÓGICOS
CLEOCIN T 1 % LOTION	1	PA	AGENTES DERMATOLÓGICOS
clindacin 1 % topical foam	3	PA	AGENTES DERMATOLÓGICOS
CLINDACIN ETZ 1 % TOPICAL KIT	3	PA	AGENTES DERMATOLÓGICOS
clindacin etz 1 % topical swab	1		AGENTES DERMATOLÓGICOS
clindacin p 1 % topical swab	1		AGENTES DERMATOLÓGICOS
clindamycin 1 % lotion	1		AGENTES DERMATOLÓGICOS
clindamycin 1 % topical foam	3	PA	AGENTES DERMATOLÓGICOS
clindamycin 1 % topical gel	1		AGENTES DERMATOLÓGICOS
clindamycin 1 % topical gel, once daily	3	PA	AGENTES DERMATOLÓGICOS
clindamycin phosphate 1 % topical solution	1		AGENTES DERMATOLÓGICOS
clindamycin phosphate 1 % topical swab	1		AGENTES DERMATOLÓGICOS
clobetasol 0.025 % topical cream	3	PA	AGENTES DERMATOLÓGICOS
clobetasol 0.05 % lotion	2	PA	AGENTES DERMATOLÓGICOS
clobetasol 0.05 % scalp solution	1	QL(50 cada 30 días)	AGENTES DERMATOLÓGICOS
clobetasol 0.05 % shampoo	2	PA	AGENTES DERMATOLÓGICOS
clobetasol 0.05 % topical cream	1		AGENTES DERMATOLÓGICOS
clobetasol 0.05 % topical foam	1		AGENTES DERMATOLÓGICOS
clobetasol 0.05 % topical gel	2	PA,QL(60 cada 30 días)	AGENTES DERMATOLÓGICOS
clobetasol 0.05 % topical ointment	1		AGENTES DERMATOLÓGICOS
clobetasol 0.05 % topical spray	2	PA	AGENTES DERMATOLÓGICOS
clobetasol-emollient 0.05 % topical cream	2	PA	AGENTES DERMATOLÓGICOS
clobetasol-emollient 0.05 % topical foam	3	PA	AGENTES DERMATOLÓGICOS
clocortolone pivalate 0.1 % topical cream	3	PA	AGENTES DERMATOLÓGICOS
clodan 0.05 % shampoo	3	PA	AGENTES DERMATOLÓGICOS
CLODAN KIT 0.05 % TOPICAL KIT, SHAMPOO AND CLEANSER	3	PA,QL(1 cada 30 días)	AGENTES DERMATOLÓGICOS
CONDYLOX 0.5 % TOPICAL GEL	1	QL(3.5 cada 5 días)	AGENTES DERMATOLÓGICOS
CORTEF 10 MG TABLET	1	PA	AGENTES DERMATOLÓGICOS
CORTEF 20 MG TABLET	1	PA	AGENTES DERMATOLÓGICOS
CORTEF 5 MG TABLET	1	PA	AGENTES DERMATOLÓGICOS
crotan 10 % lotion	2	PA,QL(454 cada 30 días)	AGENTES DERMATOLÓGICOS
dapsone 5 % topical gel	3	PA,QL(90 cada 84 días)	AGENTES DERMATOLÓGICOS
dapsone 7.5 % topical gel	3	PA,QL(90 cada 84 días)	AGENTES DERMATOLÓGICOS
dapsone 7.5 % topical gel with pump	3	PA,QL(90 cada 84 días)	AGENTES DERMATOLÓGICOS
DERMA-SMOOTHE/FS BODY OIL 0.01 %	2	PA,QL(118.28 cada 15 días)	AGENTES DERMATOLÓGICOS
DERMA-SMOOTHE/FS SCALP OIL 0.01 %	2	PA,QL(118.28 cada 15 días)	AGENTES DERMATOLÓGICOS
desonide 0.05 % lotion	3	PA	AGENTES DERMATOLÓGICOS
desonide 0.05 % topical cream	1		AGENTES DERMATOLÓGICOS
desonide 0.05 % topical ointment	1		AGENTES DERMATOLÓGICOS
desoximetasone 0.05 % topical cream	3	PA	AGENTES DERMATOLÓGICOS
desoximetasone 0.05 % topical gel	3	PA	AGENTES DERMATOLÓGICOS

• MDO: Medicamento de uso únicamente médico • OTC – Medicamentos sin receta • PA – Autorización previa • QL – Límite de cantidad • ST – Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
desoximetasone 0.05 % topical ointment	3	PA	AGENTES DERMATOLÓGICOS
desoximetasone 0.25 % topical cream	1		AGENTES DERMATOLÓGICOS
desoximetasone 0.25 % topical ointment	1		AGENTES DERMATOLÓGICOS
desoximetasone 0.25 % topical spray	3	PA,QL(100 cada 30 días)	AGENTES DERMATOLÓGICOS
diclofenac 3 % topical gel	3	PA	AGENTES DERMATOLÓGICOS
diflorasone 0.05 % topical cream	3	PA	AGENTES DERMATOLÓGICOS
diflorasone 0.05 % topical ointment	3	PA	AGENTES DERMATOLÓGICOS
doxepin 5 % topical cream	3	PA,QL(45 cada 8 días)	AGENTES DERMATOLÓGICOS
EBGLYSS PEN 250 MG/2 ML SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR	3	PA,QL(2 cada 28 días)	AGENTES DERMATOLÓGICOS
EBGLYSS SYRINGE 250 MG/2 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE	3	PA,QL(2 cada 28 días)	AGENTES DERMATOLÓGICOS
ENSTILAR 0.005 %-0.064 % TOPICAL FOAM	2	PA,QL(60 cada 30 días)	AGENTES DERMATOLÓGICOS
EPIFOAM 1 %-1 % TOPICAL	1		AGENTES DERMATOLÓGICOS
ery pads 2 % topical swab	3	PA	AGENTES DERMATOLÓGICOS
erythromycin with ethanol 2 % topical gel	1		AGENTES DERMATOLÓGICOS
erythromycin with ethanol 2 % topical solution	1		AGENTES DERMATOLÓGICOS
EUCRISA 2 % TOPICAL OINTMENT	3	PA,QL(100 cada 30 días)	AGENTES DERMATOLÓGICOS
fluocinolone 0.01 % scalp oil and shower cap	2	PA,QL(118.28 cada 15 días)	AGENTES DERMATOLÓGICOS
fluocinolone 0.01 % topical body oil	2	PA,QL(118.28 cada 15 días)	AGENTES DERMATOLÓGICOS
fluocinolone 0.01 % topical cream	2	PA	AGENTES DERMATOLÓGICOS
fluocinolone 0.01 % topical solution	1		AGENTES DERMATOLÓGICOS
fluocinolone 0.025 % topical cream	2	PA	AGENTES DERMATOLÓGICOS
fluocinolone 0.025 % topical ointment	2	PA	AGENTES DERMATOLÓGICOS
fluocinonide 0.05 % topical cream	1		AGENTES DERMATOLÓGICOS
fluocinonide 0.05 % topical gel	2	PA	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
fluocinonide-e 0.05 % topical cream	2	PA,QL(60 cada 30 días)	AGENTES DERMATOLÓGICOS
fluocinonide-emollient 0.05 % topical cream	2	PA,QL(60 cada 30 días)	AGENTES DERMATOLÓGICOS
fluorouracil 0.5 % topical cream	3	PA	AGENTES DERMATOLÓGICOS
fluorouracil 2 % topical solution	1		AGENTES DERMATOLÓGICOS
fluorouracil 5 % topical cream	1		AGENTES DERMATOLÓGICOS
fluorouracil 5 % topical solution	1		AGENTES DERMATOLÓGICOS
flurandrenolide 0.05 % lotion	3	PA,QL(120 cada 30 días)	AGENTES DERMATOLÓGICOS
fluticasone propionate 0.005 % topical ointment	1		AGENTES DERMATOLÓGICOS
fluticasone propionate 0.05 % lotion	3	PA,QL(120 cada 30 días)	AGENTES DERMATOLÓGICOS
fluticasone propionate 0.05 % topical cream	1		AGENTES DERMATOLÓGICOS
halcinonide 0.1 % topical cream	3	PA	AGENTES DERMATOLÓGICOS
halcinonide 0.1 % topical solution	3	PA	AGENTES DERMATOLÓGICOS

• MDO: Medicamento de uso únicamente médico • OTC – Medicamentos sin receta • PA – Autorización previa • QL – Límite de cantidad • ST – Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
halobetasol propionate 0.05 % lotion	3	PA,QL(60 cada 30 días)	AGENTES DERMATOLÓGICOS
halobetasol propionate 0.05 % topical cream	1		AGENTES DERMATOLÓGICOS
halobetasol propionate 0.05 % topical foam	3	PA,QL(50 cada 30 días)	AGENTES DERMATOLÓGICOS
halobetasol propionate 0.05 % topical ointment	1		AGENTES DERMATOLÓGICOS
HALOG 0.1 % TOPICAL CREAM	3	PA	AGENTES DERMATOLÓGICOS
HALOG 0.1 % TOPICAL SOLUTION	3	PA	AGENTES DERMATOLÓGICOS
hydrocortisone 1 % topical cream	1	QL(30 cada 7 días)	AGENTES DERMATOLÓGICOS
hydrocortisone 1 % topical cream with perineal applicator	1	QL(28.4 cada 7 días)	AGENTES DERMATOLÓGICOS
hydrocortisone 1 % topical ointment[OTC]	1	QL(30 cada 7 días)	AGENTES DERMATOLÓGICOS
hydrocortisone 1 % topical ointment	1	QL(30 cada 7 días)	AGENTES DERMATOLÓGICOS
hydrocortisone 10 mg tablet	1		AGENTES DERMATOLÓGICOS
hydrocortisone 2.5 % lotion	1		AGENTES DERMATOLÓGICOS
hydrocortisone 2.5 % topical cream	1	QL(454 cada 30 días)	AGENTES DERMATOLÓGICOS
hydrocortisone 2.5 % topical cream with perineal applicator	1	QL(30 cada 7 días)	AGENTES DERMATOLÓGICOS
hydrocortisone 2.5 % topical ointment	1	QL(454 cada 30 días)	AGENTES DERMATOLÓGICOS
hydrocortisone 2.5 % topical solution	3	PA,QL(30 cada 30 días)	AGENTES DERMATOLÓGICOS
hydrocortisone 20 mg tablet	1		AGENTES DERMATOLÓGICOS
hydrocortisone 5 mg tablet	1		AGENTES DERMATOLÓGICOS
hydrocortisone butyrate 0.1 % lotion	3	PA	AGENTES DERMATOLÓGICOS
hydrocortisone butyrate 0.1 % topical cream	3	PA	AGENTES DERMATOLÓGICOS
hydrocortisone butyrate 0.1 % topical ointment	2	PA	AGENTES DERMATOLÓGICOS
hydrocortisone butyrate 0.1 % topical solution	3	PA,QL(20 cada 30 días)	AGENTES DERMATOLÓGICOS
hydrocortisone valerate 0.2 % topical cream	1		AGENTES DERMATOLÓGICOS
hydrocortisone valerate 0.2 % topical ointment	2	PA	AGENTES DERMATOLÓGICOS
HYFTOR 0.2 % TOPICAL GEL	3	PA,QL(30 cada 36 días)	AGENTES DERMATOLÓGICOS
ICOTYDE 200 MG TABLET	3	PA,QL(30 cada 30 días)	AGENTES DERMATOLÓGICOS
imiquimod 3.75 % topical cream in a pump	3	PA,QL(7.5 cada 30 días)	AGENTES DERMATOLÓGICOS
imiquimod 3.75 % topical cream packet	3	PA,QL(28 cada 28 días)	AGENTES DERMATOLÓGICOS
imiquimod 5 % topical cream packet	1	QL(12 cada 30 días)	AGENTES DERMATOLÓGICOS
isotretinoin 10 mg capsule	1	QL(60 cada 30 días)	AGENTES DERMATOLÓGICOS
isotretinoin 20 mg capsule	1	QL(60 cada 30 días)	AGENTES DERMATOLÓGICOS
isotretinoin 25 mg capsule	1	QL(60 cada 30 días)	AGENTES DERMATOLÓGICOS
isotretinoin 30 mg capsule	1	QL(60 cada 30 días)	AGENTES DERMATOLÓGICOS
isotretinoin 35 mg capsule	1	QL(60 cada 30 días)	AGENTES DERMATOLÓGICOS

• MDO: Medicamento de uso únicamente médico • OTC – Medicamentos sin receta • PA – Autorización previa • QL – Límite de cantidad • ST – Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
isotretinoin 40 mg capsule	1	QL(60 cada 30 días)	AGENTES DERMATOLÓGICOS
LEXETTE 0.05 % TOPICAL FOAM	3	PA,QL(50 cada 30 días)	AGENTES DERMATOLÓGICOS
lice killing (permethrin) 1 % topical liquid[OTC]	1	QL(118 cada 7 días)	AGENTES DERMATOLÓGICOS
lidocaine 3 %-hydrocortisone 0.5 % topical cream	1	QL(28.35 cada 7 días)	AGENTES DERMATOLÓGICOS
lidocort 3 %-0.5 % topical cream	1	QL(28.35 cada 7 días)	AGENTES DERMATOLÓGICOS
mafenide 50 gram topical packet	1		AGENTES DERMATOLÓGICOS
malathion 0.5 % lotion	3	PA,QL(59 cada 7 días)	AGENTES DERMATOLÓGICOS
methoxsalen 10 mg liquid-filled,rapid release capsule	1		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
mupirocin calcium 2 % topical cream	2	ST	AGENTES DERMATOLÓGICOS
NATROBA 0.9 % TOPICAL SUSPENSION	1	QL(120 cada 7 días)	AGENTES DERMATOLÓGICOS
NEO-SYNALAR 0.5 % (0.35 % BASE)-0.025 % TOPICAL CREAM	2	PA,QL(60 cada 30 días)	AGENTES DERMATOLÓGICOS
OPZELURA 1.5 % TOPICAL CREAM	3	PA,QL(240 cada 28 días)	AGENTES DERMATOLÓGICOS
OTEZLA 20 MG TABLET	2	PA,QL(60 cada 30 días)	AGENTES DERMATOLÓGICOS
OTEZLA 30 MG TABLET	2	PA,QL(60 cada 30 días)	AGENTES DERMATOLÓGICOS
OTEZLA STARTER 10 MG (4)-20 MG (4)-30 MG(19) TABLETS IN A DOSE PACK	3	PA,QL(27 cada 13 días)	AGENTES DERMATOLÓGICOS
OTEZLA STARTER 10 MG (4)-20 MG (4)-30 MG(47) TABLETS IN A DOSE PACK	2	PA,QL(55 cada 28 días)	AGENTES DERMATOLÓGICOS
OTEZLA STARTER 10 MG (4)-20 MG (51) TABLETS IN A DOSE PACK	2	PA,QL(55 cada 28 días)	AGENTES DERMATOLÓGICOS
OTEZLA XR 75 MG TABLET,EXTENDED RELEASE	3	PA,QL(30 cada 30 días)	AGENTES DERMATOLÓGICOS
OTEZLA XR INITIATION 10 MG-20 MG-30 MG TABLET AND 75 MG TABLET,ER PACK	3	PA,QL(41 cada 28 días)	AGENTES DERMATOLÓGICOS
permethrin 5 % topical cream	1	QL(60 cada 7 días)	AGENTES DERMATOLÓGICOS
pimecrolimus 1 % topical cream	1	QL(60 cada 30 días)	AGENTES DERMATOLÓGICOS
podofilox 0.5 % topical gel	1	QL(3.5 cada 5 días)	AGENTES DERMATOLÓGICOS
podofilox 0.5 % topical solution	1	QL(3.5 cada 5 días)	AGENTES DERMATOLÓGICOS
procto-med hc 2.5 % topical cream perineal applicator	1	QL(30 cada 7 días)	AGENTES DERMATOLÓGICOS
proctosol hc 2.5 % topical cream perineal applicator	1	QL(30 cada 7 días)	AGENTES DERMATOLÓGICOS
proctozone-hc 2.5 % topical cream perineal applicator	1	QL(30 cada 7 días)	AGENTES DERMATOLÓGICOS

• MDO: Medicamento de uso únicamente médico • OTC – Medicamentos sin receta • PA – Autorización previa • QL – Límite de cantidad • ST – Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
PRUDOXIN 5 % TOPICAL CREAM	3	PA,QL(45 cada 8 días)	AGENTES DERMATOLÓGICOS
pruradik 10 % lotion	3	PA,QL(454 cada 30 días)	AGENTES DERMATOLÓGICOS
SANTYL 250 UNIT/GRAM TOPICAL OINTMENT	3	PA,QL(90 cada 30 días)	AGENTES DERMATOLÓGICOS
selenium sulfide 2.5 % lotion	1		AGENTES DERMATOLÓGICOS
SILVADENE 1 % TOPICAL CREAM	1	PA	AGENTES DERMATOLÓGICOS
silver sulfadiazine 1 % topical cream	1		AGENTES DERMATOLÓGICOS
SOFDRA 12.45 % (72 MG/ACTUATION) TOPICAL GEL WITH PUMP	3	PA,QL(40.2 cada 30 días)	AGENTES DERMATOLÓGICOS
SORILUX 0.005 % TOPICAL FOAM	3	PA,QL(120 cada 30 días)	AGENTES DERMATOLÓGICOS
spinosad 0.9 % topical suspension	1	PA,QL(120 cada 7 días)	AGENTES DERMATOLÓGICOS
SSD 1 % TOPICAL CREAM	1	PA	AGENTES DERMATOLÓGICOS
sulfacetamide sodium-sulfur 10 %-2 % topical cleanser	1		AGENTES DERMATOLÓGICOS
sulfacetamide sodium-sulfur 10 %-5 % (w/w) topical cream	1		AGENTES DERMATOLÓGICOS
sulfacetamide sodium-sulfur 8 %-4 % topical suspension	1		AGENTES DERMATOLÓGICOS
sulfacetamide sodium-sulfur 9 %-4 % topical cleanser	1		AGENTES DERMATOLÓGICOS
sulfacetamide sodium-sulfur 9 %-4.5 % topical cleanser	1		AGENTES DERMATOLÓGICOS
SULFAMYLON 85 MG/G TOPICAL CREAM	1	QL(113.4 cada 14 días)	AGENTES DERMATOLÓGICOS
SUMADAN 9 %-4.5 % TOPICAL CLEANSER	1	PA	AGENTES DERMATOLÓGICOS
SUMADAN 9 %-4.5 % TOPICAL KIT	3	PA,QL(1 cada 30 días)	AGENTES DERMATOLÓGICOS
SYNALAR 0.01 % TOPICAL SOLUTION	1	PA	AGENTES DERMATOLÓGICOS
SYNALAR 0.025 % TOPICAL CREAM	2	PA	AGENTES DERMATOLÓGICOS
SYNALAR 0.025 % TOPICAL OINTMENT	2	PA	AGENTES DERMATOLÓGICOS
SYNALAR CREAM KIT 0.025 % TOPICAL	3	PA	AGENTES DERMATOLÓGICOS
SYNALAR OINTMENT KIT 0.025 % TOPICAL PACK,OINTMENT AND CREAM	3	PA	AGENTES DERMATOLÓGICOS
SYNALAR TS 0.01 % TOPICAL KIT	3	PA	AGENTES DERMATOLÓGICOS
TACLONEX 0.005 %-0.064 % TOPICAL SUSPENSION	3	PA	AGENTES DERMATOLÓGICOS
tacrolimus 0.03 % topical ointment	1	QL(100 cada 30 días)	AGENTES DERMATOLÓGICOS
tacrolimus 0.1 % topical ointment	1	QL(100 cada 30 días)	AGENTES DERMATOLÓGICOS
tazarotene 0.05 % topical cream	1	PA,QL(60 cada 30 días)	AGENTES DERMATOLÓGICOS
tazarotene 0.05 % topical gel	3	PA,QL(100 cada 30 días)	AGENTES DERMATOLÓGICOS
tazarotene 0.1 % topical cream	1	QL(60 cada 30 días)	AGENTES DERMATOLÓGICOS
tazarotene 0.1 % topical gel	1	QL(60 cada 30 días)	AGENTES DERMATOLÓGICOS

• MDO: Medicamento de uso únicamente médico • OTC – Medicamentos sin receta • PA – Autorización previa • QL – Límite de cantidad • ST – Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
TEXACORT 2.5 % TOPICAL SOLUTION	3	PA,QL(30 cada 30 días)	AGENTES DERMATOLÓGICOS
tovet emollient 0.05 % topical foam	3	PA	AGENTES DERMATOLÓGICOS
tretinoin 0.025 % topical cream	1	PA	AGENTES DERMATOLÓGICOS
tretinoin 0.05 % topical cream	3	PA	AGENTES DERMATOLÓGICOS
ULTRAVATE 0.05 % LOTION	3	PA,QL(60 cada 30 días)	AGENTES DERMATOLÓGICOS
VEREGEN 15 % TOPICAL OINTMENT	1	QL(30 cada 30 días)	AGENTES DERMATOLÓGICOS
VTAMA 1 % TOPICAL CREAM	3	PA,QL(60 cada 30 días)	AGENTES DERMATOLÓGICOS
WINLEVI 1 % TOPICAL CREAM	3	PA,QL(60 cada 30 días)	AGENTES DERMATOLÓGICOS
ZELSUVMI 10.3 % TOPICAL GEL	3	PA,QL(31 cada 30 días)	AGENTES DERMATOLÓGICOS
zenatane 10 mg capsule	1	QL(60 cada 30 días)	AGENTES DERMATOLÓGICOS
zenatane 20 mg capsule	1	QL(60 cada 30 días)	AGENTES DERMATOLÓGICOS
zenatane 30 mg capsule	1	QL(60 cada 30 días)	AGENTES DERMATOLÓGICOS
zenatane 40 mg capsule	1	QL(60 cada 30 días)	AGENTES DERMATOLÓGICOS
ZONALON 5 % TOPICAL CREAM	3	PA,QL(45 cada 8 días)	AGENTES DERMATOLÓGICOS
ZORYVE 0.05 % TOPICAL CREAM	3	PA,QL(60 cada 30 días)	AGENTES DERMATOLÓGICOS
ZORYVE 0.15 % TOPICAL CREAM	3	PA,QL(60 cada 30 días)	AGENTES DERMATOLÓGICOS
ZORYVE 0.3 % TOPICAL CREAM	3	PA,QL(60 cada 30 días)	AGENTES DERMATOLÓGICOS
ZORYVE 0.3 % TOPICAL FOAM	3	PA,QL(60 cada 30 días)	AGENTES DERMATOLÓGICOS
alosetron 0.5 mg tablet	1	QL(60 cada 30 días)	AGENTES GASTROINTESTINALES
alosetron 1 mg tablet	1	QL(60 cada 30 días)	AGENTES GASTROINTESTINALES
alvimopan 12 mg capsule[MDO]	*		AGENTES GASTROINTESTINALES
AMITIZA 24 MCG CAPSULE	3	PA,QL(60 cada 30 días)	AGENTES GASTROINTESTINALES
AMITIZA 8 MCG CAPSULE	3	PA,QL(60 cada 30 días)	AGENTES GASTROINTESTINALES
amoxicillin 500 mg-clarithromycin 500 mg-lansoprazole 30 mg combo pack	3	PA,QL(112 cada 14 días)	AGENTES GASTROINTESTINALES
atropine 0.1 mg/ml injection syringe	1		AGENTES GASTROINTESTINALES
atropine 0.25 mg/5 ml (0.05 mg/ml) intravenous syringe	1		AGENTES GASTROINTESTINALES
atropine 0.4 mg/ml injection solution	1		AGENTES GASTROINTESTINALES
atropine 0.4 mg/ml intravenous solution	1		AGENTES GASTROINTESTINALES

• MDO: Medicamento de uso únicamente médico • OTC – Medicamentos sin receta • PA – Autorización previa • QL – Límite de cantidad • ST – Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
atropine 1 mg/ml intravenous solution	1		AGENTES GASTROINTESTINALES
bismuth subcit k 140 mg-metronidazole 125 mg-tetracycline 125 mg cap	3	PA	AGENTES GASTROINTESTINALES
CARAFATE 1 GRAM TABLET	1	PA	AGENTES GASTROINTESTINALES
cimetidine 200 mg tablet[OTC]	3	PA,QL(60 cada 30 días)	AGENTES GASTROINTESTINALES
cimetidine 200 mg tablet	3	PA,QL(60 cada 30 días)	AGENTES GASTROINTESTINALES
cimetidine 300 mg tablet	3	PA,QL(60 cada 30 días)	AGENTES GASTROINTESTINALES
cimetidine 300 mg/5 ml oral solution	1	QL(1350 cada 90 días)	AGENTES GASTROINTESTINALES
cimetidine 400 mg tablet	3	PA,QL(60 cada 30 días)	AGENTES GASTROINTESTINALES
cimetidine 800 mg tablet	3	PA,QL(30 cada 30 días)	AGENTES GASTROINTESTINALES
clearlax 17 gram oral powder packet[OTC]	1		AGENTES GASTROINTESTINALES
clearlax 17 gram/dose oral powder[OTC]	1	QL(1581 cada 30 días)	AGENTES GASTROINTESTINALES
CLENPIQ 10 MG-3.5 GRAM-12 GRAM/175 ML ORAL SOLUTION	3	PA	AGENTES GASTROINTESTINALES
constulose 10 gram/15 ml oral solution	1		AGENTES GASTROINTESTINALES
CTEXLI 250 MG TABLET	3	PA,QL(90 cada 30 días)	AGENTES GASTROINTESTINALES
CUVPOSA 1 MG/5 ML (0.2 MG/ML) ORAL SOLUTION	1		AGENTES GASTROINTESTINALES
CYTOTEC 100 MCG TABLET	1	PA	AGENTES GASTROINTESTINALES
CYTOTEC 200 MCG TABLET	1	PA	AGENTES GASTROINTESTINALES
DARTISLA 1.7 MG DISINTEGRATING TABLET	3	PA,QL(90 cada 30 días)	AGENTES GASTROINTESTINALES
DEXILANT 30 MG CAPSULE, DELAYED RELEASE	2	ST,QL(30 cada 30 días)	AGENTES GASTROINTESTINALES
DEXILANT 60 MG CAPSULE, DELAYED RELEASE	2	ST,QL(30 cada 30 días)	AGENTES GASTROINTESTINALES
dexlansoprazole 30 mg capsule,biphase delayed release	2	ST,QL(30 cada 30 días)	AGENTES GASTROINTESTINALES
dexlansoprazole 60 mg capsule,biphase delayed release	2	ST,QL(30 cada 30 días)	AGENTES GASTROINTESTINALES
dicyclomine 10 mg capsule	1		AGENTES GASTROINTESTINALES
dicyclomine 10 mg/5 ml oral solution	1		AGENTES GASTROINTESTINALES
dicyclomine 10 mg/ml intramuscular solution	1		AGENTES GASTROINTESTINALES
dicyclomine 20 mg tablet	1		AGENTES GASTROINTESTINALES
dicyclomine 40 mg tablet	3	PA	AGENTES GASTROINTESTINALES

• MDO: Medicamento de uso únicamente médico • OTC – Medicamentos sin receta • PA – Autorización previa • QL – Límite de cantidad • ST – Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
diphenoxylate-atropine 2.5 mg-0.025 mg tablet	1	QL(80 cada 10 días)	AGENTES GASTROINTESTINALES
diphenoxylate-atropine 2.5 mg-0.025 mg/5 ml oral liquid	1	QL(400 cada 10 días)	AGENTES GASTROINTESTINALES
ed-spaz 0.125 mg disintegrating tablet	1		AGENTES GASTROINTESTINALES
ENDARI 5 GRAM ORAL POWDER PACKET	3	PA	AGENTES GASTROINTESTINALES
enulose 10 gram/15 ml oral solution	1		AGENTES GASTROINTESTINALES
esomeprazole magnesium 20 mg capsule,delayed release[OTC]	1	QL(60 cada 30 días)	AGENTES GASTROINTESTINALES
esomeprazole magnesium 20 mg capsule,delayed release	1	QL(60 cada 30 días)	AGENTES GASTROINTESTINALES
esomeprazole magnesium 40 mg capsule,delayed release	1	QL(60 cada 30 días)	AGENTES GASTROINTESTINALES
esomeprazole magnesium dr 10 mg granules delayed release for susp	3	PA,QL(30 cada 30 días)	AGENTES GASTROINTESTINALES
esomeprazole magnesium dr 2.5 mg granules delayed release for susp	1	QL(30 cada 30 días)	AGENTES GASTROINTESTINALES
esomeprazole magnesium dr 20 mg granules delayed release for susp	3	PA,QL(30 cada 30 días)	AGENTES GASTROINTESTINALES
esomeprazole magnesium dr 40 mg granules delayed release for susp	3	PA,QL(30 cada 30 días)	AGENTES GASTROINTESTINALES
esomeprazole magnesium dr 5 mg granules delayed release for susp	1	QL(30 cada 30 días)	AGENTES GASTROINTESTINALES
esomeprazole sodium 40 mg intravenous solution	3	PA	AGENTES GASTROINTESTINALES
famotidine (pf) 20 mg/2 ml intravenous solution	1		AGENTES GASTROINTESTINALES
famotidine (pf) 20 mg/50 ml in 0.9 % nacl (iso) intravenous piggyback	1		AGENTES GASTROINTESTINALES
FAMOTIDINE (PF) 4 MG/ML INTRAVENOUS SOLUTION	1		AGENTES GASTROINTESTINALES
famotidine 10 mg/ml intravenous solution	1		AGENTES GASTROINTESTINALES
famotidine 20 mg tablet	1	QL(120 cada 30 días)	AGENTES GASTROINTESTINALES
famotidine 20 mg tablet[OTC]	1	QL(120 cada 30 días)	AGENTES GASTROINTESTINALES
FAMOTIDINE 4 MG/ML INTRAVENOUS SOLUTION	1		AGENTES GASTROINTESTINALES
famotidine 40 mg tablet	1	QL(60 cada 30 días)	AGENTES GASTROINTESTINALES
famotidine 40 mg/5 ml (8 mg/ml) oral suspension	1	QL(240 cada 30 días)	AGENTES GASTROINTESTINALES
GATTEX 30-VIAL 5 MG SUBCUTANEOUS KIT	3	PA,QL(30 cada 30 días)	AGENTES GASTROINTESTINALES
GATTEX ONE-VIAL 5 MG SUBCUTANEOUS KIT	3	PA,QL(30 cada 30 días)	AGENTES GASTROINTESTINALES
gavilax 17 gram/dose oral powder[OTC]	1	QL(1581 cada 30 días)	AGENTES GASTROINTESTINALES
gavilyte-c 240 gram-22.72 gram-6.72 gram-5.84 gram oral solution	1		AGENTES GASTROINTESTINALES

• MDO: Medicamento de uso únicamente médico • OTC – Medicamentos sin receta • PA – Autorización previa • QL – Límite de cantidad • ST – Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
gavilyte-g 236 gram-22.74 gram-6.74 gram-5.86 gram oral solution	1	QL(4000 cada 1 dÍas)	AGENTES GASTROINTESTINALES
gavilyte-n 420 gram oral solution	1	QL(4000 cada 1 dÍas)	AGENTES GASTROINTESTINALES
generlac 10 gram/15 ml oral solution	1		AGENTES GASTROINTESTINALES
glutamine (sickle cell) 5 gram oral powder packet	3	PA	AGENTES GASTROINTESTINALES
GLYCATE 1.5 MG TABLET	3	PA	AGENTES GASTROINTESTINALES
glycopyrrolate (pf) 0.4 mg/2 ml (0.2 mg/ml) injection syringe	1		AGENTES GASTROINTESTINALES
glycopyrrolate (pf) 0.6 mg/3 ml (0.2 mg/ml) injection syringe	1		AGENTES GASTROINTESTINALES
glycopyrrolate (pf) in sterile water 0.2 mg/ml injection syringe	1		AGENTES GASTROINTESTINALES
glycopyrrolate 0.2 mg/ml injection solution	1		AGENTES GASTROINTESTINALES
glycopyrrolate 1 mg tablet	1		AGENTES GASTROINTESTINALES
glycopyrrolate 1 mg/5 ml (0.2 mg/ml) oral solution	1		AGENTES GASTROINTESTINALES
glycopyrrolate 2 mg tablet	1		AGENTES GASTROINTESTINALES
glycopyrrolate(pf) 0.4 mg/2 ml (0.2 mg/ml) in sterile water iv syringe	1		AGENTES GASTROINTESTINALES
GLYRX-PF 0.2 MG/ML INJECTION SOLUTION	1		AGENTES GASTROINTESTINALES
GLYRX-PF 1 MG/5 ML (0.2 MG/ML) INJECTION SYRINGE	1		AGENTES GASTROINTESTINALES
GOLYTELY 236 GRAM-22.74 GRAM-6.74 GRAM-5.86 GRAM ORAL SOLUTION	1	PA,QL(4000 cada 1 dÍas)	AGENTES GASTROINTESTINALES
healthylax 17 gram oral powder packet[OTC]	1		AGENTES GASTROINTESTINALES
hyoscyamine 0.125 mg disintegrating tablet	1		AGENTES GASTROINTESTINALES
hyoscyamine 0.125 mg sublingual tablet	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
hyosyne 0.125 mg/5 ml oral elixir	2	PA	AGENTES GASTROINTESTINALES
IBSRELA 50 MG TABLET	3	PA,QL(60 cada 30 dÍas)	AGENTES GASTROINTESTINALES
instalax 17 gram/dose oral powder[OTC]	1	QL(1581 cada 30 dÍas)	AGENTES GASTROINTESTINALES
IQIRVO 80 MG TABLET	3	PA,QL(30 cada 30 dÍas)	AGENTES GASTROINTESTINALES
KONVOMEP 2 MG-84 MG/ML ORAL SUSPENSION	3	PA,QL(600 cada 30 dÍas)	AGENTES GASTROINTESTINALES
KRISTALOSE 10 GRAM ORAL PACKET	3	PA,QL(30 cada 30 dÍas)	AGENTES GASTROINTESTINALES

• MDO: Medicamento de uso únicamente médico • OTC – Medicamentos sin receta • PA – Autorización previa • QL – Límite de cantidad • ST – Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
KRISTALOSE 20 GRAM ORAL PACKET	3	PA,QL(30 cada 30 días)	AGENTES GASTROINTESTINALES
lactulose 10 gram oral packet	3	PA,QL(30 cada 30 días)	AGENTES GASTROINTESTINALES
lactulose 10 gram/15 ml oral solution	1		AGENTES GASTROINTESTINALES
lactulose 20 gram oral packet	3	PA,QL(30 cada 30 días)	AGENTES GASTROINTESTINALES
lansoprazole 15 mg capsule,delayed release[OTC]	1	QL(60 cada 30 días)	AGENTES GASTROINTESTINALES
lansoprazole 15 mg capsule,delayed release	1	QL(60 cada 30 días)	AGENTES GASTROINTESTINALES
lansoprazole 15 mg delayed release,disintegrating tablet	1	QL(30 cada 30 días)	AGENTES GASTROINTESTINALES
lansoprazole 30 mg capsule,delayed release	1	QL(60 cada 30 días)	AGENTES GASTROINTESTINALES
lansoprazole 30 mg delayed release,disintegrating tablet	1	QL(30 cada 30 días)	AGENTES GASTROINTESTINALES
laxative peg 3350 17 gram/dose oral powder[OTC]	1	QL(1581 cada 30 días)	AGENTES GASTROINTESTINALES
LEVSIN 0.125 MG TABLET	1	PA	AGENTES GASTROINTESTINALES
LEVSIN/SL 0.125 MG SUBLINGUAL TABLET	1	PA	AGENTES GASTROINTESTINALES
LINZESS 145 MCG CAPSULE	3	PA,QL(30 cada 30 días)	AGENTES GASTROINTESTINALES
LINZESS 290 MCG CAPSULE	3	PA,QL(30 cada 30 días)	AGENTES GASTROINTESTINALES
LINZESS 72 MCG CAPSULE	3	PA,QL(30 cada 30 días)	AGENTES GASTROINTESTINALES
LIVDELZI 10 MG CAPSULE	3	PA,QL(30 cada 30 días)	AGENTES GASTROINTESTINALES
LIVMARLI 10 MG TABLET	3	PA,QL(60 cada 30 días)	AGENTES GASTROINTESTINALES
LIVMARLI 15 MG TABLET	3	PA,QL(60 cada 30 días)	AGENTES GASTROINTESTINALES
LIVMARLI 19 MG/ML ORAL SOLUTION	3	PA,QL(60 cada 30 días)	AGENTES GASTROINTESTINALES
LIVMARLI 20 MG TABLET	3	PA,QL(60 cada 30 días)	AGENTES GASTROINTESTINALES
LIVMARLI 30 MG TABLET	3	PA,QL(30 cada 30 días)	AGENTES GASTROINTESTINALES
LIVMARLI 9.5 MG/ML ORAL SOLUTION	3	PA,QL(90 cada 30 días)	AGENTES GASTROINTESTINALES
LOMOTIL 2.5 MG-0.025 MG TABLET	1	PA,QL(80 cada 10 días)	AGENTES GASTROINTESTINALES
loperamide 2 mg capsule	1	QL(240 cada 30 días)	AGENTES GASTROINTESTINALES
LOTRONEX 0.5 MG TABLET	1	PA,QL(60 cada 30 días)	AGENTES GASTROINTESTINALES
LOTRONEX 1 MG TABLET	1	PA,QL(60 cada 30 días)	AGENTES GASTROINTESTINALES
lubiprostone 24 mcg capsule	3	PA,QL(60 cada 30 días)	AGENTES GASTROINTESTINALES

• MDO: Medicamento de uso únicamente médico • OTC – Medicamentos sin receta • PA – Autorización previa • QL – Límite de cantidad • ST – Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
lubiprostone 8 mcg capsule	3	PA,QL(60 cada 30 días)	AGENTES GASTROINTESTINALES
LYNAVOY 40 MG TABLET	3	PA,QL(60 cada 30 días)	AGENTES GASTROINTESTINALES
methscopolamine 2.5 mg tablet	1		AGENTES GASTROINTESTINALES
methscopolamine 5 mg tablet	1		AGENTES GASTROINTESTINALES
misoprostol 100 mcg tablet	1		AGENTES GASTROINTESTINALES
misoprostol 200 mcg tablet	1		AGENTES GASTROINTESTINALES
MOTEGRITY 1 MG TABLET	3	PA,QL(30 cada 30 días)	AGENTES GASTROINTESTINALES
MOTEGRITY 2 MG TABLET	3	PA,QL(30 cada 30 días)	AGENTES GASTROINTESTINALES
MOTOFEN 1 MG-0.025 MG TABLET	3	PA,QL(16 cada 2 días)	AGENTES GASTROINTESTINALES
MOVANTIK 12.5 MG TABLET	3	PA,QL(30 cada 30 días)	AGENTES GASTROINTESTINALES
MOVANTIK 25 MG TABLET	3	PA,QL(30 cada 30 días)	AGENTES GASTROINTESTINALES
MYALEPT 5 MG/ML (FINAL CONCENTRATION) SUBCUTANEOUS SOLUTION	3	PA,QL(30 cada 30 días)	AGENTES GASTROINTESTINALES
MYTESI 125 MG TABLET,DELAYED RELEASE	3	PA,QL(60 cada 30 días)	AGENTES GASTROINTESTINALES
NEXIUM 20 MG CAPSULE,DELAYED RELEASE	1	PA,QL(60 cada 30 días)	AGENTES GASTROINTESTINALES
NEXIUM 40 MG CAPSULE,DELAYED RELEASE	1	PA,QL(60 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	3	PA,QL(90 cada 30 días)	AGENTES GASTROINTESTINALES
nizatidine 300 mg capsule	3	PA,QL(30 cada 30 días)	AGENTES GASTROINTESTINALES
nulev 0.125 mg disintegrating tablet	1		AGENTES GASTROINTESTINALES
OCALIVA 10 MG TABLET	3	PA,QL(30 cada 30 días)	AGENTES GASTROINTESTINALES
OCALIVA 5 MG TABLET	3	PA,QL(30 cada 30 días)	AGENTES GASTROINTESTINALES
omeprazole 10 mg capsule,delayed release	1	QL(90 cada 30 días)	AGENTES GASTROINTESTINALES
omeprazole 20 mg capsule,delayed release	1	QL(120 cada 30 días)	AGENTES GASTROINTESTINALES

• MDO: Medicamento de uso únicamente médico • OTC – Medicamentos sin receta • PA – Autorización previa • QL – Límite de cantidad • ST – Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
omeprazole 20 mg-sodium bicarbonate 1,680 mg oral packet	3	PA,QL(30 cada 30 días)	AGENTES GASTROINTESTINALES
omeprazole 20 mg-sodium bicarbonate 1.1 gram capsule[OTC]	3	PA,QL(30 cada 30 días)	AGENTES GASTROINTESTINALES
omeprazole 20 mg-sodium bicarbonate 1.1 gram capsule	3	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	3	PA,QL(30 cada 30 días)	AGENTES GASTROINTESTINALES
omeprazole 40 mg-sodium bicarbonate 1.1 gram capsule	3	PA,QL(30 cada 30 días)	AGENTES GASTROINTESTINALES
opium tincture 10 mg/ml (morphine) oral	1		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(120 cada 30 días)	AGENTES GASTROINTESTINALES
pantoprazole 40 mg intravenous solution	2	ST,QL(30 cada 30 días)	AGENTES GASTROINTESTINALES
pantoprazole 40 mg tablet,delayed release	1	QL(120 cada 30 días)	AGENTES GASTROINTESTINALES
pantoprazole 40 mg/100 ml (0.4 mg/ml) in 0.9 % sod chlor iv piggyback	3	PA,QL(1000 cada 10 días)	AGENTES GASTROINTESTINALES
pantoprazole 40 mg/50 ml (0.8 mg/ml) in 0.9 % sod chlor iv piggyback	3	PA,QL(500 cada 1 días)	AGENTES GASTROINTESTINALES
pantoprazole 80 mg/100 ml (0.8 mg/ml) in 0.9 % sod chlor iv piggyback	3	PA,QL(1800 cada 6 días)	AGENTES GASTROINTESTINALES
pantoprazole dr 40 mg granules delayed-release for susp in packet	3	ST,QL(30 cada 30 días)	AGENTES GASTROINTESTINALES
peg 3350-electrolytes 236 gram-22.74 gram-6.74 gram-5.86 gram solution	1	QL(4000 cada 1 días)	AGENTES GASTROINTESTINALES
peg-electrolyte solution 420 gram oral solution	1	QL(4000 cada 1 días)	AGENTES GASTROINTESTINALES
peg3350 100 gram-sod sulf 7.5 gram-nacl-kcl-ascorbate-c oral pwdr pack	3	PA,QL(1 cada 1 días)	AGENTES GASTROINTESTINALES
polyethylene glycol 3350 17 gram oral powder packet[OTC]	1		AGENTES GASTROINTESTINALES
polyethylene glycol 3350 17 gram/dose oral powder[OTC]	1	QL(1581 cada 30 días)	AGENTES GASTROINTESTINALES
PREVACID 30 MG CAPSULE,DELAYED RELEASE	1	PA,QL(60 cada 30 días)	AGENTES GASTROINTESTINALES
PREVACID SOLUTAB 15 MG DELAYED RELEASE,DISINTEGRATING TABLET	1	QL(30 cada 30 días)	AGENTES GASTROINTESTINALES
PREVACID SOLUTAB 30 MG DELAYED RELEASE,DISINTEGRATING TABLET	1	QL(30 cada 30 días)	AGENTES GASTROINTESTINALES
PRILOSEC 10 MG ORAL SUSPENSION,DELAYED RELEASE	3	PA,ST,QL(30 cada 30 días)	AGENTES GASTROINTESTINALES
PRILOSEC 2.5 MG ORAL SUSPENSION,DELAYED RELEASE	3	ST,QL(30 cada 30 días)	AGENTES GASTROINTESTINALES
PROTONIX 20 MG TABLET,DELAYED RELEASE	1	PA,QL(120 cada 30 días)	AGENTES GASTROINTESTINALES

• MDO: Medicamento de uso únicamente médico • OTC – Medicamentos sin receta • PA – Autorización previa • QL – Límite de cantidad • ST – Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
PROTONIX 40 MG GRANULES DELAYED-RELEASE PACKET	3	ST,QL(30 cada 30 días)	AGENTES GASTROINTESTINALES
PROTONIX 40 MG INTRAVENOUS SOLUTION	2	ST,QL(30 cada 30 días)	AGENTES GASTROINTESTINALES
PROTONIX 40 MG TABLET,DELAYED RELEASE	1	PA,QL(120 cada 30 días)	AGENTES GASTROINTESTINALES
prucalopride 1 mg tablet	3	PA,QL(30 cada 30 días)	AGENTES GASTROINTESTINALES
prucalopride 2 mg tablet	3	PA,QL(30 cada 30 días)	AGENTES GASTROINTESTINALES
PYLERA 140 MG-125 MG-125 MG CAPSULE	3	PA	AGENTES GASTROINTESTINALES
rabeprazole 20 mg tablet,delayed release	1	QL(60 cada 30 días)	AGENTES GASTROINTESTINALES
ranitidine 150 mg tablet	3	PA,QL(120 cada 30 días)	AGENTES GASTROINTESTINALES
ranitidine 300 mg tablet	3	PA,QL(120 cada 30 días)	AGENTES GASTROINTESTINALES
REBYOTA 150 ML ENEMA[MDO]	*		AGENTES GASTROINTESTINALES
RELTONE 200 MG CAPSULE	3	PA	AGENTES GASTROINTESTINALES
RELTONE 400 MG CAPSULE	3	PA	AGENTES GASTROINTESTINALES
ROBINUL 1 MG TABLET	1	PA	AGENTES GASTROINTESTINALES
ROBINUL FORTE 2 MG TABLET	1	PA	AGENTES GASTROINTESTINALES
sodium,potassium,mag sulfates 17.5 gram-3.13 gram-1.6 gram oral soln	3	PA,QL(354 cada 1 días)	AGENTES GASTROINTESTINALES
sucralfate 1 gram tablet	1		AGENTES GASTROINTESTINALES
sucralfate 100 mg/ml oral suspension	3	PA	AGENTES GASTROINTESTINALES
SUFLAVE 178.7 GRAM-7.3 GRAM-0.5 GRAM ORAL SOLUTION	3	PA,QL(2 cada 2 días)	AGENTES GASTROINTESTINALES
SUPREP BOWEL PREP KIT 17.5 GRAM-3.13 GRAM-1.6 GRAM ORAL SOLUTION	1	QL(354 cada 1 días)	AGENTES GASTROINTESTINALES
SUTAB 1.479-0.188-0.225 GRAM TABLET	3	PA,QL(24 cada 2 días)	AGENTES GASTROINTESTINALES
SYMPROIC 0.2 MG TABLET	3	PA,QL(30 cada 30 días)	AGENTES GASTROINTESTINALES
TALICIA 10 MG-250 MG-12.5 MG CAPSULE,IMMEDIATE - DELAY RELEASE	3	PA,QL(168 cada 14 días)	AGENTES GASTROINTESTINALES
URSO FORTE 500 MG TABLET	1		AGENTES GASTROINTESTINALES
ursodiol 250 mg tablet	1		AGENTES GASTROINTESTINALES
ursodiol 300 mg capsule	1		AGENTES GASTROINTESTINALES
ursodiol 500 mg tablet	1		AGENTES GASTROINTESTINALES
URSOLIGN 150 MG CAPSULE	3	PA	AGENTES GASTROINTESTINALES

• MDO: Medicamento de uso únicamente médico • OTC – Medicamentos sin receta • PA – Autorización previa • QL – Límite de cantidad • ST – Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
VIBERZI 100 MG TABLET	3	PA,QL(60 cada 30 días)	AGENTES GASTROINTESTINALES
VIBERZI 75 MG TABLET	3	PA,QL(60 cada 30 días)	AGENTES GASTROINTESTINALES
VOQUEZNA 10 MG TABLET	3	PA,QL(30 cada 30 días)	AGENTES GASTROINTESTINALES
VOQUEZNA 20 MG TABLET	3	PA,QL(30 cada 30 días)	AGENTES GASTROINTESTINALES
VOQUEZNA DUAL PAK 20 MG (28)-500 MG (84) ORAL PACK	3	PA,QL(112 cada 14 días)	AGENTES GASTROINTESTINALES
VOQUEZNA TRIPLE PAK 20 MG-500 MG-500 MG ORAL PACK	3	PA,QL(112 cada 14 días)	AGENTES GASTROINTESTINALES
VOWST 1 X 10EXP6 TO 3 X 10EXP7 CELL CAPSULE	3	PA,QL(12 cada 3 días)	AGENTES GASTROINTESTINALES
ZINPLAVA 25 MG/ML INTRAVENOUS SOLUTION[MDO]	*		AGENTES GASTROINTESTINALES
alfuzosin er 10 mg tablet,extended release 24 hr	1	QL(30 cada 30 días)	AGENTES GENITOURINARIOS
bethanechol chloride 10 mg tablet	1	QL(120 cada 30 días)	AGENTES GENITOURINARIOS
bethanechol chloride 25 mg tablet	1	QL(240 cada 30 días)	AGENTES GENITOURINARIOS
bethanechol chloride 5 mg tablet	1		AGENTES GENITOURINARIOS
bethanechol chloride 50 mg tablet	1	QL(120 cada 30 días)	AGENTES GENITOURINARIOS
CIALIS 5 MG TABLET	3	PA,QL(30 cada 30 días)	AGENTES GENITOURINARIOS
darifenacin er 15 mg tablet,extended release 24 hr	2	PA,QL(30 cada 30 días)	AGENTES GENITOURINARIOS
darifenacin er 7.5 mg tablet,extended release 24 hr	2	PA,QL(30 cada 30 días)	AGENTES GENITOURINARIOS
DETROL 1 MG TABLET	2	PA	AGENTES GENITOURINARIOS
DETROL 2 MG TABLET	2	PA	AGENTES GENITOURINARIOS
dutasteride 0.5 mg capsule	1	QL(30 cada 30 días)	AGENTES GENITOURINARIOS
dutasteride 0.5 mg-tamsulosin er 0.4 mg capsule ext.release 24hr mphas	2	ST	AGENTES GENITOURINARIOS
ELMIRON 100 MG CAPSULE	1		AGENTES GENITOURINARIOS
fesoterodine er 4 mg tablet,extended release 24 hr	2	PA,QL(60 cada 30 días)	AGENTES GENITOURINARIOS
fesoterodine er 8 mg tablet,extended release 24 hr	2	PA,QL(30 cada 30 días)	AGENTES GENITOURINARIOS
finasteride 5 mg tablet	1	QL(30 cada 30 días)	AGENTES GENITOURINARIOS
flavoxate 100 mg tablet	1		AGENTES GENITOURINARIOS
GEMTESA 75 MG TABLET	3	PA,QL(30 cada 30 días)	AGENTES GENITOURINARIOS
mirabegron er 25 mg tablet,extended release 24 hr	1	QL(30 cada 30 días)	AGENTES GENITOURINARIOS
mirabegron er 50 mg tablet,extended release 24 hr	1	QL(30 cada 30 días)	AGENTES GENITOURINARIOS
mirabegron er 8 mg/ml oral suspension,extended release	3	PA,QL(300 cada 30 días)	AGENTES GENITOURINARIOS

• MDO: Medicamento de uso únicamente médico • OTC – Medicamentos sin receta • PA – Autorización previa • QL – Límite de cantidad • ST – Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
MYRBETRIQ 25 MG TABLET,EXTENDED RELEASE	1	QL(30 cada 30 días)	AGENTES GENITOURINARIOS
MYRBETRIQ 50 MG TABLET,EXTENDED RELEASE	1	QL(30 cada 30 días)	AGENTES GENITOURINARIOS
MYRBETRIQ 8 MG/ML ORAL SUSPENSION,EXTENDED RELEASE	3	QL(300 cada 30 días)	AGENTES GENITOURINARIOS
oxybutynin chloride 2.5 mg tablet	3	PA,QL(120 cada 30 días)	AGENTES GENITOURINARIOS
oxybutynin chloride 5 mg tablet	1	QL(120 cada 30 días)	AGENTES GENITOURINARIOS
oxybutynin chloride 5 mg/5 ml oral syrup	1		AGENTES GENITOURINARIOS
oxybutynin chloride er 10 mg tablet,extended release 24 hr	1	QL(90 cada 30 días)	AGENTES GENITOURINARIOS
oxybutynin chloride er 15 mg tablet,extended release 24 hr	1	QL(60 cada 30 días)	AGENTES GENITOURINARIOS
oxybutynin chloride er 5 mg tablet,extended release 24 hr	1	QL(180 cada 30 días)	AGENTES GENITOURINARIOS
OXYTROL 3.9 MG/24 HR TRANSDERMAL PATCH	1	QL(8 cada 30 días)	AGENTES GENITOURINARIOS
PROSCAR 5 MG TABLET	1	PA,QL(30 cada 30 días)	AGENTES GENITOURINARIOS
silodosin 4 mg capsule	2	ST	AGENTES GENITOURINARIOS
silodosin 8 mg capsule	2	ST	AGENTES GENITOURINARIOS
solifenacin 10 mg tablet	1	QL(30 cada 30 días)	AGENTES GENITOURINARIOS
solifenacin 5 mg tablet	1	QL(60 cada 30 días)	AGENTES GENITOURINARIOS
tadalafil 5 mg tablet	3	PA,QL(30 cada 30 días)	AGENTES GENITOURINARIOS
tamsulosin 0.4 mg capsule	1	QL(60 cada 30 días)	AGENTES GENITOURINARIOS
THIOLA 100 MG TABLET	1	QL(90 cada 30 días)	AGENTES GENITOURINARIOS
THIOLA EC 100 MG TABLET,DELAYED RELEASE	1		AGENTES GENITOURINARIOS
THIOLA EC 300 MG TABLET,DELAYED RELEASE	1		AGENTES GENITOURINARIOS
tiopronin 100 mg tablet	3	QL(90 cada 30 días)	AGENTES GENITOURINARIOS
tiopronin 100 mg tablet,delayed release	3		AGENTES GENITOURINARIOS
tiopronin 300 mg tablet,delayed release	3		AGENTES GENITOURINARIOS
tolterodine 1 mg tablet	3	PA	AGENTES GENITOURINARIOS
tolterodine 2 mg tablet	3	PA	AGENTES GENITOURINARIOS
tolterodine er 2 mg capsule,extended release 24 hr	1	QL(30 cada 30 días)	AGENTES GENITOURINARIOS
tolterodine er 4 mg capsule,extended release 24 hr	1	QL(30 cada 30 días)	AGENTES GENITOURINARIOS
TOVIAZ 4 MG TABLET,EXTENDED RELEASE	2	PA,QL(60 cada 30 días)	AGENTES GENITOURINARIOS
TOVIAZ 8 MG TABLET,EXTENDED RELEASE	2	PA,QL(30 cada 30 días)	AGENTES GENITOURINARIOS
trospium 20 mg tablet	1	QL(60 cada 30 días)	AGENTES GENITOURINARIOS
trospium er 60 mg capsule,extended release 24 hr	3	PA	AGENTES GENITOURINARIOS
venxxiva 100 mg tablet,delayed release	3		AGENTES GENITOURINARIOS

• MDO: Medicamento de uso únicamente médico • OTC – Medicamentos sin receta • PA – Autorización previa • QL – Límite de cantidad • ST – Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
venxxiva 300 mg tablet,delayed release	3		AGENTES GENITOURINARIOS
testosterone 30 mg/actuation (1.5 ml) transderm solution metered pump	2	PA,QL(180 cada 30 días)	AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MO
testosterone 12.5 mg/1.25 gram per pump actuation (1%) transdermal gel	3	PA,QL(150 cada 30 días)	AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MOD
norethindrone 1 mg-ethin. estradiol 20 mcg (24)-iron 75 mg (4) capsule	3	PA,QL(28 cada 28 días)	AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODI
testosterone 20.25 mg/1.25 gram per pump act.(1.62 %) transdermal gel	3	PA,QL(75 cada 30 días)	AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIF
l norgest/e estradiol-e estrad 0.1 mg-20 mcg (84)/10 mcg (7) tabs,3mos	1	QL(91 cada 91 días)	AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFIC
levonorgestrel 0.15 mg-ethinyl estradiol 30 mcg tablets,3 mos pack(91)	1	QL(91 cada 91 días)	AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFIC
norelgestromin 150 mcg-e.estradiol 35 mcg/24 hr weekly transderm patch	1	QL(9 cada 84 días)	AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICA
levonorgestrel 0.1 mg-ethinyl estradiol 0.02 mg (21)/iron (7) tablet	1	QL(84 cada 84 días)	AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICAD
testosterone 1.62 % (20.25 mg/1.25 gram) transdermal gel packet	3	PA,QL(37.5 cada 30 días)	AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICAD
camrese lo 0.1 mg-20 mcg (84)/10 mcg (7) tablets,3 month dose pack	1	QL(91 cada 91 días)	AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADOR
lojaimiess 0.1 mg-20 mcg (84)/10 mcg (7) tablets,3 month dose pack	1	QL(91 cada 91 días)	AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADOR

• MDO: Medicamento de uso únicamente médico • OTC – Medicamentos sin receta • PA – Autorización previa • QL – Límite de cantidad • ST – Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
etonogestrel 0.12 mg-ethinyl estradiol 0.015 mg/24 hr vaginal ring	1	QL(1 cada 21 dÍas)	AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORE
jaimiess 0.15 mg-30 mcg (84)/10 mcg(7) tablets,3 month dose pack	1	QL(91 cada 91 dÍas)	AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES
simpesse 0.15 mg-30 mcg (84)/10 mcg(7) tablets,3 month dose pack	1	QL(91 cada 91 dÍas)	AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES
testosterone 1.62 % (40.5 mg/2.5 gram) transdermal gel packet	3	PA,QL(75 cada 30 dÍas)	AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES
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	1	PA	AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)
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)

• MDO: Medicamento de uso únicamente médico • OTC – Medicamentos sin receta • PA – Autorización previa • QL – Límite de cantidad • ST – Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
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	3	PA,QL(1 cada 365 días)	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	QL(91 cada 91 días)	AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)
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)

• MDO: Medicamento de uso únicamente médico • OTC – Medicamentos sin receta • PA – Autorización previa • QL – Límite de cantidad • ST – Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
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	3	PA	AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)
AVERI 0.15 MG-0.03 MG (21)/36.5 MG (7) TABLET	3	PA,QL(28 cada 28 días)	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	3	PA	AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)
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	QL(84 cada 84 días)	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		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)
BIJUVA 0.5 MG-100 MG CAPSULE	3	PA,QL(30 cada 30 días)	AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)

• MDO: Medicamento de uso únicamente médico • OTC – Medicamentos sin receta • PA – Autorización previa • QL – Límite de cantidad • ST – Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
BIJUVA 1 MG-100 MG CAPSULE	3	PA,QL(30 cada 30 días)	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)
camrese 0.15 mg-30 mcg (84)/10 mcg(7) tablets,3 month dose pack	1	QL(91 cada 91 días)	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	PA,QL(4 cada 28 días)	AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)
CLIMARA 0.0375 MG/24 HR TRANSDERMAL PATCH	1	PA,QL(4 cada 28 días)	AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)

• MDO: Medicamento de uso únicamente médico • OTC – Medicamentos sin receta • PA – Autorización previa • QL – Límite de cantidad • ST – Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
CLIMARA 0.05 MG/24 HR TRANSDERMAL PATCH	1	PA,QL(4 cada 28 días)	AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)
CLIMARA 0.06 MG/24 HR TRANSDERMAL PATCH	2	PA,QL(4 cada 28 días)	AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)
CLIMARA 0.075 MG/24 HR TRANSDERMAL PATCH	2	PA,QL(4 cada 28 días)	AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)
CLIMARA 0.1 MG/24 HR TRANSDERMAL PATCH	1	PA,QL(4 cada 28 días)	AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)
CLIMARA PRO 0.045 MG-0.015 MG/24 HR TRANSDERMAL PATCH	1	QL(4 cada 28 días)	AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)
COMBIPATCH 0.05 MG-0.14 MG/24 HR TRANSDERMAL	1	QL(8 cada 28 días)	AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)
COMBIPATCH 0.05 MG-0.25 MG/24 HR TRANSDERMAL	1	QL(8 cada 28 días)	AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)
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)

• MDO: Medicamento de uso únicamente médico • OTC – Medicamentos sin receta • PA – Autorización previa • QL – Límite de cantidad • ST – Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
conjugated estrogens 1.25 mg tablet	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)
CRENESSITY 100 MG CAPSULE	3	PA,QL(60 cada 30 días)	AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)
CRENESSITY 25 MG CAPSULE	3	PA,QL(60 cada 30 días)	AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)
CRENESSITY 50 MG CAPSULE	3	PA,QL(60 cada 30 días)	AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)
CRENESSITY 50 MG/ML ORAL SOLUTION	3	PA,QL(60 cada 30 días)	AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)
CRINONE 8 % VAGINAL GEL	2	PA,QL(37.5 cada 30 días)	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)
cyred eq 0.15 mg-0.03 mg tablet	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)
danazol 100 mg capsule	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)
danazol 200 mg capsule	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)
danazol 50 mg capsule	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)

• MDO: Medicamento de uso únicamente médico • OTC – Medicamentos sin receta • PA – Autorización previa • QL – Límite de cantidad • ST – Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
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	QL(91 cada 91 dÍas)	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	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)
DELESTROGEN 20 MG/ML INTRAMUSCULAR OIL	1	PA	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	1	PA,QL(1 cada 84 dÍas)	AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)
DEPO-PROVERA 150 MG/ML INTRAMUSCULAR SYRINGE	1	PA,QL(1 cada 84 dÍas)	AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)
DEPO-SUBQ PROVERA 104 104 MG/0.65 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE	1	QL(0.65 cada 90 dÍas)	AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)
DEPO-TESTOSTERONE 100 MG/ML INTRAMUSCULAR OIL	3	PA	AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)

• MDO: Medicamento de uso únicamente médico • OTC – Medicamentos sin receta • PA – Autorización previa • QL – Límite de cantidad • ST – Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
DEPO-TESTOSTERONE 200 MG/ML INTRAMUSCULAR OIL	3	PA	AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)
desogestrel 0.15 mg-ethinyl estradiol 0.03 mg tablet	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)
DIVIGEL 0.25 MG/0.25 GRAM (0.1 %) TRANSDERMAL GEL PACKET	1	QL(30 cada 30 días)	AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)
DIVIGEL 0.5 MG/0.5 GRAM (0.1 %) TRANSDERMAL GEL PACKET	1	QL(30 cada 30 días)	AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)
DIVIGEL 0.75 MG/0.75 GRAM (0.1%) TRANSDERMAL GEL PACKET	1	QL(30 cada 30 días)	AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)
DIVIGEL 1 MG/GRAM (0.1 %) TRANSDERMAL GEL PACKET	1	QL(30 cada 30 días)	AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)
DIVIGEL 1.25 MG/1.25 GRAM (0.1 %) TRANSDERMAL GEL PACKET	1	QL(37.5 cada 30 días)	AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)
dolishale 90 mcg-20 mcg (28) tablet	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)
dotti 0.025 mg/24 hr transdermal patch	1	QL(8 cada 28 días)	AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)
dotti 0.0375 mg/24 hr transdermal patch	1	QL(8 cada 28 días)	AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)
dotti 0.05 mg/24 hr transdermal patch	1	QL(8 cada 28 días)	AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)

• MDO: Medicamento de uso únicamente médico • OTC – Medicamentos sin receta • PA – Autorización previa • QL – Límite de cantidad • ST – Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
dotti 0.075 mg/24 hr transdermal patch	1	QL(8 cada 28 dÍas)	AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)
dotti 0.1 mg/24 hr transdermal patch	1	QL(8 cada 28 dÍas)	AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)
drospiren-e.estrad-l.mefol 3 mg-0.02 mg-0.451 mg(24)/0.451 mg(4)tablet	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)
drospiren-e.estrad-l.mefol 3 mg-0.03 mg-0.451 mg(21)/0.451 mg(7)tablet	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)
drospirenone 3 mg-ethinyl estradiol 0.02 mg tablet	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)
drospirenone 3 mg-ethinyl estradiol 0.03 mg tablet	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)
DUAVEE 0.45 MG-20 MG TABLET	3	PA,QL(30 cada 30 dÍas)	AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)
econtra one-step 1.5 mg tablet[OTC]	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)
ELESTRIN 0.87 GRAM/ACTUATION (0.06%) TRANSDERMAL GEL PUMP	3	QL(52 cada 30 dÍas)	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)

• MDO: Medicamento de uso únicamente médico • OTC – Medicamentos sin receta • PA – Autorización previa • QL – Límite de cantidad • ST – Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
eluryng 0.12 mg-0.015 mg/24 hr vaginal ring	1	QL(1 cada 21 dÍas)	AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)
emzahh 0.35 mg tablet	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)
ENDOMETRIN 100 MG VAGINAL INSERT	3	PA,QL(42 cada 21 dÍas)	AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)
enilloring 0.12 mg-0.015 mg/24 hr vaginal ring	1	QL(1 cada 21 dÍas)	AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)
enpresse 50-30 (6)/75-40(5)/125-30(10) tablet	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)
enskyce 0.15 mg-0.03 mg tablet	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)
errin 0.35 mg tablet	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)
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	1	PA,QL(42.5 cada 28 dÍas)	AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)
estradiol 0.01% (0.1 mg/gram) vaginal cream	1	QL(42.5 cada 28 dÍas)	AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)
estradiol 0.025 mg/24 hr semiweekly transdermal patch	1	QL(8 cada 28 dÍas)	AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)

• MDO: Medicamento de uso únicamente médico • OTC – Medicamentos sin receta • PA – Autorización previa • QL – Límite de cantidad • ST – Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
estradiol 0.025 mg/24 hr weekly transdermal patch	1	QL(4 cada 28 dÍas)	AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)
estradiol 0.0375 mg/24 hr semiweekly transdermal patch	1	QL(8 cada 28 dÍas)	AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)
estradiol 0.0375 mg/24 hr weekly transdermal patch	1	QL(4 cada 28 dÍas)	AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)
estradiol 0.05 mg/24 hr semiweekly transdermal patch	1	QL(8 cada 28 dÍas)	AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)
estradiol 0.05 mg/24 hr weekly transdermal patch	1	QL(4 cada 28 dÍas)	AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)
estradiol 0.06 mg/24 hr weekly transdermal patch	1	QL(4 cada 28 dÍas)	AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)
estradiol 0.075 mg/24 hr semiweekly transdermal patch	1	QL(8 cada 28 dÍas)	AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)
estradiol 0.075 mg/24 hr weekly transdermal patch	1	QL(4 cada 28 dÍas)	AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)
estradiol 0.1 mg/24 hr semiweekly transdermal patch	1	QL(8 cada 28 dÍas)	AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)
estradiol 0.1 mg/24 hr weekly transdermal patch	1	QL(4 cada 28 dÍas)	AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)
estradiol 0.25 mg/0.25 gram (0.1 %) transdermal gel packet	1	QL(30 cada 30 dÍas)	AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)

• MDO: Medicamento de uso únicamente médico • OTC – Medicamentos sin receta • PA – Autorización previa • QL – Límite de cantidad • ST – Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
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	1	QL(30 cada 30 días)	AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)
estradiol 0.75 mg/0.75 gram (0.1%) transdermal gel packet	1	QL(30 cada 30 días)	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	1	QL(30 cada 30 días)	AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)
estradiol 1.25 gram/actuation (0.06%) transdermal gel pump	3	PA,QL(50 cada 30 días)	AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)
estradiol 1.25 mg/1.25 gram (0.1 %) transdermal gel packet	1	QL(37.5 cada 30 días)	AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)
estradiol 10 mcg vaginal tablet	1		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)

• MDO: Medicamento de uso únicamente médico • OTC – Medicamentos sin receta • PA – Autorización previa • QL – Límite de cantidad • ST – Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
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)
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)
EVAMIST 1.53 MG/SPRAY (1.7 %) TRANSDERMAL SPRAY	1	QL(8.1 cada 56 dÍas)	AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)
EVISTA 60 MG TABLET	1	PA	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	3	PA,QL(84 cada 84 dÍas)	AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)
FEMRING 0.05 MG/24 HR VAGINAL	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)

• MDO: Medicamento de uso únicamente médico • OTC – Medicamentos sin receta • PA – Autorización previa • QL – Límite de cantidad • ST – Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
FEMRING 0.1 MG/24 HR VAGINAL	1		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	3	PA,QL(28 cada 28 días)	AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)
GWYN LO 220 MCG-20 MCG/24 HR TRANSDERMAL PATCH	3	PA,QL(3 cada 28 días)	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)

• MDO: Medicamento de uso únicamente médico • OTC – Medicamentos sin receta • PA – Autorización previa • QL – Límite de cantidad • ST – Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	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)
heather 0.35 mg tablet	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)
incassia 0.35 mg tablet	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)
introvale 0.15 mg-30 mcg (91) tablets,3 month dose pack	1	QL(91 cada 91 días)	AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)
isibloom 0.15 mg-0.03 mg tablet	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)
jasmiel (28) 3 mg-0.02 mg tablet	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)
JATENZO 158 MG CAPSULE	3	PA,QL(120 cada 30 días)	AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)
JATENZO 198 MG CAPSULE	3	PA,QL(120 cada 30 días)	AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)
JATENZO 237 MG CAPSULE	3	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)

• MDO: Medicamento de uso únicamente médico • OTC – Medicamentos sin receta • PA – Autorización previa • QL – Límite de cantidad • ST – Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
jolessa 0.15 mg-30 mcg (91) tablets,3 month dose pack	1	QL(91 cada 91 dÍas)	AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)
joyeaux 0.1 mg-0.02 mg (21)/iron (7) tablet	1	QL(84 cada 84 dÍas)	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)
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)

• MDO: Medicamento de uso únicamente médico • OTC – Medicamentos sin receta • PA – Autorización previa • QL – Límite de cantidad • ST – Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
kelnor 1/35 (28) 1 mg-35 mcg tablet	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)
kurvelo (28) 0.15 mg-0.03 mg tablet	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)
l.norgest-eth.estradiol triphasic 50-30 (6)/75-40(5)/125-30(10) tablet	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)
larin 1.5/30 (21) 1.5 mg-30 mcg tablet	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)
larin 24 fe 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4) tablet	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)
larin fe 1.5/30 (28) 1.5 mg-30 mcg (21)/75 mg (7) tablet	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)
larin fe 1/20 (28) 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7) tablet	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)
lessina 0.1 mg-20 mcg tablet	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)
levonorgestrel 0.15 mg-ethinyl estradiol 0.03 mg tablet	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)
levonorgestrel 1.5 mg tablet[OTC]	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)
levonorgestrel-ethinyl estradiol 0.1 mg-20 mcg tablet	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)

• MDO: Medicamento de uso únicamente médico • OTC – Medicamentos sin receta • PA – Autorización previa • QL – Límite de cantidad • ST – Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
levonorgestrel-ethinyl estradiol 90 mcg-20 mcg (28) tablet	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)
LO LOESTRIN FE 1 MG-10 MCG (24)/10 MCG (2) TABLET	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)
lo-zumandimine (28) 3 mg-0.02 mg tablet	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)
LOESTRIN 1.5/30 (21) 1.5 MG-30 MCG TABLET	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)
LOESTRIN 1/20 (21) 1 MG-20 MCG TABLET	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)
LOESTRIN FE 1.5/30 (28-DAY) 1.5 MG-30 MCG (21)/75 MG (7) TABLET	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)
LOESTRIN FE 1/20 (28-DAY) 1 MG-20 MCG (21)/75 MG (7) TABLET	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)
loryna (28) 3 mg-0.02 mg tablet	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)
low-ogestrel (28) 0.3 mg-30 mcg tablet	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)
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)

• MDO: Medicamento de uso únicamente médico • OTC – Medicamentos sin receta • PA – Autorización previa • QL – Límite de cantidad • ST – Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
lyleq 0.35 mg tablet	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)
lyllana 0.025 mg/24 hr transdermal patch	1	QL(8 cada 28 dÍas)	AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)
lyllana 0.0375 mg/24 hr transdermal patch	1	QL(8 cada 28 dÍas)	AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)
lyllana 0.05 mg/24 hr transdermal patch	1	QL(8 cada 28 dÍas)	AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)
lyllana 0.075 mg/24 hr transdermal patch	1	QL(8 cada 28 dÍas)	AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)
lyllana 0.1 mg/24 hr transdermal patch	1	QL(8 cada 28 dÍas)	AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)
marlissa (28) 0.15 mg-0.03 mg tablet	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)
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	QL(1 cada 84 dÍas)	AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)
medroxyprogesterone 2.5 mg tablet	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)

• MDO: Medicamento de uso únicamente médico • OTC – Medicamentos sin receta • PA – Autorización previa • QL – Límite de cantidad • ST – Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
medroxyprogesterone 5 mg tablet	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)
megestrol 20 mg tablet	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)
megestrol 40 mg tablet	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)
megestrol 400 mg/10 ml (10 ml) oral suspension	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)
megestrol 400 mg/10 ml (40 mg/ml) oral suspension	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)
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)
MENOSTAR 14 MCG/24 HR TRANSDERMAL PATCH	1	QL(4 cada 28 días)	AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)
METHITEST 10 MG TABLET	3	PA	AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)
methyltestosterone 10 mg capsule	3	PA	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)

• MDO: Medicamento de uso únicamente médico • OTC – Medicamentos sin receta • PA – Autorización previa • QL – Límite de cantidad • ST – Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
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	2	PA,QL(8 cada 28 días)	AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)
MINIVELLE 0.0375 MG/24 HR TRANSDERMAL PATCH	1	PA,QL(8 cada 28 días)	AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)
MINIVELLE 0.05 MG/24 HR TRANSDERMAL PATCH	1	PA,QL(8 cada 28 días)	AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)
MINIVELLE 0.075 MG/24 HR TRANSDERMAL PATCH	1	PA,QL(8 cada 28 días)	AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)
MINIVELLE 0.1 MG/24 HR TRANSDERMAL PATCH	1	PA,QL(8 cada 28 días)	AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)

• MDO: Medicamento de uso únicamente médico • OTC – Medicamentos sin receta • PA – Autorización previa • QL – Límite de cantidad • ST – Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
minzoya 0.1 mg-0.02 mg (21)/iron (7) tablet	1	QL(84 cada 84 dÍas)	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		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)
my way 1.5 mg tablet[OTC]	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)
NATAZIA 3 MG/2 MG-2 MG/2 MG-3 MG/1 MG TABLET	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)
NATESTO 5.5 MG/0.122 GRAM PER ACTUATION NASAL GEL PUMP	3	PA	AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)
necon 0.5/35 (28) 0.5 mg-35 mcg tablet	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)
new day 1.5 mg tablet[OTC]	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)
NEXTSTELLIS 3 MG-14.2 MG (28) TABLET	3	PA,QL(28 cada 28 dÍas)	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	PA	AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)

• MDO: Medicamento de uso únicamente médico • OTC – Medicamentos sin receta • PA – Autorización previa • QL – Límite de cantidad • ST – Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
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 acetate 0.5 mg-ethinyl estradiol 2.5 mcg tablet	1		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	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)
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)
nortrel 1/35 (28) 1 mg-35 mcg tablet	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)

• MDO: Medicamento de uso únicamente médico • OTC – Medicamentos sin receta • PA – Autorización previa • QL – Límite de cantidad • ST – Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
nortrel 7/7/7 (28) 0.5 mg/0.75 mg/1 mg-35 mcg tablet	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)
NUVARING 0.12 MG-0.015 MG/24 HR VAGINAL	1	QL(1 cada 21 dÍas)	AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)
nylia 1/35 (28) 1 mg-35 mcg tablet	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)
nylia 7/7/7 (28) 0.5/0.75/1 mg-35 mcg tablet	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)
OPILL 0.075 MG TABLET[OTC]	2		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)
option-2 1.5 mg tablet[OTC]	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)
orquidea 0.35 mg tablet	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)
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)
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)

• MDO: Medicamento de uso únicamente médico • OTC – Medicamentos sin receta • PA – Autorización previa • QL – Límite de cantidad • ST – Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
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	QL(30 cada 28 dÍas)	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)
PREMPHASE 0.625 MG(14)/0.625 MG-5MG(14) TABLET	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)
PREMPRO 0.3 MG-1.5 MG TABLET	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)
PREMPRO 0.45 MG-1.5 MG TABLET	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)
PREMPRO 0.625 MG-2.5 MG TABLET	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)
PREMPRO 0.625 MG-5 MG TABLET	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)

• MDO: Medicamento de uso únicamente médico • OTC – Medicamentos sin receta • PA – Autorización previa • QL – Límite de cantidad • ST – Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
progesterone 50 mg/ml intramuscular oil	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)
progesterone micronized 100 mg capsule	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)
progesterone micronized 100 mg vaginal insert	3	PA,QL(42 cada 21 dÍas)	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	1	PA	AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)
PROMETRIUM 200 MG CAPSULE	1	PA	AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)
PROVERA 10 MG TABLET	1	PA	AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)
PROVERA 2.5 MG TABLET	1	PA	AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)
PROVERA 5 MG TABLET	1	PA	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)

• MDO: Medicamento de uso únicamente médico • OTC – Medicamentos sin receta • PA – Autorización previa • QL – Límite de cantidad • ST – Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
rivelsa 0.15 mg-20 mcg/0.15 mg-25 mcg tablets,3 month dose pack	1	QL(91 cada 91 días)	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	QL(91 cada 91 días)	AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)
SAFYRAL 3 MG-0.03 MG-0.451 MG (21)/0.451 MG (7) TABLET	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)
setlakin 0.15 mg-30 mcg (91) tablets,3 month dose pack	1	QL(91 cada 91 días)	AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)
sharobel 0.35 mg tablet	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)
SLYND 4 MG (28) TABLET	3	PA,QL(84 cada 84 días)	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)
syeda 3 mg-0.03 mg tablet	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)
tarina 24 fe 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4) tablet	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)
tarina fe 1-20 eq (28) 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7) tablet	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)
TAYTULLA 1 MG-20 MCG (24)/75 MG (4) CAPSULE	3	PA,QL(28 cada 28 días)	AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)

• MDO: Medicamento de uso únicamente médico • OTC – Medicamentos sin receta • PA – Autorización previa • QL – Límite de cantidad • ST – Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
TESTIM 50 MG/5 GRAM (1 %) TRANSDERMAL GEL	2	PA,QL(150 cada 30 días)	AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)
TESTOPEL 75 MG IMPLANT PELLET[MDO]	*		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)
testosterone 1 % (25 mg/2.5 gram) transdermal gel packet	3	PA,QL(75 cada 30 días)	AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)
testosterone 1 % (50 mg/5 gram) transdermal gel packet	2	PA,QL(150 cada 30 días)	AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)
testosterone 10 mg/0.5 gram/actuation transdermal gel pump	3	PA,QL(60 cada 30 días)	AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)
testosterone 50 mg/5 gram (1 %) transdermal gel	2	PA,QL(150 cada 30 días)	AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)
testosterone cypionate 100 mg/ml intramuscular oil	3	PA	AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)
testosterone cypionate 200 mg/ml intramuscular oil	3	PA	AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)
testosterone enanthate 200 mg/ml intramuscular oil	3	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	3	PA,QL(120 cada 30 días)	AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)

• MDO: Medicamento de uso únicamente médico • OTC – Medicamentos sin receta • PA – Autorización previa • QL – Límite de cantidad • ST – Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
tri-estarylla (28) 0.18 mg(7)/0.215 mg(7)/0.25 mg(7)-0.035 mg tablet	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)
tri-legest fe 1-20 (5)/1-30(7)/1mg-35mcg(9) tablet	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)
tri-linyah (28) 0.18 mg(7)/0.215 mg(7)/0.25 mg(7)-0.035 mg tablet	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)
tri-lo-estarylla 0.18 mg/0.215 mg/0.25 mg-0.025 mg tablet	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)
tri-lo-marzia 0.18 mg/0.215 mg/0.25 mg-0.025 mg tablet	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)
tri-lo-mili 0.18 mg/0.215 mg/0.25 mg-0.025 mg tablet	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)
tri-lo-sprintec 0.18 mg/0.215 mg/0.25 mg-0.025 mg tablet	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)
tri-mili (28) 0.18 mg(7)/0.215 mg(7)/0.25 mg(7)-0.035 mg tablet	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)
tri-sprintec (28) 0.18 mg(7)/0.215 mg(7)/0.25 mg(7)-0.035 mg tablet	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)
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)

• MDO: Medicamento de uso únicamente médico • OTC – Medicamentos sin receta • PA – Autorización previa • QL – Límite de cantidad • ST – Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
turqoz (28) 0.3 mg-30 mcg tablet	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)
TWIRLA 120 MCG-30 MCG/24 HR TRANSDERMAL PATCH	1	QL(9 cada 84 dÍas)	AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)
TYBLUME 0.1 MG-20 MCG CHEWABLE TABLET	1	PA	AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)
tydemy 3 mg-0.03 mg-0.451 mg (21)(7) tablet	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)
VAGIFEM 10 MCG VAGINAL TABLET	1	PA	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)

• MDO: Medicamento de uso únicamente médico • OTC – Medicamentos sin receta • PA – Autorización previa • QL – Límite de cantidad • ST – Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
VIVELLE-DOT 0.025 MG/24 HR TRANSDERMAL PATCH	1	PA,QL(8 cada 28 días)	AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)
VIVELLE-DOT 0.0375 MG/24 HR TRANSDERMAL PATCH	1	PA,QL(8 cada 28 días)	AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)
VIVELLE-DOT 0.05 MG/24 HR TRANSDERMAL PATCH	1	PA,QL(8 cada 28 días)	AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)
VIVELLE-DOT 0.075 MG/24 HR TRANSDERMAL PATCH	2	PA,QL(8 cada 28 días)	AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)
VIVELLE-DOT 0.1 MG/24 HR TRANSDERMAL PATCH	1	PA,QL(8 cada 28 días)	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)

• MDO: Medicamento de uso únicamente médico • OTC – Medicamentos sin receta • PA – Autorización previa • QL – Límite de cantidad • ST – Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	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	QL(9 cada 84 dÍas)	AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)
XYOSTED 100 MG/0.5 ML SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR	3	PA,QL(2 cada 28 dÍas)	AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)
XYOSTED 50 MG/0.5 ML SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR	3	PA,QL(2 cada 28 dÍas)	AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)
XYOSTED 75 MG/0.5 ML SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR	3	PA,QL(2 cada 28 dÍas)	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		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)
yuvafem 10 mcg vaginal tablet	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)
zafemy 150 mcg-35 mcg/24 hr transdermal patch	1	QL(9 cada 84 dÍas)	AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)
zovia 1-35 (28) 1 mg-35 mcg tablet	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)

• MDO: Medicamento de uso únicamente médico • OTC – Medicamentos sin receta • PA – Autorización previa • QL – Límite de cantidad • ST – Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
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	3	PA	AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (PITUITARIA)
DDAVP 0.1 MG TABLET	1	PA	AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (PITUITARIA)
DDAVP 0.2 MG TABLET	1	PA,QL(180 cada 30 dÍas)	AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (PITUITARIA)
DDAVP 4 MCG/ML INJECTION SOLUTION	1	PA	AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (PITUITARIA)
DESMODA 0.05 MG/ML ORAL SOLUTION	3	PA,QL(145 cada 72 dÍas)	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	QL(180 cada 30 dÍas)	AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (PITUITARIA)
desmopressin 10 mcg/spray (0.1 ml) nasal spray (non-refrigerated)	1	QL(5 cada 25 dÍas)	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	3	PA	AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (PITUITARIA)
GENOTROPIN 5 MG/ML (15 UNIT/ML) SUBCUTANEOUS CARTRIDGE	3	PA	AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (PITUITARIA)
GENOTROPIN MINIQUICK 0.2 MG/0.25 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE	3	PA	AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (PITUITARIA)

• MDO: Medicamento de uso únicamente médico • OTC – Medicamentos sin receta • PA – Autorización previa • QL – Límite de cantidad • ST – Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
GENOTROPIN MINIQUICK 0.4 MG/0.25 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE	3	PA	AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (PITUITARIA)
GENOTROPIN MINIQUICK 0.6 MG/0.25 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE	3	PA	AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (PITUITARIA)
GENOTROPIN MINIQUICK 0.8 MG/0.25 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE	3	PA	AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (PITUITARIA)
GENOTROPIN MINIQUICK 1 MG/0.25 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE	3	PA	AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (PITUITARIA)
GENOTROPIN MINIQUICK 1.2 MG/0.25 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE	3	PA	AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (PITUITARIA)
GENOTROPIN MINIQUICK 1.4 MG/0.25 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE	3	PA	AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (PITUITARIA)
GENOTROPIN MINIQUICK 1.6 MG/0.25 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE	3	PA	AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (PITUITARIA)
GENOTROPIN MINIQUICK 1.8 MG/0.25 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE	3	PA	AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (PITUITARIA)
GENOTROPIN MINIQUICK 2 MG/0.25 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE	3	PA	AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (PITUITARIA)
HUMATROPE 12 MG (36 UNIT) INJECTION CARTRIDGE	3	PA	AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (PITUITARIA)
HUMATROPE 24 MG (72 UNIT) INJECTION CARTRIDGE	3	PA	AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (PITUITARIA)
HUMATROPE 6 MG (18 UNIT) INJECTION CARTRIDGE	3	PA	AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (PITUITARIA)
INCRELEX 10 MG/ML SUBCUTANEOUS SOLUTION	3	PA	AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (PITUITARIA)
ISTURISA 1 MG TABLET	3	PA,QL(240 cada 30 días)	AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (PITUITARIA)

• MDO: Medicamento de uso únicamente médico • OTC – Medicamentos sin receta • PA – Autorización previa • QL – Límite de cantidad • ST – Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
ISTURISA 5 MG TABLET	3	PA,QL(60 cada 30 dÍas)	AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (PITUITARIA)
NGENLA 24 MG/1.2 ML (20 MG/ML) SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR	3	PA	AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (PITUITARIA)
NGENLA 60 MG/1.2 ML (50 MG/ML) SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR	3	PA	AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (PITUITARIA)
NORDITROPIN FLEXPRO 10 MG/1.5 ML (6.7 MG/ML) SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR	3	PA	AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (PITUITARIA)
NORDITROPIN FLEXPRO 15 MG/1.5 ML (10 MG/ML) SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR	3	PA	AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (PITUITARIA)
NORDITROPIN FLEXPRO 5 MG/1.5 ML (3.3 MG/ML) SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR	3	PA	AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (PITUITARIA)
NOVAREL 5,000 UNIT INTRAMUSCULAR SOLUTION	3	PA	AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (PITUITARIA)
OMNITROPE 10 MG/1.5 ML (6.7 MG/ML) SUBCUTANEOUS CARTRIDGE	3	PA	AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (PITUITARIA)
OMNITROPE 5 MG/1.5 ML (3.3 MG/ML) SUBCUTANEOUS CARTRIDGE	3	PA	AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (PITUITARIA)
OMNITROPE 5.8 MG SUBCUTANEOUS SOLUTION	3	PA	AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (PITUITARIA)
PREGNYL 10,000 UNIT INTRAMUSCULAR SOLUTION	3	PA	AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (PITUITARIA)
SEROSTIM 4 MG SUBCUTANEOUS SOLUTION	3	PA	AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (PITUITARIA)
SEROSTIM 5 MG SUBCUTANEOUS SOLUTION	3	PA	AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (PITUITARIA)
SEROSTIM 6 MG SUBCUTANEOUS SOLUTION	3	PA	AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (PITUITARIA)

• MDO: Medicamento de uso únicamente médico • OTC – Medicamentos sin receta • PA – Autorización previa • QL – Límite de cantidad • ST – Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
SKYTROFA 0.7 MG SUBCUTANEOUS CARTRIDGE	3	PA,QL(4 cada 28 días)	AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (PITUITARIA)
SKYTROFA 1.4 MG SUBCUTANEOUS CARTRIDGE	3	PA,QL(4 cada 28 días)	AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (PITUITARIA)
SKYTROFA 1.8 MG SUBCUTANEOUS CARTRIDGE	3	PA,QL(4 cada 28 días)	AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (PITUITARIA)
SKYTROFA 11 MG SUBCUTANEOUS CARTRIDGE	3	PA,QL(4 cada 28 días)	AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (PITUITARIA)
SKYTROFA 13.3 MG SUBCUTANEOUS CARTRIDGE	3	PA,QL(4 cada 28 días)	AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (PITUITARIA)
SKYTROFA 2.1 MG SUBCUTANEOUS CARTRIDGE	3	PA,QL(4 cada 28 días)	AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (PITUITARIA)
SKYTROFA 2.5 MG SUBCUTANEOUS CARTRIDGE	3	PA,QL(4 cada 28 días)	AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (PITUITARIA)
SKYTROFA 3 MG SUBCUTANEOUS CARTRIDGE	3	PA,QL(4 cada 28 días)	AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (PITUITARIA)
SKYTROFA 3.6 MG SUBCUTANEOUS CARTRIDGE	3	PA,QL(4 cada 28 días)	AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (PITUITARIA)
SKYTROFA 4.3 MG SUBCUTANEOUS CARTRIDGE	3	PA,QL(4 cada 28 días)	AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (PITUITARIA)
SKYTROFA 5.2 MG SUBCUTANEOUS CARTRIDGE	3	PA,QL(4 cada 28 días)	AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (PITUITARIA)
SKYTROFA 6.3 MG SUBCUTANEOUS CARTRIDGE	3	PA,QL(4 cada 28 días)	AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (PITUITARIA)
SKYTROFA 7.6 MG SUBCUTANEOUS CARTRIDGE	3	PA,QL(4 cada 28 días)	AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (PITUITARIA)
SKYTROFA 9.1 MG SUBCUTANEOUS CARTRIDGE	3	PA,QL(4 cada 28 días)	AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (PITUITARIA)

• MDO: Medicamento de uso únicamente médico • OTC – Medicamentos sin receta • PA – Autorización previa • QL – Límite de cantidad • ST – Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
SOGROYA 10 MG/1.5 ML (6.7 MG/ML) SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR	3	PA	AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (PITUITARIA)
SOGROYA 15 MG/1.5 ML (10 MG/ML) SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR	3	PA	AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (PITUITARIA)
SOGROYA 5 MG/1.5 ML (3.3 MG/ML) SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR	3	PA	AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (PITUITARIA)
ZOMACTON 10 MG SUBCUTANEOUS SOLUTION	3	PA	AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (PITUITARIA)
ZOMACTON 5 MG SUBCUTANEOUS SOLUTION	3	PA	AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (PITUITARIA)
alprostadil 500 mcg/ml injection solution	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (PROSTAGLANDINAS)
carboprost tromethamine 250 mcg/ml intramuscular solution**MDO**	*		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (PROSTAGLANDINAS)
carboprost tromethamine 250 mcg/ml intramuscular syringe**MDO**	*		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (PROSTAGLANDINAS)
HEMABATE 250 MCG/ML INTRAMUSCULAR SOLUTION**MDO**	*		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (PROSTAGLANDINAS)
PROSTIN VR PEDIATRIC 500 MCG/ML INJECTION SOLUTION	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (PROSTAGLANDINAS)
ACTHAR 80 UNIT/ML INJECTION GEL	3	PA	AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (SUPRARRENAL)
ACTHAR SELFJECT 40 UNIT/0.5 ML SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR	3	PA	AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (SUPRARRENAL)
ACTHAR SELFJECT 80 UNIT/ML SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR	3	PA	AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (SUPRARRENAL)
AGAMREE 40 MG/ML ORAL SUSPENSION	3	PA,QL(200 cada 25 días)	AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (SUPRARRENAL)

• MDO: Medicamento de uso únicamente médico • OTC – Medicamentos sin receta • PA – Autorización previa • QL – Límite de cantidad • ST – Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
ALKINDI SPRINKLE 0.5 MG CAPSULE	3	PA	AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (SUPRARRENAL)
ALKINDI SPRINKLE 1 MG CAPSULE	3	PA	AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (SUPRARRENAL)
ALKINDI SPRINKLE 2 MG CAPSULE	3	PA	AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (SUPRARRENAL)
ALKINDI SPRINKLE 5 MG CAPSULE	3	PA	AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (SUPRARRENAL)
betamethasone acetate and sodium phos 6 mg/ml suspension for injection	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (SUPRARRENAL)
CELESTONE SOLUSPAN 6 MG/ML SUSPENSION FOR INJECTION	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (SUPRARRENAL)
cortisone 25 mg tablet	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (SUPRARRENAL)
CORTROPHIN GEL 40 UNIT/0.5 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE	3	PA	AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (SUPRARRENAL)
CORTROPHIN GEL 80 UNIT/ML INJECTION	3	PA	AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (SUPRARRENAL)
CORTROPHIN GEL 80 UNIT/ML SUBCUTANEOUS SYRINGE	3	PA	AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (SUPRARRENAL)
CORTROSYN 0.25 MG SOLUTION FOR INJECTION	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (SUPRARRENAL)
cosyntropin 0.25 mg solution for injection	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (SUPRARRENAL)
deflazacort 18 mg tablet	3	PA,QL(30 cada 30 días)	AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (SUPRARRENAL)
deflazacort 22.75 mg/ml oral suspension	3	PA,QL(39 cada 30 días)	AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (SUPRARRENAL)

• MDO: Medicamento de uso únicamente médico • OTC – Medicamentos sin receta • PA – Autorización previa • QL – Límite de cantidad • ST – Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
deflazacort 30 mg tablet	3	PA,QL(30 cada 30 dÍas)	AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (SUPRARRENAL)
deflazacort 36 mg tablet	3	PA,QL(30 cada 30 dÍas)	AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (SUPRARRENAL)
deflazacort 6 mg tablet	3	PA,QL(30 cada 30 dÍas)	AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (SUPRARRENAL)
DEPO-MEDROL 20 MG/ML SUSPENSION FOR INJECTION	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (SUPRARRENAL)
DEPO-MEDROL 40 MG/ML SUSPENSION FOR INJECTION	1	PA	AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (SUPRARRENAL)
DEPO-MEDROL 80 MG/ML SUSPENSION FOR INJECTION	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)
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)

• MDO: Medicamento de uso únicamente médico • OTC – Medicamentos sin receta • PA – Autorización previa • QL – Límite de cantidad • ST – Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
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)
dexamethasone sodium phosphate (pf) 10 mg/ml injection solution	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (SUPRARRENAL)
dexamethasone sodium phosphate (pf) 10 mg/ml injection syringe	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (SUPRARRENAL)
dexamethasone sodium phosphate 10 mg/ml injection solution	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (SUPRARRENAL)
dexamethasone sodium phosphate 4 mg/ml injection solution	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (SUPRARRENAL)
dexamethasone sodium phosphate 4 mg/ml injection syringe	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (SUPRARRENAL)
dexlyt 0.25 mg tablet	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (SUPRARRENAL)
EMFLAZA 18 MG TABLET	3	PA,QL(30 cada 30 días)	AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (SUPRARRENAL)
EMFLAZA 22.75 MG/ML ORAL SUSPENSION	3	PA,QL(39 cada 30 días)	AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (SUPRARRENAL)
EMFLAZA 30 MG TABLET	3	PA,QL(30 cada 30 días)	AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (SUPRARRENAL)
EMFLAZA 36 MG TABLET	3	PA,QL(30 cada 30 días)	AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (SUPRARRENAL)
EMFLAZA 6 MG TABLET	3	PA,QL(30 cada 30 días)	AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (SUPRARRENAL)
fludrocortisone 0.1 mg tablet	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (SUPRARRENAL)

• MDO: Medicamento de uso únicamente médico • OTC – Medicamentos sin receta • PA – Autorización previa • QL – Límite de cantidad • ST – Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
HEMADY 20 MG TABLET	3	PA,QL(24 cada 28 días)	AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (SUPRARRENAL)
hydrocortisone acetate 2.5 % topical cream with perineal applicator	3	PA,QL(28.4 cada 30 días)	AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (SUPRARRENAL)
hydrocortisone sodium succinate 100 mg solution for injection	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (SUPRARRENAL)
jaythari 18 mg tablet	3	PA,QL(30 cada 30 días)	AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (SUPRARRENAL)
jaythari 22.75 mg/ml oral suspension	3	PA,QL(39 cada 30 días)	AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (SUPRARRENAL)
jaythari 30 mg tablet	3	PA,QL(30 cada 30 días)	AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (SUPRARRENAL)
jaythari 36 mg tablet	3	PA,QL(30 cada 30 días)	AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (SUPRARRENAL)
jaythari 6 mg tablet	3	PA,QL(30 cada 30 días)	AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (SUPRARRENAL)
KENALOG 10 MG/ML SUSPENSION FOR INJECTION	1	QL(10 cada 7 días)	AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (SUPRARRENAL)
KENALOG 40 MG/ML SUSPENSION FOR INJECTION	1	PA,QL(10 cada 7 días)	AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (SUPRARRENAL)
KENALOG-80 80 MG/ML SUSPENSION FOR INJECTION	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (SUPRARRENAL)
KHINDIVI 1 MG/ML ORAL SOLUTION	3	PA	AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (SUPRARRENAL)
kymbee 18 mg tablet	3	PA,QL(30 cada 30 días)	AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (SUPRARRENAL)
kymbee 22.75 mg/ml oral suspension	3	PA,QL(39 cada 30 días)	AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (SUPRARRENAL)

• MDO: Medicamento de uso únicamente médico • OTC – Medicamentos sin receta • PA – Autorización previa • QL – Límite de cantidad • ST – Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
kymbee 30 mg tablet	3	PA,QL(30 cada 30 días)	AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (SUPRARRENAL)
kymbee 36 mg tablet	3	PA,QL(30 cada 30 días)	AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (SUPRARRENAL)
kymbee 6 mg tablet	3	PA,QL(30 cada 30 días)	AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (SUPRARRENAL)
MEDROL (PAK) 4 MG TABLETS IN A DOSE PACK	1	PA	AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (SUPRARRENAL)
MEDROL 16 MG TABLET	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (SUPRARRENAL)
MEDROL 2 MG TABLET	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (SUPRARRENAL)
MEDROL 4 MG TABLET	1	PA	AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (SUPRARRENAL)
MEDROL 8 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)
methylprednisolone acetate 40 mg/ml suspension for injection	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (SUPRARRENAL)

• MDO: Medicamento de uso únicamente médico • OTC – Medicamentos sin receta • PA – Autorización previa • QL – Límite de cantidad • ST – Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
methylprednisolone acetate 80 mg/ml suspension for injection	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (SUPRARRENAL)
methylprednisolone sodium succinate 1,000 mg intravenous solution	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (SUPRARRENAL)
methylprednisolone sodium succinate 125 mg solution for injection	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (SUPRARRENAL)
methylprednisolone sodium succinate 40 mg solution for injection	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (SUPRARRENAL)
methylprednisolone sodium succinate 500 mg intravenous solution	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (SUPRARRENAL)
millipred 5 mg tablet	3	PA	AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (SUPRARRENAL)
PEDIAPRED 5 MG BASE/5 ML (6.7 MG/5 ML) ORAL SOLUTION	1	PA	AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (SUPRARRENAL)
prednisolone 10 mg disintegrating tablet	1	QL(10 cada 5 dÍas)	AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (SUPRARRENAL)
prednisolone 15 mg disintegrating tablet	1	QL(10 cada 5 dÍas)	AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (SUPRARRENAL)
prednisolone 15 mg/5 ml oral solution	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (SUPRARRENAL)
prednisolone 30 mg disintegrating tablet	1	QL(10 cada 5 dÍas)	AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (SUPRARRENAL)
prednisolone 5 mg tablet	3	PA	AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (SUPRARRENAL)
prednisolone sodium phosphate 10 mg/5 ml oral solution	3	PA	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)

• MDO: Medicamento de uso únicamente médico • OTC – Medicamentos sin receta • PA – Autorización previa • QL – Límite de cantidad • ST – Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
prednisolone sodium phosphate 20 mg/5 ml (4 mg/ml) oral solution	3	PA	AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (SUPRARRENAL)
prednisolone sodium phosphate 25 mg/5 ml (5 mg/ml) oral solution	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (SUPRARRENAL)
prednisolone sodium phosphate 5 mg base/5 ml (6.7 mg/5 ml) oral soln	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (SUPRARRENAL)
prednisone 1 mg tablet	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (SUPRARRENAL)
prednisone 1 mg tablet,delayed release	1	PA	AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (SUPRARRENAL)
prednisone 10 mg tablet	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (SUPRARRENAL)
prednisone 10 mg tablets in a dose pack	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (SUPRARRENAL)
prednisone 2 mg tablet,delayed release	1	PA	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)

• MDO: Medicamento de uso únicamente médico • OTC – Medicamentos sin receta • PA – Autorización previa • QL – Límite de cantidad • ST – Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
prednisone intensol 5 mg/ml oral concentrate	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (SUPRARRENAL)
pyquvi 22.75 mg/ml oral suspension	3	PA,QL(39 cada 30 dÍas)	AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (SUPRARRENAL)
SOLU-CORTEF 100 MG SOLUTION FOR INJECTION	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (SUPRARRENAL)
SOLU-CORTEF ACT-O-VIAL (PF) 1,000 MG/8 ML SOLUTION FOR INJECTION	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (SUPRARRENAL)
SOLU-CORTEF ACT-O-VIAL (PF) 100 MG/2 ML SOLUTION FOR INJECTION	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (SUPRARRENAL)
SOLU-CORTEF ACT-O-VIAL (PF) 250 MG/2 ML SOLUTION FOR INJECTION	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (SUPRARRENAL)
SOLU-CORTEF ACT-O-VIAL (PF) 500 MG/4 ML SOLUTION FOR INJECTION	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (SUPRARRENAL)
SOLU-MEDROL (PF) 1,000 MG/8 ML INTRAVENOUS SOLUTION	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (SUPRARRENAL)
SOLU-MEDROL (PF) 125 MG/2 ML SOLUTION FOR INJECTION	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (SUPRARRENAL)
SOLU-MEDROL (PF) 40 MG/ML SOLUTION FOR INJECTION	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (SUPRARRENAL)
SOLU-MEDROL (PF) 500 MG/4 ML INTRAVENOUS SOLUTION	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (SUPRARRENAL)
SOLU-MEDROL 1,000 MG INTRAVENOUS SOLUTION	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (SUPRARRENAL)
SOLU-MEDROL 2 GRAM INTRAVENOUS SOLUTION	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (SUPRARRENAL)
SOLU-MEDROL 500 MG INTRAVENOUS SOLUTION	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (SUPRARRENAL)

• MDO: Medicamento de uso únicamente médico • OTC – Medicamentos sin receta • PA – Autorización previa • QL – Límite de cantidad • ST – Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
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 0.05 % topical ointment	2	PA	AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (SUPRARRENAL)
triamcinolone acetonide 0.1 % lotion	2	PA	AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (SUPRARRENAL)
triamcinolone acetonide 0.1 % topical cream	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (SUPRARRENAL)
triamcinolone acetonide 0.1 % topical ointment	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (SUPRARRENAL)
triamcinolone acetonide 0.147 mg/gram topical aerosol	3	PA	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)
triamcinolone acetonide 10 mg/ml suspension for injection	1	QL(10 cada 7 dÍas)	AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (SUPRARRENAL)
triamcinolone acetonide 40 mg/ml suspension for injection	1	QL(10 cada 7 dÍas)	AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (SUPRARRENAL)
ZILRETTA 32 MG INTRA-ARTICULAR SUSPENSION,EXTENDED RELEASE[MDO]	*		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (SUPRARRENAL)
ADTHYZA 120 MG TABLET	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (TIROIDES)

• MDO: Medicamento de uso únicamente médico • OTC – Medicamentos sin receta • PA – Autorización previa • QL – Límite de cantidad • ST – Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
ADTHYZA 130 MG TABLET	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (TIROIDES)
ADTHYZA 15 MG TABLET	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (TIROIDES)
ADTHYZA 16.25 MG TABLET	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (TIROIDES)
ADTHYZA 30 MG TABLET	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (TIROIDES)
ADTHYZA 32.5 MG TABLET	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (TIROIDES)
ADTHYZA 60 MG TABLET	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (TIROIDES)
ADTHYZA 65 MG TABLET	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (TIROIDES)
ADTHYZA 90 MG TABLET	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (TIROIDES)
ADTHYZA 97.5 MG TABLET	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (TIROIDES)
amerithroid 120 mg tablet	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (TIROIDES)
amerithroid 15 mg tablet	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (TIROIDES)
amerithroid 180 mg tablet	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (TIROIDES)
amerithroid 240 mg tablet	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (TIROIDES)
amerithroid 30 mg tablet	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (TIROIDES)

• MDO: Medicamento de uso únicamente médico • OTC – Medicamentos sin receta • PA – Autorización previa • QL – Límite de cantidad • ST – Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
amerithroid 300 mg tablet	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (TIROIDES)
amerithroid 60 mg tablet	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (TIROIDES)
amerithroid 90 mg tablet	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (TIROIDES)
ARMOUR THYROID 120 MG TABLET	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (TIROIDES)
ARMOUR THYROID 15 MG TABLET	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (TIROIDES)
ARMOUR THYROID 180 MG TABLET	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (TIROIDES)
ARMOUR THYROID 240 MG TABLET	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (TIROIDES)
ARMOUR THYROID 30 MG TABLET	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (TIROIDES)
ARMOUR THYROID 300 MG TABLET	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (TIROIDES)
ARMOUR THYROID 60 MG TABLET	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (TIROIDES)
ARMOUR THYROID 90 MG TABLET	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (TIROIDES)
CYTOMEL 25 MCG TABLET	1	PA	AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (TIROIDES)
CYTOMEL 5 MCG TABLET	1	PA	AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (TIROIDES)
CYTOMEL 50 MCG TABLET	1	PA	AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (TIROIDES)

• MDO: Medicamento de uso únicamente médico • OTC – Medicamentos sin receta • PA – Autorización previa • QL – Límite de cantidad • ST – Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
EMCITATE 350 MCG TABLET FOR ORAL SUSPENSION	3	PA	AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (TIROIDES)
evexithroid 120 mg tablet	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (TIROIDES)
evexithroid 15 mg tablet	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (TIROIDES)
evexithroid 180 mg tablet	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (TIROIDES)
evexithroid 30 mg tablet	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (TIROIDES)
evexithroid 45 mg tablet	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (TIROIDES)
evexithroid 60 mg tablet	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (TIROIDES)
evexithroid 75 mg tablet	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (TIROIDES)
evexithroid 90 mg tablet	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (TIROIDES)
LEVO-T 100 MCG TABLET	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (TIROIDES)
LEVO-T 112 MCG TABLET	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (TIROIDES)
LEVO-T 125 MCG TABLET	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (TIROIDES)
LEVO-T 137 MCG TABLET	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (TIROIDES)
LEVO-T 150 MCG TABLET	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (TIROIDES)

• MDO: Medicamento de uso únicamente médico • OTC – Medicamentos sin receta • PA – Autorización previa • QL – Límite de cantidad • ST – Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
LEVO-T 175 MCG TABLET	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (TIROIDES)
LEVO-T 200 MCG TABLET	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (TIROIDES)
LEVO-T 25 MCG TABLET	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (TIROIDES)
LEVO-T 300 MCG TABLET	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (TIROIDES)
LEVO-T 50 MCG TABLET	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (TIROIDES)
LEVO-T 75 MCG TABLET	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (TIROIDES)
LEVO-T 88 MCG TABLET	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (TIROIDES)
levothyroxine 100 mcg intravenous powder for solution	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (TIROIDES)
levothyroxine 100 mcg tablet	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (TIROIDES)
levothyroxine 100 mcg/ml intravenous solution[MDO]	*		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)

• MDO: Medicamento de uso únicamente médico • OTC – Medicamentos sin receta • PA – Autorización previa • QL – Límite de cantidad • ST – Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
levothyroxine 175 mcg tablet	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (TIROIDES)
levothyroxine 20 mcg/ml intravenous solution	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (TIROIDES)
levothyroxine 200 mcg intravenous powder for solution	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)
levothyroxine 300 mcg tablet	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (TIROIDES)
levothyroxine 40 mcg/ml intravenous solution	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (TIROIDES)
levothyroxine 50 mcg tablet	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (TIROIDES)
levothyroxine 500 mcg intravenous powder for solution	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (TIROIDES)
levothyroxine 75 mcg tablet	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (TIROIDES)
levothyroxine 88 mcg tablet	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (TIROIDES)
LEVOXYL 100 MCG TABLET	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (TIROIDES)
LEVOXYL 112 MCG TABLET	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (TIROIDES)
LEVOXYL 125 MCG TABLET	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (TIROIDES)

• MDO: Medicamento de uso únicamente médico • OTC – Medicamentos sin receta • PA – Autorización previa • QL – Límite de cantidad • ST – Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
LEVOXYL 137 MCG TABLET	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (TIROIDES)
LEVOXYL 150 MCG TABLET	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (TIROIDES)
LEVOXYL 175 MCG TABLET	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (TIROIDES)
LEVOXYL 200 MCG TABLET	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (TIROIDES)
LEVOXYL 25 MCG TABLET	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (TIROIDES)
LEVOXYL 50 MCG TABLET	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (TIROIDES)
LEVOXYL 75 MCG TABLET	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (TIROIDES)
LEVOXYL 88 MCG TABLET	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (TIROIDES)
liomny 25 mcg tablet	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (TIROIDES)
liomny 5 mcg tablet	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (TIROIDES)
liomny 50 mcg tablet	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (TIROIDES)
liothyronine 10 mcg/ml intravenous solution	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (TIROIDES)
liothyronine 25 mcg tablet	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (TIROIDES)
liothyronine 5 mcg tablet	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (TIROIDES)

• MDO: Medicamento de uso únicamente médico • OTC – Medicamentos sin receta • PA – Autorización previa • QL – Límite de cantidad • ST – Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
liothyronine 50 mcg tablet	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (TIROIDES)
niva thyroid 120 mg tablet	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (TIROIDES)
niva thyroid 15 mg tablet	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (TIROIDES)
niva thyroid 30 mg tablet	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (TIROIDES)
niva thyroid 60 mg tablet	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (TIROIDES)
niva thyroid 90 mg tablet	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (TIROIDES)
np thyroid 120 mg tablet	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (TIROIDES)
np thyroid 15 mg tablet	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (TIROIDES)
np thyroid 30 mg tablet	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (TIROIDES)
np thyroid 60 mg tablet	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (TIROIDES)
np thyroid 90 mg tablet	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (TIROIDES)
renthyroid 120 mg tablet	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (TIROIDES)
renthyroid 15 mg tablet	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (TIROIDES)
renthyroid 30 mg tablet	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (TIROIDES)

• MDO: Medicamento de uso únicamente médico • OTC – Medicamentos sin receta • PA – Autorización previa • QL – Límite de cantidad • ST – Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
RENTHYROID 45 MG TABLET	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (TIROIDES)
renthyroid 60 mg tablet	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (TIROIDES)
RENTHYROID 75 MG TABLET	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (TIROIDES)
renthyroid 90 mg tablet	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (TIROIDES)
SYNTHROID 100 MCG TABLET	3	PA	AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (TIROIDES)
SYNTHROID 112 MCG TABLET	3	PA	AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (TIROIDES)
SYNTHROID 125 MCG TABLET	3	PA	AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (TIROIDES)
SYNTHROID 137 MCG TABLET	3	PA	AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (TIROIDES)
SYNTHROID 150 MCG TABLET	3	PA	AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (TIROIDES)
SYNTHROID 175 MCG TABLET	3	PA	AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (TIROIDES)
SYNTHROID 200 MCG TABLET	3	PA	AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (TIROIDES)
SYNTHROID 25 MCG TABLET	3	PA	AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (TIROIDES)
SYNTHROID 300 MCG TABLET	3	PA	AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (TIROIDES)
SYNTHROID 50 MCG TABLET	3	PA	AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (TIROIDES)

• MDO: Medicamento de uso únicamente médico • OTC – Medicamentos sin receta • PA – Autorización previa • QL – Límite de cantidad • ST – Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
SYNTHROID 75 MCG TABLET	3	PA	AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (TIROIDES)
SYNTHROID 88 MCG TABLET	3	PA	AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (TIROIDES)
THYQUIDITY 20 MCG/ML ORAL SOLUTION	3	PA,QL(300 cada 30 dÍas)	AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (TIROIDES)
thyroid (pork) 120 mg tablet	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (TIROIDES)
thyroid (pork) 15 mg tablet	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (TIROIDES)
thyroid (pork) 30 mg tablet	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (TIROIDES)
thyroid (pork) 60 mg tablet	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (TIROIDES)
thyroid (pork) 90 mg tablet	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (TIROIDES)
UNITHROID 100 MCG TABLET	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (TIROIDES)
UNITHROID 112 MCG TABLET	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (TIROIDES)
UNITHROID 125 MCG TABLET	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (TIROIDES)
UNITHROID 137 MCG TABLET	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (TIROIDES)
UNITHROID 150 MCG TABLET	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (TIROIDES)
UNITHROID 175 MCG TABLET	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (TIROIDES)

• MDO: Medicamento de uso únicamente médico • OTC – Medicamentos sin receta • PA – Autorización previa • QL – Límite de cantidad • ST – Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
UNITHROID 200 MCG TABLET	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (TIROIDES)
UNITHROID 25 MCG TABLET	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (TIROIDES)
UNITHROID 300 MCG TABLET	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (TIROIDES)
UNITHROID 50 MCG TABLET	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (TIROIDES)
UNITHROID 75 MCG TABLET	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (TIROIDES)
UNITHROID 88 MCG TABLET	1		AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (TIROIDES)
cabergoline 0.5 mg tablet	1		AGENTES HORMONALES, SUPRESORES (PITUITARIA O SUPRARRENAL)
CAMCEVI (6 MONTH) 42 MG SUBCUTANEOUS SYRINGE	3	PA,QL(1 cada 180 dÍas)	AGENTES HORMONALES, SUPRESORES (PITUITARIA O SUPRARRENAL)
ELIGARD 22.5 MG (3 MONTH) SUBCUTANEOUS SYRINGE	3	PA	AGENTES HORMONALES, SUPRESORES (PITUITARIA O SUPRARRENAL)
ELIGARD 30 MG (4 MONTH) SUBCUTANEOUS SYRINGE	3	PA	AGENTES HORMONALES, SUPRESORES (PITUITARIA O SUPRARRENAL)
ELIGARD 45 MG (6 MONTH) SUBCUTANEOUS SYRINGE	3	PA	AGENTES HORMONALES, SUPRESORES (PITUITARIA O SUPRARRENAL)
ELIGARD 7.5 MG (1 MONTH) SUBCUTANEOUS SYRINGE	3	PA	AGENTES HORMONALES, SUPRESORES (PITUITARIA O SUPRARRENAL)
FENSOLVI 45 MG SUBCUTANEOUS SYRINGE	1	PA,QL(1 cada 180 dÍas)	AGENTES HORMONALES, SUPRESORES (PITUITARIA O SUPRARRENAL)
FIRMAGON KIT WITH DILUENT SYRINGE 120 MG SUBCUTANEOUS SOLUTION	3	PA	AGENTES HORMONALES, SUPRESORES (PITUITARIA O SUPRARRENAL)
FIRMAGON KIT WITH DILUENT SYRINGE 80 MG SUBCUTANEOUS SOLUTION	3	PA	AGENTES HORMONALES, SUPRESORES (PITUITARIA O SUPRARRENAL)
lanreotide 120 mg/0.5 ml subcutaneous syringe	1	QL(0.5 cada 28 dÍas)	AGENTES HORMONALES, SUPRESORES (PITUITARIA O SUPRARRENAL)

• MDO: Medicamento de uso únicamente médico • OTC – Medicamentos sin receta • PA – Autorización previa • QL – Límite de cantidad • ST – Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
lanreotide 60 mg/0.2 ml subcutaneous syringe	1	QL(0.2 cada 28 días)	AGENTES HORMONALES, SUPRESORES (PITUITARIA O SUPRARRENAL)
lanreotide 90 mg/0.3 ml subcutaneous syringe	1	QL(0.3 cada 28 días)	AGENTES HORMONALES, SUPRESORES (PITUITARIA O SUPRARRENAL)
leuprolide 1 mg/0.2 ml subcutaneous kit	3	PA	AGENTES HORMONALES, SUPRESORES (PITUITARIA O SUPRARRENAL)
LUPRON DEPOT 11.25 MG (3 MONTH) INTRAMUSCULAR SYRINGE KIT	1	PA,QL(1 cada 84 días)	AGENTES HORMONALES, SUPRESORES (PITUITARIA O SUPRARRENAL)
LUPRON DEPOT 22.5 MG (3 MONTH) INTRAMUSCULAR SYRINGE KIT	3	PA,QL(1 cada 84 días)	AGENTES HORMONALES, SUPRESORES (PITUITARIA O SUPRARRENAL)
LUPRON DEPOT 3.75 MG INTRAMUSCULAR SYRINGE KIT	1	PA,QL(1 cada 30 días)	AGENTES HORMONALES, SUPRESORES (PITUITARIA O SUPRARRENAL)
LUPRON DEPOT 30 MG (4 MONTH) INTRAMUSCULAR SYRINGE KIT	3	PA,QL(1 cada 112 días)	AGENTES HORMONALES, SUPRESORES (PITUITARIA O SUPRARRENAL)
LUPRON DEPOT 45 MG (6 MONTH) INTRAMUSCULAR SYRINGE KIT	3	PA,QL(1 cada 168 días)	AGENTES HORMONALES, SUPRESORES (PITUITARIA O SUPRARRENAL)
LUPRON DEPOT 7.5 MG INTRAMUSCULAR SYRINGE KIT	3	PA,QL(1 cada 28 días)	AGENTES HORMONALES, SUPRESORES (PITUITARIA O SUPRARRENAL)
LUPRON DEPOT-PED 11.25 MG (3 MONTH) INTRAMUSCULAR SYRINGE KIT	1	PA	AGENTES HORMONALES, SUPRESORES (PITUITARIA O SUPRARRENAL)
LUPRON DEPOT-PED 11.25 MG INTRAMUSCULAR KIT	1	PA	AGENTES HORMONALES, SUPRESORES (PITUITARIA O SUPRARRENAL)
LUPRON DEPOT-PED 15 MG INTRAMUSCULAR KIT	1	PA	AGENTES HORMONALES, SUPRESORES (PITUITARIA O SUPRARRENAL)
LUPRON DEPOT-PED 30 MG (3 MONTH) INTRAMUSCULAR SYRINGE KIT	1	PA	AGENTES HORMONALES, SUPRESORES (PITUITARIA O SUPRARRENAL)
LUPRON DEPOT-PED 45 MG INTRAMUSCULAR SYRINGE KIT	1	PA,QL(1 cada 180 días)	AGENTES HORMONALES, SUPRESORES (PITUITARIA O SUPRARRENAL)
LUPRON DEPOT-PED 7.5 MG (PED) INTRAMUSCULAR KIT	1	PA	AGENTES HORMONALES, SUPRESORES (PITUITARIA O SUPRARRENAL)
LUTRATE DEPOT (3 MONTH) 22.5 MG IM SUSPENSION	3	PA	AGENTES HORMONALES, SUPRESORES (PITUITARIA O SUPRARRENAL)
MYCAPSSA 20 MG CAPSULE,DELAYED RELEASE	3	PA,QL(112 cada 28 días)	AGENTES HORMONALES, SUPRESORES (PITUITARIA O SUPRARRENAL)
MYFEMBREE 40 MG-1 MG-0.5 MG TABLET	3	PA,QL(28 cada 28 días)	AGENTES HORMONALES, SUPRESORES (PITUITARIA O SUPRARRENAL)

• MDO: Medicamento de uso únicamente médico • OTC – Medicamentos sin receta • PA – Autorización previa • QL – Límite de cantidad • ST – Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
octreotide acetate 1,000 mcg/ml injection solution	1		AGENTES HORMONALES, SUPRESORES (PITUITARIA O SUPRARRENAL)
octreotide acetate 100 mcg/ml (1 ml) injection syringe	1		AGENTES HORMONALES, SUPRESORES (PITUITARIA O SUPRARRENAL)
octreotide acetate 100 mcg/ml injection solution	1		AGENTES HORMONALES, SUPRESORES (PITUITARIA O SUPRARRENAL)
octreotide acetate 200 mcg/ml injection solution	1		AGENTES HORMONALES, SUPRESORES (PITUITARIA O SUPRARRENAL)
octreotide acetate 50 mcg/ml (1 ml) injection syringe	1		AGENTES HORMONALES, SUPRESORES (PITUITARIA O SUPRARRENAL)
octreotide acetate 50 mcg/ml injection solution	1		AGENTES HORMONALES, SUPRESORES (PITUITARIA O SUPRARRENAL)
octreotide acetate 500 mcg/ml (1 ml) injection syringe	1		AGENTES HORMONALES, SUPRESORES (PITUITARIA O SUPRARRENAL)
octreotide acetate 500 mcg/ml injection solution	1		AGENTES HORMONALES, SUPRESORES (PITUITARIA O SUPRARRENAL)
octreotide,microspheres er 10 mg intramuscular susp, extended release	1	QL(1 cada 28 dÍas)	AGENTES HORMONALES, SUPRESORES (PITUITARIA O SUPRARRENAL)
octreotide,microspheres er 20 mg intramuscular susp, extended release	1	QL(2 cada 28 dÍas)	AGENTES HORMONALES, SUPRESORES (PITUITARIA O SUPRARRENAL)
octreotide,microspheres er 30 mg intramuscular susp, extended release	1	QL(1 cada 28 dÍas)	AGENTES HORMONALES, SUPRESORES (PITUITARIA O SUPRARRENAL)
ORIAHNN 300-1-0.5 MG(AM)/300 MG(PM) CAPSULES	3	PA,QL(56 cada 28 dÍas)	AGENTES HORMONALES, SUPRESORES (PITUITARIA O SUPRARRENAL)
ORILISSA 150 MG TABLET	3	PA,QL(30 cada 30 dÍas)	AGENTES HORMONALES, SUPRESORES (PITUITARIA O SUPRARRENAL)
ORILISSA 200 MG TABLET	3	PA,QL(60 cada 30 dÍas)	AGENTES HORMONALES, SUPRESORES (PITUITARIA O SUPRARRENAL)
PALSONIFY 20 MG TABLET	3	PA,QL(60 cada 30 dÍas)	AGENTES HORMONALES, SUPRESORES (PITUITARIA O SUPRARRENAL)
PALSONIFY 30 MG TABLET	3	PA,QL(60 cada 30 dÍas)	AGENTES HORMONALES, SUPRESORES (PITUITARIA O SUPRARRENAL)
RECORLEV 150 MG TABLET	3	PA,QL(250 cada 31 dÍas)	AGENTES HORMONALES, SUPRESORES (PITUITARIA O SUPRARRENAL)
SANDOSTATIN 100 MCG/ML INJECTION SOLUTION	1	PA	AGENTES HORMONALES, SUPRESORES (PITUITARIA O SUPRARRENAL)

• MDO: Medicamento de uso únicamente médico • OTC – Medicamentos sin receta • PA – Autorización previa • QL – Límite de cantidad • ST – Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
SANDOSTATIN 50 MCG/ML INJECTION SOLUTION	1		AGENTES HORMONALES, SUPRESORES (PITUITARIA O SUPRARRENAL)
SANDOSTATIN 500 MCG/ML INJECTION SOLUTION	1		AGENTES HORMONALES, SUPRESORES (PITUITARIA O SUPRARRENAL)
SANDOSTATIN LAR DEPOT 10 MG INTRAMUSCULAR SUSP,EXTENDED RELEASE	1	QL(1 cada 28 dÍas)	AGENTES HORMONALES, SUPRESORES (PITUITARIA O SUPRARRENAL)
SANDOSTATIN LAR DEPOT 20 MG INTRAMUSCULAR SUSP,EXTENDED RELEASE	1	QL(2 cada 28 dÍas)	AGENTES HORMONALES, SUPRESORES (PITUITARIA O SUPRARRENAL)
SANDOSTATIN LAR DEPOT 30 MG INTRAMUSCULAR SUSP,EXTENDED RELEASE	1	QL(1 cada 28 dÍas)	AGENTES HORMONALES, SUPRESORES (PITUITARIA O SUPRARRENAL)
SIGNIFOR 0.3 MG/ML (1 ML) SUBCUTANEOUS SOLUTION	1	QL(60 cada 30 dÍas)	AGENTES HORMONALES, SUPRESORES (PITUITARIA O SUPRARRENAL)
SIGNIFOR 0.6 MG/ML (1 ML) SUBCUTANEOUS SOLUTION	1	QL(60 cada 30 dÍas)	AGENTES HORMONALES, SUPRESORES (PITUITARIA O SUPRARRENAL)
SIGNIFOR 0.9 MG/ML (1 ML) SUBCUTANEOUS SOLUTION	1	QL(60 cada 30 dÍas)	AGENTES HORMONALES, SUPRESORES (PITUITARIA O SUPRARRENAL)
SIGNIFOR LAR 10 MG IM SUSPENSION	3	PA,QL(1 cada 28 dÍas)	AGENTES HORMONALES, SUPRESORES (PITUITARIA O SUPRARRENAL)
SIGNIFOR LAR 20 MG IM SUSPENSION	3	PA,QL(1 cada 28 dÍas)	AGENTES HORMONALES, SUPRESORES (PITUITARIA O SUPRARRENAL)
SIGNIFOR LAR 30 MG IM SUSPENSION	3	PA,QL(1 cada 28 dÍas)	AGENTES HORMONALES, SUPRESORES (PITUITARIA O SUPRARRENAL)
SIGNIFOR LAR 40 MG IM SUSPENSION	3	PA,QL(1 cada 28 dÍas)	AGENTES HORMONALES, SUPRESORES (PITUITARIA O SUPRARRENAL)
SIGNIFOR LAR 60 MG IM SUSPENSION	3	PA,QL(1 cada 28 dÍas)	AGENTES HORMONALES, SUPRESORES (PITUITARIA O SUPRARRENAL)
SOMATULINE DEPOT 120 MG/0.5 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE	1	QL(0.5 cada 28 dÍas)	AGENTES HORMONALES, SUPRESORES (PITUITARIA O SUPRARRENAL)
SOMATULINE DEPOT 60 MG/0.2 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE	1	QL(0.2 cada 28 dÍas)	AGENTES HORMONALES, SUPRESORES (PITUITARIA O SUPRARRENAL)
SOMATULINE DEPOT 90 MG/0.3 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE	1	QL(0.3 cada 28 dÍas)	AGENTES HORMONALES, SUPRESORES (PITUITARIA O SUPRARRENAL)
SOMAVERT 10 MG SUBCUTANEOUS SOLUTION	1		AGENTES HORMONALES, SUPRESORES (PITUITARIA O SUPRARRENAL)
SOMAVERT 15 MG SUBCUTANEOUS SOLUTION	1		AGENTES HORMONALES, SUPRESORES (PITUITARIA O SUPRARRENAL)

• MDO: Medicamento de uso únicamente médico • OTC – Medicamentos sin receta • PA – Autorización previa • QL – Límite de cantidad • ST – Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
SOMAVERT 20 MG SUBCUTANEOUS SOLUTION	1		AGENTES HORMONALES, SUPRESORES (PITUITARIA O SUPRARRENAL)
SOMAVERT 25 MG SUBCUTANEOUS SOLUTION	1		AGENTES HORMONALES, SUPRESORES (PITUITARIA O SUPRARRENAL)
SOMAVERT 30 MG SUBCUTANEOUS SOLUTION	1		AGENTES HORMONALES, SUPRESORES (PITUITARIA O SUPRARRENAL)
SUPPRELIN LA 50 MG (65 MCG/DAY) IMPLANT KIT[MDO]	*		AGENTES HORMONALES, SUPRESORES (PITUITARIA O SUPRARRENAL)
SYNAREL 2 MG/ML NASAL SPRAY	1	PA,QL(40 cada 28 días)	AGENTES HORMONALES, SUPRESORES (PITUITARIA O SUPRARRENAL)
TRELSTAR 11.25 MG IM SUSPENSION	3	PA	AGENTES HORMONALES, SUPRESORES (PITUITARIA O SUPRARRENAL)
TRELSTAR 22.5 MG IM SUSPENSION	3	PA	AGENTES HORMONALES, SUPRESORES (PITUITARIA O SUPRARRENAL)
TRELSTAR 3.75 MG IM SUSPENSION	3	PA	AGENTES HORMONALES, SUPRESORES (PITUITARIA O SUPRARRENAL)
TRIPTODUR 22.5 MG IM SUSPENSION	1	PA,QL(1 cada 168 días)	AGENTES HORMONALES, SUPRESORES (PITUITARIA O SUPRARRENAL)
methimazole 10 mg tablet	1		AGENTES HORMONALES, SUPRESORES (TIROIDES)
methimazole 5 mg tablet	1		AGENTES HORMONALES, SUPRESORES (TIROIDES)
propylthiouracil 50 mg tablet	1		AGENTES HORMONALES, SUPRESORES (TIROIDES)
ABRILADA(CF) 20 MG/0.4 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT	3	PA,QL(2 cada 28 días)	AGENTES INMUNOLÓGICOS
ABRILADA(CF) 40 MG/0.8 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT	3	PA,QL(6 cada 28 días)	AGENTES INMUNOLÓGICOS
ABRILADA(CF) PEN 40 MG/0.8 ML SUBCUTANEOUS KIT	3	PA,QL(6 cada 28 días)	AGENTES INMUNOLÓGICOS
ABRYSVO (PF) 120 MCG/0.5 ML INTRAMUSCULAR SOLUTION	1		AGENTES INMUNOLÓGICOS
ACTEMRA 162 MG/0.9 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE	3	PA,QL(3.6 cada 28 días)	AGENTES INMUNOLÓGICOS
ACTEMRA 200 MG/10 ML (20 MG/ML) INTRAVENOUS SOLUTION	3	PA	AGENTES INMUNOLÓGICOS
ACTEMRA 400 MG/20 ML (20 MG/ML) INTRAVENOUS SOLUTION	3	PA	AGENTES INMUNOLÓGICOS
ACTEMRA 80 MG/4 ML (20 MG/ML) INTRAVENOUS SOLUTION	3	PA	AGENTES INMUNOLÓGICOS
ACTEMRA ACTPEN 162 MG/0.9 ML SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR	3	PA	AGENTES INMUNOLÓGICOS
ACTHIB (PF) 10 MCG/0.5 ML INTRAMUSCULAR SOLUTION	2		AGENTES INMUNOLÓGICOS
ACTIMMUNE 100 MCG (2 MILLION UNIT)/0.5 ML SUBCUTANEOUS SOLUTION	1		AGENTES INMUNOLÓGICOS

• MDO: Medicamento de uso únicamente médico • OTC – Medicamentos sin receta • PA – Autorización previa • QL – Límite de cantidad • ST – Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
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	3	PA,QL(4 cada 28 días)	AGENTES INMUNOLÓGICOS
ADALIMUMAB-AACF 40 MG/0.8 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT	3	PA,QL(4 cada 28 días)	AGENTES INMUNOLÓGICOS
ADALIMUMAB-AACF(CF) PEN CROHN'S-UC-HS STARTER 40 MG/0.8 ML SUBCUT KIT	3	PA,QL(4 cada 28 días)	AGENTES INMUNOLÓGICOS
ADALIMUMAB-AACF(CF) PEN PSORIASIS-UVEITIS STRT 40 MG/0.8 ML SUBCUT KIT	3	PA,QL(4 cada 28 días)	AGENTES INMUNOLÓGICOS
ADALIMUMAB-AATY 20 MG/0.2 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT	3	PA,QL(2 cada 28 días)	AGENTES INMUNOLÓGICOS
ADALIMUMAB-AATY 40 MG/0.4 ML SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR KIT	3	PA,QL(4 cada 28 días)	AGENTES INMUNOLÓGICOS
ADALIMUMAB-AATY 40 MG/0.4 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT	3	PA,QL(4 cada 28 días)	AGENTES INMUNOLÓGICOS
ADALIMUMAB-AATY 80 MG/0.8 ML SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR KIT	3	PA,QL(3 cada 28 días)	AGENTES INMUNOLÓGICOS
ADALIMUMAB-AATY(CF) AUTOINJ CROHN-UC-HS START 80 MG/0.8 ML SUBCUT KIT	3	PA,QL(3 cada 28 días)	AGENTES INMUNOLÓGICOS
ADALIMUMAB-ADAZ 10 MG/0.1 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE	2	PA,QL(0.2 cada 28 días)	AGENTES INMUNOLÓGICOS
ADALIMUMAB-ADAZ 20 MG/0.2 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE	2	PA,QL(0.4 cada 28 días)	AGENTES INMUNOLÓGICOS
ADALIMUMAB-ADAZ 40 MG/0.4 ML SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR	2	PA,QL(1.6 cada 28 días)	AGENTES INMUNOLÓGICOS
ADALIMUMAB-ADAZ 40 MG/0.4 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE	2	PA,QL(1.6 cada 28 días)	AGENTES INMUNOLÓGICOS
ADALIMUMAB-ADAZ 80 MG/0.8 ML SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR	2	PA,QL(3.2 cada 28 días)	AGENTES INMUNOLÓGICOS
ADALIMUMAB-ADBM 10 MG/0.2 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT	3	PA,QL(2 cada 28 días)	AGENTES INMUNOLÓGICOS
ADALIMUMAB-ADBM 20 MG/0.4 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT	3	PA,QL(2 cada 28 días)	AGENTES INMUNOLÓGICOS
ADALIMUMAB-ADBM 40 MG/0.4 ML SUBCUTANEOUS PEN KIT	3	PA,QL(4 cada 28 días)	AGENTES INMUNOLÓGICOS
ADALIMUMAB-ADBM 40 MG/0.4 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT	3	PA,QL(4 cada 28 días)	AGENTES INMUNOLÓGICOS
ADALIMUMAB-ADBM 40 MG/0.8 ML SUBCUTANEOUS PEN KIT	3	PA,QL(6 cada 28 días)	AGENTES INMUNOLÓGICOS
ADALIMUMAB-ADBM 40 MG/0.8 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT	3	PA,QL(4 cada 28 días)	AGENTES INMUNOLÓGICOS
ADALIMUMAB-FKJP 20 MG/0.4 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT	2	PA,QL(2 cada 28 días)	AGENTES INMUNOLÓGICOS
ADALIMUMAB-FKJP 40 MG/0.8 ML SUBCUTANEOUS PEN KIT	2	PA,QL(4 cada 28 días)	AGENTES INMUNOLÓGICOS
ADALIMUMAB-FKJP 40 MG/0.8 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT	2	PA,QL(4 cada 28 días)	AGENTES INMUNOLÓGICOS
ADALIMUMAB-RYVK 40 MG/0.4 ML SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR KIT	2	PA,QL(4 cada 28 días)	AGENTES INMUNOLÓGICOS

• MDO: Medicamento de uso únicamente médico • OTC – Medicamentos sin receta • PA – Autorización previa • QL – Límite de cantidad • ST – Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
ADALIMUMAB-RYVK 40 MG/0.4 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT	3	PA,QL(4 cada 28 días)	AGENTES INMUNOLÓGICOS
ADALIMUMAB-RYVK 80 MG/0.8 ML SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR KIT	2	PA,QL(3 cada 28 días)	AGENTES INMUNOLÓGICOS
ALYGLO 10 % INTRAVENOUS SOLUTION	3	PA	AGENTES INMUNOLÓGICOS
AMJEVITA(CF) 10 MG/0.2 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE	3	PA,QL(0.4 cada 28 días)	AGENTES INMUNOLÓGICOS
AMJEVITA(CF) 20 MG/0.2 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE	3	PA,QL(0.4 cada 28 días)	AGENTES INMUNOLÓGICOS
AMJEVITA(CF) 40 MG/0.4 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE	3	PA,QL(1.6 cada 28 días)	AGENTES INMUNOLÓGICOS
AMJEVITA(CF) AUTOINJECTOR 40 MG/0.4 ML SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR	3	PA,QL(1.6 cada 28 días)	AGENTES INMUNOLÓGICOS
AMJEVITA(CF) AUTOINJECTOR 80 MG/0.8 ML SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR	3	PA,QL(3.2 cada 28 días)	AGENTES INMUNOLÓGICOS
ANDEMBRY AUTOINJECTOR 200 MG/1.2 ML SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR	3	PA,QL(1.2 cada 30 días)	AGENTES INMUNOLÓGICOS
ARAVA 10 MG TABLET	1	PA,QL(30 cada 30 días)	AGENTES INMUNOLÓGICOS
ARAVA 20 MG TABLET	1	PA,QL(30 cada 30 días)	AGENTES INMUNOLÓGICOS
ARCALYST 220 MG SUBCUTANEOUS SOLUTION	3	PA,QL(4 cada 28 días)	AGENTES INMUNOLÓGICOS
AREXVY (PF) 120 MCG/0.5 ML IM SUSPENSION	1		AGENTES INMUNOLÓGICOS
ASCENIV 10 % INTRAVENOUS SOLUTION	3	PA	AGENTES INMUNOLÓGICOS
ASTAGRAF XL 0.5 MG CAPSULE,EXTENDED RELEASE	1		AGENTES INMUNOLÓGICOS
ASTAGRAF XL 1 MG CAPSULE,EXTENDED RELEASE	1		AGENTES INMUNOLÓGICOS
ASTAGRAF XL 5 MG CAPSULE,EXTENDED RELEASE	1		AGENTES INMUNOLÓGICOS
ATGAM 50 MG/ML INTRAVENOUS SOLUTION	1		AGENTES INMUNOLÓGICOS
auranofin 3 mg capsule	1		AGENTES INMUNOLÓGICOS
AVSOLA 100 MG INTRAVENOUS SOLUTION	3	PA,QL(8 cada 28 días)	AGENTES INMUNOLÓGICOS
AVTOZMA 162 MG/0.9 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE	3	PA,QL(3.6 cada 28 días)	AGENTES INMUNOLÓGICOS
AVTOZMA 200 MG/10 ML (20 MG/ML) INTRAVENOUS SOLUTION	3	PA	AGENTES INMUNOLÓGICOS
AVTOZMA 400 MG/20 ML (20 MG/ML) INTRAVENOUS SOLUTION	3	PA	AGENTES INMUNOLÓGICOS
AVTOZMA 80 MG/4 ML (20 MG/ML) INTRAVENOUS SOLUTION	3	PA	AGENTES INMUNOLÓGICOS
AVTOZMA AUTOINJECTOR 162 MG/0.9 ML SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR	3	PA,QL(3.6 cada 28 días)	AGENTES INMUNOLÓGICOS
azathioprine 100 mg solution for injection	1		AGENTES INMUNOLÓGICOS
azathioprine 100 mg tablet	1		AGENTES INMUNOLÓGICOS
azathioprine 50 mg tablet	1		AGENTES INMUNOLÓGICOS
azathioprine 75 mg tablet	1	QL(30 cada 30 días)	AGENTES INMUNOLÓGICOS
BENLYSTA 120 MG INTRAVENOUS SOLUTION	3	PA	AGENTES INMUNOLÓGICOS
BENLYSTA 200 MG/ML SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR	3	PA,QL(4 cada 28 días)	AGENTES INMUNOLÓGICOS
BENLYSTA 200 MG/ML SUBCUTANEOUS SYRINGE	3	PA,QL(4 cada 28 días)	AGENTES INMUNOLÓGICOS

• MDO: Medicamento de uso únicamente médico • OTC – Medicamentos sin receta • PA – Autorización previa • QL – Límite de cantidad • ST – Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
BENLYSTA 400 MG INTRAVENOUS SOLUTION	3	PA	AGENTES INMUNOLÓGICOS
BERINERT 500 UNIT (10 ML) INTRAVENOUS KIT	2	PA	AGENTES INMUNOLÓGICOS
BESREMI 500 MCG/ML SUBCUTANEOUS SYRINGE	3	PA,QL(2 cada 28 días)	AGENTES INMUNOLÓGICOS
BESREMI PEN 500 MCG/0.5 ML SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR	3	PA,QL(1 cada 28 días)	AGENTES INMUNOLÓGICOS
BEXSERO 50 MCG-50 MCG-50 MCG-25 MCG/0.5 ML INTRAMUSCULAR SYRINGE	1		AGENTES INMUNOLÓGICOS
BIMZELX 160 MG/ML SUBCUTANEOUS SYRINGE	3	PA,QL(2 cada 28 días)	AGENTES INMUNOLÓGICOS
BIMZELX 320 MG/2 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE	3	PA,QL(2 cada 28 días)	AGENTES INMUNOLÓGICOS
BIMZELX AUTOINJECTOR 160 MG/ML SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR	3	PA,QL(2 cada 28 días)	AGENTES INMUNOLÓGICOS
BIMZELX AUTOINJECTOR 320 MG/2 ML SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR	3	PA,QL(2 cada 28 días)	AGENTES INMUNOLÓGICOS
BIVIGAM 10 % INTRAVENOUS SOLUTION	3	PA	AGENTES INMUNOLÓGICOS
BKEMV 300 MG/30 ML INTRAVENOUS SOLUTION	3	PA	AGENTES INMUNOLÓGICOS
BOOSTRIX TDAP 2.5 LF UNIT-8 MCG-5 LF/0.5 ML INTRAMUSCULAR SYRINGE	1		AGENTES INMUNOLÓGICOS
CAPVAXIVE (PF) 0.5 ML INTRAMUSCULAR SYRINGE	1		AGENTES INMUNOLÓGICOS
CELLCEPT 200 MG/ML ORAL SUSPENSION	1	PA	AGENTES INMUNOLÓGICOS
CELLCEPT 250 MG CAPSULE	1	PA	AGENTES INMUNOLÓGICOS
CELLCEPT 500 MG TABLET	1	PA	AGENTES INMUNOLÓGICOS
CELLCEPT INTRAVENOUS 500 MG INTRAVENOUS SOLUTION	1		AGENTES INMUNOLÓGICOS
CIBINQO 100 MG TABLET	3	PA,QL(30 cada 30 días)	AGENTES INMUNOLÓGICOS
CIBINQO 200 MG TABLET	3	PA,QL(30 cada 30 días)	AGENTES INMUNOLÓGICOS
CIBINQO 50 MG TABLET	3	PA,QL(30 cada 30 días)	AGENTES INMUNOLÓGICOS
CIMZIA 200 MG/ML SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT	3	PA,QL(2 cada 28 días)	AGENTES INMUNOLÓGICOS
CIMZIA 400 MG/2 ML (200 MG/ML X 2) SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT	3	PA,QL(3 cada 42 días)	AGENTES INMUNOLÓGICOS
CIMZIA POWDER FOR RECON 400 MG (200 MG X 2 VIALS) SUBCUTANEOUS KIT	3	PA,QL(1 cada 28 días)	AGENTES INMUNOLÓGICOS
CIMZIA STARTER KIT 400 MG/2 ML (200 MG/ML X2) SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT	3	PA,QL(3 cada 42 días)	AGENTES INMUNOLÓGICOS
CINRYZE 500 UNIT (5 ML) INTRAVENOUS SOLUTION	2	PA,QL(16 cada 28 días)	AGENTES INMUNOLÓGICOS
COMIRNATY 2026-2027(5-11Y)(PF) 10 MCG/0.3 ML INTRAMUSCULAR SUSPENSION	1		AGENTES INMUNOLÓGICOS
COMIRNATY 2026-27 (12Y UP)(PF) 30 MCG/0.3 ML INTRAMUSCULAR SYRINGE	1		AGENTES INMUNOLÓGICOS
COSENTYX 150 MG/ML SUBCUTANEOUS SYRINGE	3	PA,QL(10 cada 28 días)	AGENTES INMUNOLÓGICOS
COSENTYX 25 MG/ML INTRAVENOUS SOLUTION	3	PA	AGENTES INMUNOLÓGICOS
COSENTYX 300 MG/2 SYRINGES (150 MG/ML) SUBCUTANEOUS SYRINGE	3	PA,QL(10 cada 28 días)	AGENTES INMUNOLÓGICOS
COSENTYX 75 MG/0.5 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE	3	PA,QL(1 cada 28 días)	AGENTES INMUNOLÓGICOS

• MDO: Medicamento de uso únicamente médico • OTC – Medicamentos sin receta • PA – Autorización previa • QL – Límite de cantidad • ST – Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
COSENTYX PEN 150 MG/ML SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR	3	PA,QL(10 cada 28 días)	AGENTES INMUNOLÓGICOS
COSENTYX PEN 300 MG/2 PENS (150 MG/ML) SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR	3	PA,QL(10 cada 28 días)	AGENTES INMUNOLÓGICOS
COSENTYX UNOREADY PEN 300 MG/2 ML SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR	3	PA,QL(2 cada 28 días)	AGENTES INMUNOLÓGICOS
CUTAQUIG 16.5 % SUBCUTANEOUS SOLUTION	1		AGENTES INMUNOLÓGICOS
CUVITRU 1 GRAM/5 ML (20 %) SUBCUTANEOUS SOLUTION	3	PA	AGENTES INMUNOLÓGICOS
CUVITRU 10 GRAM/50 ML (20 %) SUBCUTANEOUS SOLUTION	3	PA	AGENTES INMUNOLÓGICOS
CUVITRU 2 GRAM/10 ML (20 %) SUBCUTANEOUS SOLUTION	3	PA	AGENTES INMUNOLÓGICOS
CUVITRU 4 GRAM/20 ML (20 %) SUBCUTANEOUS SOLUTION	3	PA	AGENTES INMUNOLÓGICOS
CUVITRU 8 GRAM/40 ML (20 %) SUBCUTANEOUS SOLUTION	3	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
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	3	PA,QL(2 cada 28 días)	AGENTES INMUNOLÓGICOS
CYLTEZO(CF) 20 MG/0.4 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT	3	PA,QL(2 cada 28 días)	AGENTES INMUNOLÓGICOS
CYLTEZO(CF) 40 MG/0.4 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT	3	PA,QL(4 cada 28 días)	AGENTES INMUNOLÓGICOS
CYLTEZO(CF) 40 MG/0.8 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT	3	PA,QL(4 cada 28 días)	AGENTES INMUNOLÓGICOS
CYLTEZO(CF) PEN 40 MG/0.4 ML SUBCUTANEOUS KIT	3	PA,QL(4 cada 28 días)	AGENTES INMUNOLÓGICOS
CYLTEZO(CF) PEN 40 MG/0.8 ML SUBCUTANEOUS KIT	3	PA,QL(6 cada 28 días)	AGENTES INMUNOLÓGICOS
CYTOGAM 50 MG/ML INTRAVENOUS SOLUTION	1		AGENTES INMUNOLÓGICOS
DAPTACEL (DTAP PEDIATRIC) (PF) 15 LF UNIT-10 MCG-5 LF/0.5 ML IM SUSP	2		AGENTES INMUNOLÓGICOS
DAWNZERA 80 MG/0.8 ML SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR	3	PA,QL(0.8 cada 28 días)	AGENTES INMUNOLÓGICOS
DUPIXENT 200 MG/1.14 ML SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR	3	PA,QL(2.28 cada 28 días)	AGENTES INMUNOLÓGICOS
DUPIXENT 200 MG/1.14 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE	3	PA,QL(2.28 cada 28 días)	AGENTES INMUNOLÓGICOS
DUPIXENT 300 MG/2 ML SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR	3	PA,QL(4 cada 28 días)	AGENTES INMUNOLÓGICOS
DUPIXENT 300 MG/2 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE	3	PA,QL(4 cada 28 días)	AGENTES INMUNOLÓGICOS
EKTERLY 300 MG TABLET	3	PA	AGENTES INMUNOLÓGICOS
ENBREL 25 MG/0.5 ML (0.5 ML) SUBCUTANEOUS SYRINGE	2	PA,QL(4 cada 28 días)	AGENTES INMUNOLÓGICOS
ENBREL 25 MG/0.5 ML SUBCUTANEOUS SOLUTION	2	PA,QL(4 cada 28 días)	AGENTES INMUNOLÓGICOS

• MDO: Medicamento de uso únicamente médico • OTC – Medicamentos sin receta • PA – Autorización previa • QL – Límite de cantidad • ST – Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
ENBREL 50 MG/ML (1 ML) SUBCUTANEOUS SYRINGE	2	PA,QL(8 cada 28 días)	AGENTES INMUNOLÓGICOS
ENBREL MINI 50 MG/ML (1 ML) SUBCUTANEOUS CARTRIDGE	2	PA,QL(8 cada 28 días)	AGENTES INMUNOLÓGICOS
ENBREL SURECLICK 50 MG/ML (1 ML) SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR	2	PA,QL(8 cada 28 días)	AGENTES INMUNOLÓGICOS
ENGERIX-B (PF) 20 MCG/ML INTRAMUSCULAR SUSPENSION	1		AGENTES INMUNOLÓGICOS
ENGERIX-B (PF) 20 MCG/ML INTRAMUSCULAR SYRINGE	1		AGENTES INMUNOLÓGICOS
ENGERIX-B PEDIATRIC (PF) 10 MCG/0.5 ML INTRAMUSCULAR SYRINGE	1		AGENTES INMUNOLÓGICOS
ENJAYMO 50 MG/ML INTRAVENOUS SOLUTION	3	PA,QL(308 cada 28 días)	AGENTES INMUNOLÓGICOS
ENTYVIO 300 MG INTRAVENOUS SOLUTION	3	PA,QL(1 cada 14 días)	AGENTES INMUNOLÓGICOS
ENTYVIO PEN 108 MG/0.68 ML SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR	3	PA,QL(1.36 cada 28 días)	AGENTES INMUNOLÓGICOS
ENVARSUS XR 0.75 MG TABLET,EXTENDED RELEASE	1		AGENTES INMUNOLÓGICOS
ENVARSUS XR 1 MG TABLET,EXTENDED RELEASE	1		AGENTES INMUNOLÓGICOS
ENVARSUS XR 4 MG TABLET,EXTENDED RELEASE	1		AGENTES INMUNOLÓGICOS
EPYSQLI 300 MG/30 ML INTRAVENOUS SOLUTION	3	PA	AGENTES INMUNOLÓGICOS
everolimus (immunosuppressive) 0.25 mg tablet	1	QL(60 cada 30 días)	AGENTES INMUNOLÓGICOS
everolimus (immunosuppressive) 0.5 mg tablet	1	QL(60 cada 30 días)	AGENTES INMUNOLÓGICOS
everolimus (immunosuppressive) 0.75 mg tablet	1	QL(60 cada 30 días)	AGENTES INMUNOLÓGICOS
everolimus (immunosuppressive) 1 mg tablet	1	QL(60 cada 30 días)	AGENTES INMUNOLÓGICOS
FABHALTA 200 MG CAPSULE	3	PA,QL(60 cada 30 días)	AGENTES INMUNOLÓGICOS
FIRAZYR 30 MG/3 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE	1	PA	AGENTES INMUNOLÓGICOS
FLUAD 2026-27 65YR UP(PF)45 MCG(15 MCGX3)/0.5 ML INTRAMUSCULAR SYRINGE	1		AGENTES INMUNOLÓGICOS
FLUARIX 2026-2027 (PF) 45 MCG (15 MCG X 3)/0.5 ML IM SYRINGE	1		AGENTES INMUNOLÓGICOS
FLUBLOK 2026-2027 (PF) 135 MCG (45 MCG X 3)/0.5 ML IM SYRINGE	1		AGENTES INMUNOLÓGICOS
FLUCELVAX 2026-2027 (PF) 45 MCG (15 MCG X 3)/0.5 ML IM SYRINGE	1		AGENTES INMUNOLÓGICOS
FLULAVAL 2026-2027 (PF) 45 MCG (15 MCG X 3)/0.5 ML IM SYRINGE	1		AGENTES INMUNOLÓGICOS
FLUMIST 2026-2027 10EXP6.5-7.5 FF UNIT/0.2 ML NASAL SPRAY SYRINGE	1		AGENTES INMUNOLÓGICOS
FLUZONE 2026-2027 (PF) 45 MCG (15 MCG X 3)/0.5 ML IM SYRINGE	1		AGENTES INMUNOLÓGICOS
FLUZONE HIGH-DOSE 2026-2027 (PF) 180 MCG/0.5 ML INTRAMUSCULAR SYRINGE	1		AGENTES INMUNOLÓGICOS
GAMASTAN 15 %-18 % RANGE INTRAMUSCULAR SOLUTION	1		AGENTES INMUNOLÓGICOS
GAMIFANT 5 MG/ML INTRAVENOUS SOLUTION	3	PA	AGENTES INMUNOLÓGICOS
GAMMAGARD LIQUID 10 % INJECTION SOLUTION	1		AGENTES INMUNOLÓGICOS

• MDO: Medicamento de uso únicamente médico • OTC – Medicamentos sin receta • PA – Autorización previa • QL – Límite de cantidad • ST – Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
GAMMAGARD LIQUID ERC 10 % INJECTION SOLUTION	1		AGENTES INMUNOLÓGICOS
GAMMAGARD S-D (IGA < 1 MCG/ML) 10 GRAM INTRAVENOUS SOLUTION	1		AGENTES INMUNOLÓGICOS
GAMMAGARD S-D (IGA < 1 MCG/ML) 5 GRAM INTRAVENOUS SOLUTION	3		AGENTES INMUNOLÓGICOS
GAMMAKED 1 GRAM/10 ML (10 %) INJECTION SOLUTION	3		AGENTES INMUNOLÓGICOS
GAMMAKED 10 GRAM/100 ML (10 %) INJECTION SOLUTION	3		AGENTES INMUNOLÓGICOS
GAMMAKED 20 GRAM/200 ML (10 %) INJECTION SOLUTION	3		AGENTES INMUNOLÓGICOS
GAMMAKED 5 GRAM/50 ML (10 %) INJECTION SOLUTION	3		AGENTES INMUNOLÓGICOS
GAMMAPLEX (WITH SORBITOL) 5 % INTRAVENOUS SOLUTION	3	PA	AGENTES INMUNOLÓGICOS
GAMMAPLEX 10 % INTRAVENOUS SOLUTION	3	PA	AGENTES INMUNOLÓGICOS
GAMUNEX-C 1 GRAM/10 ML (10 %) INJECTION SOLUTION	1		AGENTES INMUNOLÓGICOS
GAMUNEX-C 10 GRAM/100 ML (10 %) INJECTION SOLUTION	1		AGENTES INMUNOLÓGICOS
GAMUNEX-C 2.5 GRAM/25 ML (10 %) INJECTION SOLUTION	1		AGENTES INMUNOLÓGICOS
GAMUNEX-C 20 GRAM/200 ML (10 %) INJECTION SOLUTION	1		AGENTES INMUNOLÓGICOS
GAMUNEX-C 40 GRAM/400 ML (10 %) INJECTION SOLUTION	1		AGENTES INMUNOLÓGICOS
GAMUNEX-C 5 GRAM/50 ML (10 %) INJECTION SOLUTION	1		AGENTES INMUNOLÓGICOS
GARDASIL 9 (PF) 0.5 ML INTRAMUSCULAR SUSPENSION	1		AGENTES INMUNOLÓGICOS
GARDASIL 9 (PF) 0.5 ML INTRAMUSCULAR SYRINGE	1		AGENTES INMUNOLÓGICOS
gengraf 100 mg capsule	1		AGENTES INMUNOLÓGICOS
gengraf 25 mg capsule	1		AGENTES INMUNOLÓGICOS
HADLIMA 40 MG/0.8 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE	2	PA,QL(3,2 cada 28 dÍas)	AGENTES INMUNOLÓGICOS
HADLIMA PUSHTOUCH 40 MG/0.8 ML SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR	2	PA,QL(3,2 cada 28 dÍas)	AGENTES INMUNOLÓGICOS
HADLIMA(CF) 40 MG/0.4 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE	2	PA,QL(1,6 cada 28 dÍas)	AGENTES INMUNOLÓGICOS
HADLIMA(CF) PUSHTOUCH 40 MG/0.4 ML SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR	2	PA,QL(1,6 cada 28 dÍas)	AGENTES INMUNOLÓGICOS
HAEGARDA 2,000 UNIT SUBCUTANEOUS SOLUTION	2	PA	AGENTES INMUNOLÓGICOS
HAEGARDA 3,000 UNIT SUBCUTANEOUS SOLUTION	2	PA	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
HEPAGAM B >312 UNIT/ML INJECTION SOLUTION	1		AGENTES INMUNOLÓGICOS
HEPAGAM B GREATER THAN 312 UNIT/ML 5 ML INJECTION SOLUTION	1		AGENTES INMUNOLÓGICOS

• MDO: Medicamento de uso únicamente médico • OTC – Medicamentos sin receta • PA – Autorización previa • QL – Límite de cantidad • ST – Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
HEPLISAV-B (PF) 20 MCG/0.5 ML INTRAMUSCULAR SYRINGE	1		AGENTES INMUNOLÓGICOS
HIBERIX (PF) 10 MCG/0.5 ML INTRAMUSCULAR SOLUTION	1		AGENTES INMUNOLÓGICOS
HIZENTRA 1 GRAM/5 ML (20 %) SUBCUTANEOUS SOLUTION	3	PA	AGENTES INMUNOLÓGICOS
HIZENTRA 1 GRAM/5 ML (20 %) SUBCUTANEOUS SYRINGE	3	PA	AGENTES INMUNOLÓGICOS
HIZENTRA 10 GRAM/50 ML (20 %) SUBCUTANEOUS SOLUTION	3	PA	AGENTES INMUNOLÓGICOS
HIZENTRA 10 GRAM/50 ML (20 %) SUBCUTANEOUS SYRINGE	3	PA	AGENTES INMUNOLÓGICOS
HIZENTRA 2 GRAM/10 ML (20 %) SUBCUTANEOUS SOLUTION	3	PA	AGENTES INMUNOLÓGICOS
HIZENTRA 2 GRAM/10 ML (20 %) SUBCUTANEOUS SYRINGE	3	PA	AGENTES INMUNOLÓGICOS
HIZENTRA 4 GRAM/20 ML (20 %) SUBCUTANEOUS SOLUTION	3	PA	AGENTES INMUNOLÓGICOS
HIZENTRA 4 GRAM/20 ML (20 %) SUBCUTANEOUS SYRINGE	3	PA	AGENTES INMUNOLÓGICOS
HULIO(CF) 20 MG/0.4 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT	3	PA,QL(2 cada 28 días)	AGENTES INMUNOLÓGICOS
HULIO(CF) 40 MG/0.8 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT	3	PA,QL(4 cada 28 días)	AGENTES INMUNOLÓGICOS
HULIO(CF) PEN 40 MG/0.8 ML SUBCUTANEOUS KIT	3	PA,QL(4 cada 28 días)	AGENTES INMUNOLÓGICOS
HUMIRA 40 MG/0.8 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT	2	PA,QL(4 cada 28 días)	AGENTES INMUNOLÓGICOS
HUMIRA PEN 40 MG/0.8 ML SUBCUTANEOUS KIT	2	PA,QL(6 cada 28 días)	AGENTES INMUNOLÓGICOS
HUMIRA(CF) 10 MG/0.1 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT	2	PA,QL(2 cada 28 días)	AGENTES INMUNOLÓGICOS
HUMIRA(CF) 20 MG/0.2 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT	2	PA,QL(2 cada 28 días)	AGENTES INMUNOLÓGICOS
HUMIRA(CF) 40 MG/0.4 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT	2	PA,QL(4 cada 28 días)	AGENTES INMUNOLÓGICOS
HUMIRA(CF) PEN 40 MG/0.4 ML SUBCUTANEOUS KIT	2	PA,QL(4 cada 28 días)	AGENTES INMUNOLÓGICOS
HUMIRA(CF) PEN 80 MG/0.8 ML SUBCUTANEOUS KIT	2	PA,QL(3 cada 28 días)	AGENTES INMUNOLÓGICOS
HUMIRA(CF) PEN CROHN'S-ULC COLITIS-HID SUP STRT 80 MG/0.8 ML SUBCUT KT	2	PA,QL(3 cada 28 días)	AGENTES INMUNOLÓGICOS
HUMIRA(CF) PEN PS-UV-ADOL HS 80 MG/0.8 ML(1)-40 MG/0.4 ML(2)SUBCUT KIT	2	PA,QL(3 cada 28 días)	AGENTES INMUNOLÓGICOS
HYPERHEP B 220 UNIT/ML (5 ML) INTRAMUSCULAR SOLUTION	1		AGENTES INMUNOLÓGICOS
HYPERHEP B 220 UNIT/ML INTRAMUSCULAR SOLUTION	1		AGENTES INMUNOLÓGICOS
HYPERHEP B NEONATAL 110 UNIT/0.5 ML INTRAMUSCULAR SYRINGE	1		AGENTES INMUNOLÓGICOS
HYPERRAB (PF) 300 UNIT/ML INTRAMUSCULAR SOLUTION	1		AGENTES INMUNOLÓGICOS
HYPERRHO 1,500 UNIT (300 MCG) INTRAMUSCULAR SYRINGE	1		AGENTES INMUNOLÓGICOS

• MDO: Medicamento de uso únicamente médico • OTC – Medicamentos sin receta • PA – Autorización previa • QL – Límite de cantidad • ST – Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
HYPERRHO 250 UNIT (50 MCG) INTRAMUSCULAR SYRINGE	1		AGENTES INMUNOLÓGICOS
HYPERTET (PF) 250 UNIT/ML INTRAMUSCULAR SYRINGE	1		AGENTES INMUNOLÓGICOS
HYQVIA 10 GRAM/100 ML (10 %) SUBCUTANEOUS SOLUTION	1		AGENTES INMUNOLÓGICOS
HYQVIA 2.5 GRAM/25 ML (10 %) SUBCUTANEOUS SOLUTION	1		AGENTES INMUNOLÓGICOS
HYQVIA 20 GRAM/200 ML (10 %) SUBCUTANEOUS SOLUTION	1		AGENTES INMUNOLÓGICOS
HYQVIA 30 GRAM/300 ML (10 %) SUBCUTANEOUS SOLUTION	1		AGENTES INMUNOLÓGICOS
HYQVIA 5 GRAM/50 ML (10 %) SUBCUTANEOUS SOLUTION	1		AGENTES INMUNOLÓGICOS
HYRIMOZ(CF) 10 MG/0.1 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE	3	PA,QL(0.2 cada 28 días)	AGENTES INMUNOLÓGICOS
HYRIMOZ(CF) 20 MG/0.2 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE	3	PA,QL(0.4 cada 28 días)	AGENTES INMUNOLÓGICOS
HYRIMOZ(CF) 40 MG/0.4 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE	3	PA,QL(1.6 cada 28 días)	AGENTES INMUNOLÓGICOS
HYRIMOZ(CF) PEDIATRIC CROHN'S STARTR 80 MG/0.8 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE	3	PA,QL(3.2 cada 28 días)	AGENTES INMUNOLÓGICOS
HYRIMOZ(CF) PEN 40 MG/0.4 ML SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR	3	PA,QL(1.6 cada 28 días)	AGENTES INMUNOLÓGICOS
HYRIMOZ(CF) PEN CROHN-ULC COLITIS START 80MG/0.8ML SUBCUT PEN INJECTOR	3	PA,QL(3.2 cada 28 días)	AGENTES INMUNOLÓGICOS
HYRIMOZ(CF) PEN PSORIASIS START 80MG/0.8ML(1)-40MG/0.4ML(2) SUBCUT PEN	3	PA,QL(1.6 cada 28 días)	AGENTES INMUNOLÓGICOS
icatibant 30 mg/3 ml subcutaneous syringe	3	PA	AGENTES INMUNOLÓGICOS
ILARIS (PF) 150 MG/ML SUBCUTANEOUS SOLUTION	3	PA,QL(2 cada 28 días)	AGENTES INMUNOLÓGICOS
ILUMYA 100 MG/ML SUBCUTANEOUS SYRINGE	3	PA,QL(1 cada 84 días)	AGENTES INMUNOLÓGICOS
IMAAVY 185 MG/ML INTRAVENOUS SOLUTION	3	PA,QL(65 cada 28 días)	AGENTES INMUNOLÓGICOS
IMAAVY 185 MG/ML INTRAVENOUS SOLUTION	3	PA,QL(64.8 cada 28 días)	AGENTES INMUNOLÓGICOS
IMOVAX RABIES VACCINE (PF) 2.5 UNIT INTRAMUSCULAR SOLUTION	1		AGENTES INMUNOLÓGICOS
IMULDOSA 130 MG/26 ML INTRAVENOUS SOLUTION	2	PA,QL(104 cada 365 días)	AGENTES INMUNOLÓGICOS
IMULDOSA 45 MG/0.5 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE	2	PA,QL(0.5 cada 84 días)	AGENTES INMUNOLÓGICOS
IMULDOSA 90 MG/ML SUBCUTANEOUS SYRINGE	2	PA,QL(1 cada 56 días)	AGENTES INMUNOLÓGICOS
IMURAN 50 MG TABLET	1	PA	AGENTES INMUNOLÓGICOS
INFANRIX (DTAP)(PF) 25 LF UNIT-58MCG-10 LF/0.5ML INTRAMUSCULAR SYRINGE[MDO]	*		AGENTES INMUNOLÓGICOS
INFLECTRA 100 MG INTRAVENOUS SOLUTION	2	PA,QL(8 cada 28 días)	AGENTES INMUNOLÓGICOS
INFLIXIMAB 100 MG INTRAVENOUS SOLUTION	2	PA,QL(16 cada 56 días)	AGENTES INMUNOLÓGICOS
IPOL 40 UNIT-8 UNIT-32 UNIT/0.5 ML SUSPENSION FOR INJECTION	2		AGENTES INMUNOLÓGICOS

• MDO: Medicamento de uso únicamente médico • OTC – Medicamentos sin receta • PA – Autorización previa • QL – Límite de cantidad • ST – Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
JYLAMVO 2 MG/ML ORAL SOLUTION	3	PA	AGENTES INMUNOLÓGICOS
JYNNEOS (PF) 0.5X TO 3.95X 10EXP8 UNIT/0.5 ML SUBCUTANEOUS SUSPENSION	1		AGENTES INMUNOLÓGICOS
KALBITOR 10 MG/ML (1 ML) SUBCUTANEOUS SOLUTION	3	PA	AGENTES INMUNOLÓGICOS
KEDRAB (PF) 150 UNIT/ML INTRAMUSCULAR SOLUTION	1		AGENTES INMUNOLÓGICOS
KEVZARA 150 MG/1.14 ML SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR	3	PA,QL(2.28 cada 28 días)	AGENTES INMUNOLÓGICOS
KEVZARA 150 MG/1.14 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE	3	PA,QL(2.28 cada 28 días)	AGENTES INMUNOLÓGICOS
KEVZARA 200 MG/1.14 ML SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR	3	PA,QL(2.28 cada 28 días)	AGENTES INMUNOLÓGICOS
KEVZARA 200 MG/1.14 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE	3	PA,QL(2.28 cada 28 días)	AGENTES INMUNOLÓGICOS
KINERET 100 MG/0.67 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE	2	PA,QL(18.76 cada 28 días)	AGENTES INMUNOLÓGICOS
KINRIX (PF) 25 LF-58 MCG-10 LF/0.5 ML INTRAMUSCULAR SYRINGE	2		AGENTES INMUNOLÓGICOS
leflunomide 10 mg tablet	1	QL(30 cada 30 días)	AGENTES INMUNOLÓGICOS
leflunomide 20 mg tablet	1	QL(30 cada 30 días)	AGENTES INMUNOLÓGICOS
LEQSELVI 8 MG TABLET	3	PA,QL(60 cada 30 días)	AGENTES INMUNOLÓGICOS
LISRAYA 30 MG TABLET	3	PA,QL(30 cada 30 días)	AGENTES INMUNOLÓGICOS
LITFULO 50 MG CAPSULE	3	PA,QL(28 cada 28 días)	AGENTES INMUNOLÓGICOS
LUPKYNIS 7.9 MG CAPSULE	3	PA,QL(180 cada 30 días)	AGENTES INMUNOLÓGICOS
M-M-R II (PF) 1,000-12,500 TCID50/0.5 ML SUBCUTANEOUS SOLUTION	1		AGENTES INMUNOLÓGICOS
MENQUADFI (PF) 10 MCG/0.5 ML INTRAMUSCULAR SOLUTION	1		AGENTES INMUNOLÓGICOS
MENVEO A-C-Y-W-135-DIP (PF) 10 MCG-5 MCG/0.5 ML IM KIT (2 VIALS)	1		AGENTES INMUNOLÓGICOS
MENVEO A-C-Y-W-135-DIP (PF) 10 MCG-5 MCG/0.5 ML IM SOLUTION (1 VIAL)	1		AGENTES INMUNOLÓGICOS
MENVEO MENA COMPONENT (PF) 10 MCG/0.5 ML (FINAL) IM SOLUTION	2		AGENTES INMUNOLÓGICOS
methotrexate sodium (pf) 1 gram solution for injection	1		AGENTES INMUNOLÓGICOS
methotrexate sodium (pf) 25 mg/ml injection solution	1		AGENTES INMUNOLÓGICOS
methotrexate sodium 2.5 mg tablet	1		AGENTES INMUNOLÓGICOS
methotrexate sodium 25 mg/ml injection solution	1		AGENTES INMUNOLÓGICOS
MNEXSPIKE 2026-2027 (PF) 10 MCG/0.2 ML INTRAMUSCULAR SYRINGE	1		AGENTES INMUNOLÓGICOS
MONJUVI 200 MG INTRAVENOUS SOLUTION[MDO]	*		AGENTES INMUNOLÓGICOS
MRESVIA (PF) 50 MCG/0.5 ML INTRAMUSCULAR SYRINGE	1		AGENTES INMUNOLÓGICOS
mycophenolate 500 mg intravenous solution	1		AGENTES INMUNOLÓGICOS

• MDO: Medicamento de uso únicamente médico • OTC – Medicamentos sin receta • PA – Autorización previa • QL – Límite de cantidad • ST – Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
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
MYFORTIC 180 MG TABLET,DELAYED RELEASE	1	PA	AGENTES INMUNOLÓGICOS
MYFORTIC 360 MG TABLET,DELAYED RELEASE	1	PA	AGENTES INMUNOLÓGICOS
MYHIBBIN 200 MG/ML ORAL SUSPENSION	3	PA,QL(525 cada 35 días)	AGENTES INMUNOLÓGICOS
NABI-HB GREATER THAN 1,560 UNIT/5 ML INTRAMUSCULAR SOLUTION	1		AGENTES INMUNOLÓGICOS
NABI-HB GREATER THAN 312 UNIT/ML INTRAMUSCULAR SOLUTION	1		AGENTES INMUNOLÓGICOS
NEMLUVIO 30 MG SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR	3	PA,QL(2 cada 28 días)	AGENTES INMUNOLÓGICOS
NEORAL 100 MG CAPSULE	1		AGENTES INMUNOLÓGICOS
NEORAL 100 MG/ML ORAL SOLUTION	1		AGENTES INMUNOLÓGICOS
NEORAL 25 MG CAPSULE	1		AGENTES INMUNOLÓGICOS
NIKTIMVO 10 MG/ML INTRAVENOUS SOLUTION	3	PA	AGENTES INMUNOLÓGICOS
NIKTIMVO 50 MG/ML INTRAVENOUS SOLUTION	3	PA	AGENTES INMUNOLÓGICOS
NULOJIX 250 MG INTRAVENOUS SOLUTION	1		AGENTES INMUNOLÓGICOS
NUVAXOVID 2026-2027 (PF) 5 MCG/0.5 ML INTRAMUSCULAR SYRINGE	1		AGENTES INMUNOLÓGICOS
OCTAGAM 10 % INTRAVENOUS SOLUTION	3	PA	AGENTES INMUNOLÓGICOS
OCTAGAM 5 % INTRAVENOUS SOLUTION	3	PA	AGENTES INMUNOLÓGICOS
OLUMIANT 1 MG TABLET	3	PA,QL(30 cada 30 días)	AGENTES INMUNOLÓGICOS
OLUMIANT 2 MG TABLET	3	PA,QL(30 cada 30 días)	AGENTES INMUNOLÓGICOS
OMLYCLO 150 MG/ML SUBCUTANEOUS SYRINGE	3	PA,QL(2 cada 28 días)	AGENTES INMUNOLÓGICOS
OMLYCLO 300 MG/2 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE	3	PA,QL(8 cada 28 días)	AGENTES INMUNOLÓGICOS
OMLYCLO 75 MG/0.5 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE	3	PA,QL(1 cada 28 días)	AGENTES INMUNOLÓGICOS
OMVOH 200 MG/2 ML (100 MG/ML X 2) SUBCUTANEOUS SYRINGE	3	PA,QL(2 cada 28 días)	AGENTES INMUNOLÓGICOS
OMVOH 200 MG/2 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE	3	PA,QL(2 cada 28 días)	AGENTES INMUNOLÓGICOS
OMVOH 300 MG/15 ML (20 MG/ML) INTRAVENOUS SOLUTION	3	PA,QL(15 cada 28 días)	AGENTES INMUNOLÓGICOS
OMVOH 300MG/3ML(100MG/ML-200MG/2ML) SUBCUTANEOUS SYRINGE	3	PA,QL(3 cada 28 días)	AGENTES INMUNOLÓGICOS
OMVOH PEN 200 MG/2 ML (100 MG/ML X 2) SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR	3	PA,QL(2 cada 28 días)	AGENTES INMUNOLÓGICOS
OMVOH PEN 200 MG/2 ML SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR	3	PA,QL(2 cada 28 días)	AGENTES INMUNOLÓGICOS
OMVOH PEN 300MG/3ML(100MG/ML-200MG/2ML) SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR	3	PA,QL(3 cada 28 días)	AGENTES INMUNOLÓGICOS

• MDO: Medicamento de uso únicamente médico • OTC – Medicamentos sin receta • PA – Autorización previa • QL – Límite de cantidad • ST – Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
ORENCIA (WITH MALTOSE) 250 MG INTRAVENOUS SOLUTION	3	PA	AGENTES INMUNOLÓGICOS
ORENCIA 125 MG/ML SUBCUTANEOUS SYRINGE	3	PA,QL(4 cada 28 días)	AGENTES INMUNOLÓGICOS
ORENCIA 50 MG/0.4 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE	3	PA,QL(1.6 cada 28 días)	AGENTES INMUNOLÓGICOS
ORENCIA 87.5 MG/0.7 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE	3	PA,QL(2.8 cada 28 días)	AGENTES INMUNOLÓGICOS
ORENCIA CLICKJECT 125 MG/ML SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR	3	PA,QL(4 cada 28 días)	AGENTES INMUNOLÓGICOS
ORLADEYO 108 MG ORAL PELLETS IN PACKET	3	PA,QL(28 cada 28 días)	AGENTES INMUNOLÓGICOS
ORLADEYO 110 MG CAPSULE	1	PA,QL(28 cada 28 días)	AGENTES INMUNOLÓGICOS
ORLADEYO 132 MG ORAL PELLETS IN PACKET	3	PA,QL(28 cada 28 días)	AGENTES INMUNOLÓGICOS
ORLADEYO 150 MG CAPSULE	1	PA,QL(28 cada 28 días)	AGENTES INMUNOLÓGICOS
ORLADEYO 150 MG ORAL PELLETS IN PACKET	3	PA,QL(28 cada 28 días)	AGENTES INMUNOLÓGICOS
ORLADEYO 72 MG ORAL PELLETS IN PACKET	3	PA,QL(28 cada 28 días)	AGENTES INMUNOLÓGICOS
ORLADEYO 96 MG ORAL PELLETS IN PACKET	3	PA,QL(28 cada 28 días)	AGENTES INMUNOLÓGICOS
OTREXUP (PF) 25 MG/0.4 ML SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR	2	PA,QL(1.6 cada 28 días)	AGENTES INMUNOLÓGICOS
OTULFI 130 MG/26 ML INTRAVENOUS SOLUTION	3	PA,QL(104 cada 365 días)	AGENTES INMUNOLÓGICOS
OTULFI 45 MG/0.5 ML SUBCUTANEOUS SOLUTION	3	PA,QL(0.5 cada 84 días)	AGENTES INMUNOLÓGICOS
OTULFI 45 MG/0.5 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE	3	PA,QL(0.5 cada 84 días)	AGENTES INMUNOLÓGICOS
OTULFI 90 MG/ML SUBCUTANEOUS SYRINGE	3	PA,QL(1 cada 56 días)	AGENTES INMUNOLÓGICOS
PANZYGA 10 % INTRAVENOUS SOLUTION	3	PA	AGENTES INMUNOLÓGICOS
PEDIARIX (PF) 10 MCG-25 LF-25 MCG-10 LF/0.5 ML INTRAMUSCULAR SYRINGE	2		AGENTES INMUNOLÓGICOS
PEDVAX HIB (PF) 7.5 MCG/0.5 ML INTRAMUSCULAR SOLUTION	2		AGENTES INMUNOLÓGICOS
PEGASYS 180 MCG/0.5 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE	1	QL(4 cada 28 días)	AGENTES INMUNOLÓGICOS
PEGASYS 180 MCG/ML SUBCUTANEOUS SOLUTION	1	QL(4 cada 28 días)	AGENTES INMUNOLÓGICOS
PENBRAYA (PF) 5 MCG-120 MCG/0.5 ML INTRAMUSCULAR KIT	1		AGENTES INMUNOLÓGICOS
PIASKY 340 MG/2 ML (170 MG/ML) INJECTION SOLUTION[MDO]	*		AGENTES INMUNOLÓGICOS
PNEUMOVAX-23 25 MCG/0.5 ML INJECTION SYRINGE	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
PRIVIGEN 10 % INTRAVENOUS SOLUTION	1		AGENTES INMUNOLÓGICOS
PROGRAF 0.2 MG ORAL GRANULES IN PACKET	1		AGENTES INMUNOLÓGICOS

• MDO: Medicamento de uso únicamente médico • OTC – Medicamentos sin receta • PA – Autorización previa • QL – Límite de cantidad • ST – Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
PROGRAF 0.5 MG CAPSULE	1		AGENTES INMUNOLÓGICOS
PROGRAF 1 MG CAPSULE	1		AGENTES INMUNOLÓGICOS
PROGRAF 1 MG ORAL GRANULES IN PACKET	1		AGENTES INMUNOLÓGICOS
PROGRAF 5 MG CAPSULE	1		AGENTES INMUNOLÓGICOS
PROGRAF 5 MG/ML INTRAVENOUS SOLUTION	1		AGENTES INMUNOLÓGICOS
PROQUAD (PF) 10EXP3-4.3-3-3.99TCID50/0.5ML SUBCUTANEOUS SUSPENSION	2		AGENTES INMUNOLÓGICOS
PYZCHIVA 130 MG/26 ML INTRAVENOUS SOLUTION	2	PA,QL(104 cada 365 dÍas)	AGENTES INMUNOLÓGICOS
PYZCHIVA 45 MG/0.5 ML SUBCUTANEOUS SOLUTION	2	PA,QL(0.5 cada 84 dÍas)	AGENTES INMUNOLÓGICOS
PYZCHIVA 45 MG/0.5 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE	2	PA,QL(0.5 cada 84 dÍas)	AGENTES INMUNOLÓGICOS
PYZCHIVA 90 MG/ML SUBCUTANEOUS SYRINGE	2	PA,QL(1 cada 56 dÍas)	AGENTES INMUNOLÓGICOS
QIVIGY 10 % INTRAVENOUS SOLUTION	3	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
RASUVO (PF) 10 MG/0.2 ML SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR	3	PA,QL(0.8 cada 28 dÍas)	AGENTES INMUNOLÓGICOS
RASUVO (PF) 12.5 MG/0.25 ML SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR	3	PA,QL(1 cada 28 dÍas)	AGENTES INMUNOLÓGICOS
RASUVO (PF) 15 MG/0.3 ML SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR	3	PA,QL(1.2 cada 28 dÍas)	AGENTES INMUNOLÓGICOS
RASUVO (PF) 17.5 MG/0.35 ML SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR	3	PA,QL(1.4 cada 28 dÍas)	AGENTES INMUNOLÓGICOS
RASUVO (PF) 20 MG/0.4 ML SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR	3	PA,QL(1.6 cada 28 dÍas)	AGENTES INMUNOLÓGICOS
RASUVO (PF) 22.5 MG/0.45 ML SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR	3	PA,QL(1.8 cada 28 dÍas)	AGENTES INMUNOLÓGICOS
RASUVO (PF) 25 MG/0.5 ML SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR	3	PA,QL(2 cada 28 dÍas)	AGENTES INMUNOLÓGICOS
RASUVO (PF) 30 MG/0.6 ML SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR	3	PA,QL(2.4 cada 28 dÍas)	AGENTES INMUNOLÓGICOS
RASUVO (PF) 7.5 MG/0.15 ML SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR	3	PA,QL(0.6 cada 28 dÍas)	AGENTES INMUNOLÓGICOS
RECOMBIVAX HB (PF) 10 MCG/ML INTRAMUSCULAR SUSPENSION	1		AGENTES INMUNOLÓGICOS
RECOMBIVAX HB (PF) 10 MCG/ML INTRAMUSCULAR SYRINGE	1		AGENTES INMUNOLÓGICOS
RECOMBIVAX HB (PF) 40 MCG/ML INTRAMUSCULAR SUSPENSION	1		AGENTES INMUNOLÓGICOS
RECOMBIVAX HB (PF) 5 MCG/0.5 ML INTRAMUSCULAR SUSPENSION	1		AGENTES INMUNOLÓGICOS
RECOMBIVAX HB (PF) 5 MCG/0.5 ML INTRAMUSCULAR SYRINGE	1		AGENTES INMUNOLÓGICOS
REMICADE 100 MG INTRAVENOUS SOLUTION	3	PA,QL(16 cada 56 dÍas)	AGENTES INMUNOLÓGICOS
RENFLEXIS 100 MG INTRAVENOUS SOLUTION	3	PA,QL(8 cada 28 dÍas)	AGENTES INMUNOLÓGICOS

• MDO: Medicamento de uso únicamente médico • OTC – Medicamentos sin receta • PA – Autorización previa • QL – Límite de cantidad • ST – Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
REZUROCK 200 MG TABLET	3	PA,QL(30 cada 30 días)	AGENTES INMUNOLÓGICOS
RHOGAM ULTRA-FILTERED PLUS 1,500 UNIT (300 MCG) INTRAMUSCULAR SYRINGE	3		AGENTES INMUNOLÓGICOS
RHOPHYLAC 1,500 UNIT (300 MCG)/2 ML INJECTION SYRINGE	1		AGENTES INMUNOLÓGICOS
RIDAURA 3 MG CAPSULE	1		AGENTES INMUNOLÓGICOS
RINVOQ 15 MG TABLET,EXTENDED RELEASE	3	PA,QL(30 cada 30 días)	AGENTES INMUNOLÓGICOS
RINVOQ 30 MG TABLET,EXTENDED RELEASE	3	PA,QL(30 cada 30 días)	AGENTES INMUNOLÓGICOS
RINVOQ 45 MG TABLET,EXTENDED RELEASE	3	PA,QL(28 cada 28 días)	AGENTES INMUNOLÓGICOS
RINVOQ LQ 1 MG/ML ORAL SOLUTION	3	PA,QL(360 cada 30 días)	AGENTES INMUNOLÓGICOS
ROTARIX 10EXP6 CCID50/1.5 ML ORAL SUSPENSION	1	QL(1.5 cada 28 días)	AGENTES INMUNOLÓGICOS
ROTATEQ VACCINE 2 ML ORAL SOLUTION	2		AGENTES INMUNOLÓGICOS
RUCONEST 2,100 UNIT INTRAVENOUS SOLUTION	3	PA,QL(1 cada 28 días)	AGENTES INMUNOLÓGICOS
RYSTIGGO 140 MG/ML SUBCUTANEOUS SOLUTION	3	PA,QL(24 cada 42 días)	AGENTES INMUNOLÓGICOS
RYSTIGGO 140 MG/ML SUBCUTANEOUS SOLUTION	3	PA,QL(18 cada 48 días)	AGENTES INMUNOLÓGICOS
RYSTIGGO 140 MG/ML SUBCUTANEOUS SOLUTION	3	PA,QL(36 cada 42 días)	AGENTES INMUNOLÓGICOS
sajazir 30 mg/3 ml subcutaneous syringe	2	PA	AGENTES INMUNOLÓGICOS
SANDIMMUNE 100 MG CAPSULE	1		AGENTES INMUNOLÓGICOS
SANDIMMUNE 25 MG CAPSULE	1		AGENTES INMUNOLÓGICOS
SANDIMMUNE 250 MG/5 ML INTRAVENOUS SOLUTION	1		AGENTES INMUNOLÓGICOS
SAPHNELO 120 MG/0.8 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE	3	PA,QL(3.2 cada 28 días)	AGENTES INMUNOLÓGICOS
SAPHNELO 300 MG/2 ML (150 MG/ML) INTRAVENOUS SOLUTION	3	PA,QL(2 cada 28 días)	AGENTES INMUNOLÓGICOS
SAPHNELO PEN 120 MG/0.8 ML SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR	3	PA,QL(3.2 cada 28 días)	AGENTES INMUNOLÓGICOS
SELARSDI 130 MG/26 ML INTRAVENOUS SOLUTION	2	PA,QL(104 cada 365 días)	AGENTES INMUNOLÓGICOS
SELARSDI 45 MG/0.5 ML SUBCUTANEOUS SOLUTION	2	PA,QL(0.5 cada 84 días)	AGENTES INMUNOLÓGICOS
SELARSDI 45 MG/0.5 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE	2	PA,QL(0.5 cada 84 días)	AGENTES INMUNOLÓGICOS
SELARSDI 90 MG/ML SUBCUTANEOUS SYRINGE	2	PA,QL(1 cada 56 días)	AGENTES INMUNOLÓGICOS
SHINGRIX (PF) 50 MCG/0.5 ML INTRAMUSCULAR SUSPENSION, KIT	1		AGENTES INMUNOLÓGICOS
SHINGRIX (PF) 50 MCG/0.5 ML INTRAMUSCULAR SYRINGE	1		AGENTES INMUNOLÓGICOS
SIMLANDI(CF) 20 MG/0.2 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT	2	PA,QL(2 cada 28 días)	AGENTES INMUNOLÓGICOS
SIMLANDI(CF) 40 MG/0.4 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT	2	PA,QL(4 cada 28 días)	AGENTES INMUNOLÓGICOS

• MDO: Medicamento de uso únicamente médico • OTC – Medicamentos sin receta • PA – Autorización previa • QL – Límite de cantidad • ST – Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
SIMLANDI(CF) 80 MG/0.8 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT	2	PA,QL(3 cada 28 días)	AGENTES INMUNOLÓGICOS
SIMLANDI(CF) AUTOINJECTOR 40 MG/0.4 ML SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR KIT	2	PA,QL(4 cada 28 días)	AGENTES INMUNOLÓGICOS
SIMLANDI(CF) AUTOINJECTOR 80 MG/0.8 ML SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR KIT	2	PA,QL(3 cada 28 días)	AGENTES INMUNOLÓGICOS
SIMPONI 100 MG/ML SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR	3	PA,QL(1 cada 28 días)	AGENTES INMUNOLÓGICOS
SIMPONI 100 MG/ML SUBCUTANEOUS SYRINGE	3	PA,QL(1 cada 28 días)	AGENTES INMUNOLÓGICOS
SIMPONI 50 MG/0.5 ML SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR	3	PA,QL(0.5 cada 28 días)	AGENTES INMUNOLÓGICOS
SIMPONI 50 MG/0.5 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE	3	PA,QL(0.5 cada 28 días)	AGENTES INMUNOLÓGICOS
SIMPONI ARIA 12.5 MG/ML INTRAVENOUS SOLUTION	3	PA,QL(4 cada 28 días)	AGENTES INMUNOLÓGICOS
SIMULECT 10 MG INTRAVENOUS SOLUTION	1		AGENTES INMUNOLÓGICOS
SIMULECT 20 MG INTRAVENOUS SOLUTION	1		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	3	PA,QL(1 cada 84 días)	AGENTES INMUNOLÓGICOS
SKYRIZI 150 MG/ML SUBCUTANEOUS SYRINGE	3	PA,QL(1 cada 84 días)	AGENTES INMUNOLÓGICOS
SKYRIZI 180 MG/1.2 ML (150 MG/ML) SUBCUTANEOUS WEARABLE INJECTOR	3	PA,QL(1.2 cada 56 días)	AGENTES INMUNOLÓGICOS
SKYRIZI 360 MG/2.4 ML (150 MG/ML) SUBCUTANEOUS WEARABLE INJECTOR	3	PA,QL(2.4 cada 56 días)	AGENTES INMUNOLÓGICOS
SKYRIZI 55 MG/0.37 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE	3	PA,QL(0.37 cada 84 días)	AGENTES INMUNOLÓGICOS
SKYRIZI 60 MG/ML INTRAVENOUS SOLUTION	3	PA,QL(10 cada 28 días)	AGENTES INMUNOLÓGICOS
SKYRIZI INDUCTION PACK 720MG/4.8ML (360 MG/2.4ML X2) SUBCUTANEOUS KIT	3	PA,QL(2 cada 28 días)	AGENTES INMUNOLÓGICOS
SOLIRIS 300 MG/30 ML INTRAVENOUS SOLUTION	3	PA	AGENTES INMUNOLÓGICOS
SOTYKTU 6 MG TABLET	3	PA,QL(30 cada 30 días)	AGENTES INMUNOLÓGICOS
SPEVIGO 150 MG/ML SUBCUTANEOUS SYRINGE	3	PA,QL(2 cada 28 días)	AGENTES INMUNOLÓGICOS
SPEVIGO 300 MG/2 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE	3	PA,QL(2 cada 28 días)	AGENTES INMUNOLÓGICOS
SPEVIGO 60 MG/ML INTRAVENOUS SOLUTION	3	PA,QL(30 cada 14 días)	AGENTES INMUNOLÓGICOS
SPIKEVAX 2026-2027(12Y UP)(PF) 50 MCG/0.5 ML INTRAMUSCULAR SYRINGE	1		AGENTES INMUNOLÓGICOS
SPIKEVAX 2026-27 (6M-11Y) (PF) 25 MCG/0.25 ML INTRAMUSCULAR SYRINGE	1		AGENTES INMUNOLÓGICOS
STARJEMZA 130 MG/26 ML INTRAVENOUS SOLUTION	2	PA,QL(104 cada 365 días)	AGENTES INMUNOLÓGICOS
STARJEMZA 45 MG/0.5 ML SUBCUTANEOUS SOLUTION	2	PA,QL(0.5 cada 84 días)	AGENTES INMUNOLÓGICOS

• MDO: Medicamento de uso únicamente médico • OTC – Medicamentos sin receta • PA – Autorización previa • QL – Límite de cantidad • ST – Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
STARJEMZA 45 MG/0.5 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE	2	PA,QL(0.5 cada 84 días)	AGENTES INMUNOLÓGICOS
STARJEMZA 90 MG/ML SUBCUTANEOUS SYRINGE	2	PA,QL(1 cada 56 días)	AGENTES INMUNOLÓGICOS
STELARA 130 MG/26 ML INTRAVENOUS SOLUTION	3	PA,QL(104 cada 365 días)	AGENTES INMUNOLÓGICOS
STELARA 45 MG/0.5 ML SUBCUTANEOUS SOLUTION	3	PA,QL(0.5 cada 84 días)	AGENTES INMUNOLÓGICOS
STELARA 45 MG/0.5 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE	3	PA,QL(0.5 cada 84 días)	AGENTES INMUNOLÓGICOS
STELARA 90 MG/ML SUBCUTANEOUS SYRINGE	3	PA,QL(1 cada 56 días)	AGENTES INMUNOLÓGICOS
STEQEYMA 130 MG/26 ML INTRAVENOUS SOLUTION	2	PA,QL(104 cada 365 días)	AGENTES INMUNOLÓGICOS
STEQEYMA 45 MG/0.5 ML SUBCUTANEOUS SOLUTION	2	PA,QL(0.5 cada 84 días)	AGENTES INMUNOLÓGICOS
STEQEYMA 45 MG/0.5 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE	2	PA,QL(0.5 cada 84 días)	AGENTES INMUNOLÓGICOS
STEQEYMA 90 MG/ML SUBCUTANEOUS SYRINGE	2	PA,QL(1 cada 56 días)	AGENTES INMUNOLÓGICOS
SYLVANT 100 MG INTRAVENOUS SOLUTION[MDO]	*		AGENTES INMUNOLÓGICOS
SYLVANT 400 MG INTRAVENOUS SOLUTION[MDO]	*		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
tacrolimus 5 mg/ml intravenous solution	1		AGENTES INMUNOLÓGICOS
tacrolimus xl 0.5 mg capsule,extended release 24 hr	1		AGENTES INMUNOLÓGICOS
tacrolimus xl 1 mg capsule,extended release 24 hr	1		AGENTES INMUNOLÓGICOS
tacrolimus xl 5 mg capsule,extended release 24 hr	1		AGENTES INMUNOLÓGICOS
TAKHZYRO 150 MG/ML SUBCUTANEOUS SYRINGE	3	PA,QL(2 cada 28 días)	AGENTES INMUNOLÓGICOS
TAKHZYRO 300 MG/2 ML (150 MG/ML) SUBCUTANEOUS SYRINGE	3	PA,QL(4 cada 28 días)	AGENTES INMUNOLÓGICOS
TALTZ AUTOINJECTOR (2 PACK) 80 MG/ML SUBCUTANEOUS	3	PA,QL(4 cada 28 días)	AGENTES INMUNOLÓGICOS
TALTZ AUTOINJECTOR (3 PACK) 80 MG/ML SUBCUTANEOUS	3	PA,QL(4 cada 28 días)	AGENTES INMUNOLÓGICOS
TALTZ AUTOINJECTOR 80 MG/ML SUBCUTANEOUS	3	PA,QL(4 cada 28 días)	AGENTES INMUNOLÓGICOS
TALTZ SYRINGE 20 MG/0.25 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE	3	PA,QL(0.25 cada 28 días)	AGENTES INMUNOLÓGICOS
TALTZ SYRINGE 40 MG/0.5 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE	3	PA,QL(0.5 cada 28 días)	AGENTES INMUNOLÓGICOS
TALTZ SYRINGE 80 MG/ML SUBCUTANEOUS	3	PA,QL(4 cada 28 días)	AGENTES INMUNOLÓGICOS
TAVNEOS 10 MG CAPSULE	3	PA,QL(180 cada 30 días)	AGENTES INMUNOLÓGICOS
TDVAX 2 LF UNIT-2 LF UNIT/0.5 ML INTRAMUSCULAR SUSPENSION	1		AGENTES INMUNOLÓGICOS
TENIVAC (PF) 5 LF UNIT-2 LF UNIT/0.5 ML INTRAMUSCULAR SUSPENSION	1		AGENTES INMUNOLÓGICOS

• MDO: Medicamento de uso únicamente médico • OTC – Medicamentos sin receta • PA – Autorización previa • QL – Límite de cantidad • ST – Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
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	3	PA,QL(1.91 cada 28 días)	AGENTES INMUNOLÓGICOS
TEZSPIRE 210 MG/1.91 ML (110 MG/ML) SUBCUTANEOUS SYRINGE	3	PA,QL(1.91 cada 28 días)	AGENTES INMUNOLÓGICOS
THYMOGLOBULIN 25 MG INTRAVENOUS SOLUTION	1		AGENTES INMUNOLÓGICOS
tofacitinib 1 mg/ml oral solution	3	PA,QL(300 cada 30 días)	AGENTES INMUNOLÓGICOS
tofacitinib 10 mg tablet	3	PA,QL(60 cada 30 días)	AGENTES INMUNOLÓGICOS
tofacitinib 5 mg tablet	3	PA,QL(60 cada 30 días)	AGENTES INMUNOLÓGICOS
tofacitinib er 11 mg tablet,extended release 24 hr	3	PA,QL(30 cada 30 días)	AGENTES INMUNOLÓGICOS
tofacitinib er 22 mg tablet,extended release 24 hr	3	PA,QL(30 cada 30 días)	AGENTES INMUNOLÓGICOS
TOFIDENCE 200 MG/10 ML (20 MG/ML) INTRAVENOUS SOLUTION	3	PA	AGENTES INMUNOLÓGICOS
TOFIDENCE 400 MG/20 ML (20 MG/ML) INTRAVENOUS SOLUTION	3	PA	AGENTES INMUNOLÓGICOS
TOFIDENCE 80 MG/4 ML (20 MG/ML) INTRAVENOUS SOLUTION	3	PA	AGENTES INMUNOLÓGICOS
TREMFYA 100 MG/ML SUBCUTANEOUS SYRINGE	3	PA,QL(1 cada 56 días)	AGENTES INMUNOLÓGICOS
TREMFYA 200 MG/2 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE	3	PA,QL(2 cada 28 días)	AGENTES INMUNOLÓGICOS
TREMFYA 200 MG/20 ML (10 MG/ML) INTRAVENOUS SOLUTION	3	PA,QL(20 cada 28 días)	AGENTES INMUNOLÓGICOS
TREMFYA ONE-PRESS 100 MG/ML SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR	3	PA,QL(1 cada 56 días)	AGENTES INMUNOLÓGICOS
TREMFYA PEN 100 MG/ML SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR	3	PA,QL(1 cada 56 días)	AGENTES INMUNOLÓGICOS
TREMFYA PEN 200 MG/2 ML SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR	3	PA,QL(2 cada 28 días)	AGENTES INMUNOLÓGICOS
TREMFYA PEN INDUCTION PACK (2 PENS) 200 MG/2 ML SUBCUT PEN INJECTOR	3	PA,QL(2 cada 28 días)	AGENTES INMUNOLÓGICOS
TREXALL 10 MG TABLET	1		AGENTES INMUNOLÓGICOS
TREXALL 15 MG TABLET	1		AGENTES INMUNOLÓGICOS
TREXALL 5 MG TABLET	1		AGENTES INMUNOLÓGICOS
TREXALL 7.5 MG TABLET	1		AGENTES INMUNOLÓGICOS
TRUMENBA 120 MCG/0.5 ML INTRAMUSCULAR SYRINGE	1		AGENTES INMUNOLÓGICOS
TRUTAKNA 150 MG/ML SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR	3	PA,QL(4 cada 28 días)	AGENTES INMUNOLÓGICOS
TWINRIX (PF) 720 ELISA UNIT-20 MCG/ML INTRAMUSCULAR SYRINGE	1		AGENTES INMUNOLÓGICOS
TYENNE 162 MG/0.9 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE	3	PA,QL(3.6 cada 28 días)	AGENTES INMUNOLÓGICOS
TYENNE 200 MG/10 ML (20 MG/ML) INTRAVENOUS SOLUTION	3	PA	AGENTES INMUNOLÓGICOS
TYENNE 400 MG/20 ML (20 MG/ML) INTRAVENOUS SOLUTION	3	PA	AGENTES INMUNOLÓGICOS

• MDO: Medicamento de uso únicamente médico • OTC – Medicamentos sin receta • PA – Autorización previa • QL – Límite de cantidad • ST – Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
TYENNE 80 MG/4 ML (20 MG/ML) INTRAVENOUS SOLUTION	3	PA	AGENTES INMUNOLÓGICOS
TYENNE AUTOINJECTOR 162 MG/0.9 ML SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR	3	PA,QL(3.6 cada 28 días)	AGENTES INMUNOLÓGICOS
ULTOMIRIS 100 MG/ML INTRAVENOUS SOLUTION	3	PA	AGENTES INMUNOLÓGICOS
UPLIZNA 10 MG/ML INTRAVENOUS SOLUTION	3	PA,QL(60 cada 14 días)	AGENTES INMUNOLÓGICOS
USTEKINUMAB 130 MG/26 ML INTRAVENOUS SOLUTION	3	PA,QL(104 cada 365 días)	AGENTES INMUNOLÓGICOS
USTEKINUMAB 45 MG/0.5 ML SUBCUTANEOUS SOLUTION	3	PA,QL(0.5 cada 84 días)	AGENTES INMUNOLÓGICOS
USTEKINUMAB 45 MG/0.5 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE	3	PA,QL(0.5 cada 84 días)	AGENTES INMUNOLÓGICOS
USTEKINUMAB 90 MG/ML SUBCUTANEOUS SYRINGE	3	PA,QL(1 cada 56 días)	AGENTES INMUNOLÓGICOS
USTEKINUMAB-AAUZ 45 MG/0.5 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE	3	PA,QL(0.5 cada 84 días)	AGENTES INMUNOLÓGICOS
USTEKINUMAB-AAUZ 90 MG/ML SUBCUTANEOUS SYRINGE	3	PA,QL(1 cada 56 días)	AGENTES INMUNOLÓGICOS
USTEKINUMAB-AEKN 45 MG/0.5 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE	3	PA,QL(0.5 cada 84 días)	AGENTES INMUNOLÓGICOS
USTEKINUMAB-AEKN 90 MG/ML SUBCUTANEOUS SYRINGE	3	PA,QL(1 cada 56 días)	AGENTES INMUNOLÓGICOS
USTEKINUMAB-TTWE 130 MG/26 ML INTRAVENOUS SOLUTION	3	PA,QL(104 cada 365 días)	AGENTES INMUNOLÓGICOS
USTEKINUMAB-TTWE 45 MG/0.5 ML SUBCUTANEOUS SOLUTION	2	PA,QL(0.5 cada 84 días)	AGENTES INMUNOLÓGICOS
USTEKINUMAB-TTWE 45 MG/0.5 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE	3	PA,QL(0.5 cada 84 días)	AGENTES INMUNOLÓGICOS
USTEKINUMAB-TTWE 90 MG/ML SUBCUTANEOUS SYRINGE	3	PA,QL(1 cada 56 días)	AGENTES INMUNOLÓGICOS
VAQTA (PF) 25 UNIT/0.5 ML INTRAMUSCULAR SUSPENSION	1		AGENTES INMUNOLÓGICOS
VAQTA (PF) 25 UNIT/0.5 ML INTRAMUSCULAR SYRINGE	1		AGENTES INMUNOLÓGICOS
VAQTA (PF) 50 UNIT/ML INTRAMUSCULAR SUSPENSION	1		AGENTES INMUNOLÓGICOS
VAQTA (PF) 50 UNIT/ML INTRAMUSCULAR SYRINGE	1		AGENTES INMUNOLÓGICOS
VARIVAX (PF) 1,350 UNIT/0.5 ML SUBCUTANEOUS SUSPENSION	1		AGENTES INMUNOLÓGICOS
VARIZIG 125 UNIT/1.2 ML INTRAMUSCULAR SOLUTION	1	QL(6 cada 28 días)	AGENTES INMUNOLÓGICOS
VAXELIS (PF) 15 UNIT-5 UNIT-10 MCG/0.5 ML INTRAMUSCULAR SUSPENSION	2		AGENTES INMUNOLÓGICOS
VAXELIS (PF) 15 UNIT-5 UNIT-10 MCG/0.5 ML INTRAMUSCULAR SYRINGE	2		AGENTES INMUNOLÓGICOS
VAXNEUVANCE (PF) 0.5 ML INTRAMUSCULAR SYRINGE	1		AGENTES INMUNOLÓGICOS
VELSIPITY 2 MG TABLET	3	PA,QL(30 cada 30 días)	AGENTES INMUNOLÓGICOS
VEOPOZ 200 MG/ML INJECTION SOLUTION	3	PA,QL(16 cada 28 días)	AGENTES INMUNOLÓGICOS

• MDO: Medicamento de uso únicamente médico • OTC – Medicamentos sin receta • PA – Autorización previa • QL – Límite de cantidad • ST – Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
VIVOTIF 2 BILLION UNIT CAPSULE,DELAYED RELEASE[MDO]	*		AGENTES INMUNOLÓGICOS
VOYDEYA 100 MG TABLET	3	PA,QL(180 cada 30 días)	AGENTES INMUNOLÓGICOS
VOYDEYA 150 MG (50 MG X 1 AND 100 MG X 1) TABLET	3	PA,QL(180 cada 30 días)	AGENTES INMUNOLÓGICOS
VOYXACT 400 MG/2 ML (200 MG/ML) SUBCUTANEOUS SYRINGE	3	PA,QL(2 cada 28 días)	AGENTES INMUNOLÓGICOS
WINRHO SDF 1,500 UNIT (300 MCG)/1.3 ML INJECTION SOLUTION	1	QL(1.3 cada 1 días)	AGENTES INMUNOLÓGICOS
XATMEP 2.5 MG/ML ORAL SOLUTION	1		AGENTES INMUNOLÓGICOS
XELJANZ 1 MG/ML ORAL SOLUTION	3	PA,QL(300 cada 30 días)	AGENTES INMUNOLÓGICOS
XELJANZ 10 MG TABLET	3	PA,QL(60 cada 30 días)	AGENTES INMUNOLÓGICOS
XELJANZ 5 MG TABLET	3	PA,QL(60 cada 30 días)	AGENTES INMUNOLÓGICOS
XELJANZ XR 11 MG TABLET,EXTENDED RELEASE	3	PA,QL(30 cada 30 días)	AGENTES INMUNOLÓGICOS
XELJANZ XR 22 MG TABLET,EXTENDED RELEASE	3	PA,QL(30 cada 30 días)	AGENTES INMUNOLÓGICOS
XEMBIFY 1 GRAM/5 ML (20 %) SUBCUTANEOUS SOLUTION	3	PA	AGENTES INMUNOLÓGICOS
XEMBIFY 10 GRAM/50 ML (20 %) SUBCUTANEOUS SOLUTION	3	PA	AGENTES INMUNOLÓGICOS
XEMBIFY 2 GRAM/10 ML (20 %) SUBCUTANEOUS SOLUTION	3	PA	AGENTES INMUNOLÓGICOS
XEMBIFY 4 GRAM/20 ML (20 %) SUBCUTANEOUS SOLUTION	3	PA	AGENTES INMUNOLÓGICOS
XOLAIR 150 MG SUBCUTANEOUS SOLUTION	3	PA,QL(2 cada 28 días)	AGENTES INMUNOLÓGICOS
XOLAIR 150 MG/ML SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR	3	PA,QL(2 cada 28 días)	AGENTES INMUNOLÓGICOS
XOLAIR 150 MG/ML SUBCUTANEOUS SYRINGE	3	PA,QL(2 cada 28 días)	AGENTES INMUNOLÓGICOS
XOLAIR 300 MG/2 ML SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR	3	PA,QL(8 cada 28 días)	AGENTES INMUNOLÓGICOS
XOLAIR 300 MG/2 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE	3	PA,QL(8 cada 28 días)	AGENTES INMUNOLÓGICOS
XOLAIR 75 MG/0.5 ML SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR	3	PA,QL(1 cada 28 días)	AGENTES INMUNOLÓGICOS
XOLAIR 75 MG/0.5 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE	3	PA,QL(1 cada 28 días)	AGENTES INMUNOLÓGICOS
YARTEMLEA 370 MG/2 ML (185 MG/ML) INTRAVENOUS SOLUTION	3	PA,QL(8 cada 28 días)	AGENTES INMUNOLÓGICOS
YESINTEK 130 MG/26 ML INTRAVENOUS SOLUTION	2	PA,QL(104 cada 365 días)	AGENTES INMUNOLÓGICOS
YESINTEK 45 MG/0.5 ML SUBCUTANEOUS SOLUTION	2	PA,QL(0.5 cada 84 días)	AGENTES INMUNOLÓGICOS
YESINTEK 45 MG/0.5 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE	2	PA,QL(0.5 cada 84 días)	AGENTES INMUNOLÓGICOS
YESINTEK 90 MG/ML SUBCUTANEOUS SYRINGE	2	PA,QL(1 cada 56 días)	AGENTES INMUNOLÓGICOS

• MDO: Medicamento de uso únicamente médico • OTC – Medicamentos sin receta • PA – Autorización previa • QL – Límite de cantidad • ST – Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
YUFLYMA(CF) 20 MG/0.2 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT	3	PA,QL(2 cada 28 días)	AGENTES INMUNOLÓGICOS
YUFLYMA(CF) 40 MG/0.4 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT	3	PA,QL(4 cada 28 días)	AGENTES INMUNOLÓGICOS
YUFLYMA(CF) AUTOINJECTOR 40 MG/0.4 ML SUBCUTANEOUS KIT	3	PA,QL(4 cada 28 días)	AGENTES INMUNOLÓGICOS
YUFLYMA(CF) AUTOINJECTOR 80 MG/0.8 ML SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR KIT	3	PA,QL(3 cada 28 días)	AGENTES INMUNOLÓGICOS
YUFLYMA(CF) AUTOINJECTOR CROHN'S-UC-HS STARTER 80 MG/0.8 ML SUBCUT KIT	3	PA,QL(3 cada 28 días)	AGENTES INMUNOLÓGICOS
YUSIMRY(CF) PEN 40 MG/0.8 ML SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR	2	PA,QL(3.2 cada 28 días)	AGENTES INMUNOLÓGICOS
ZILBRYSQ 16.6 MG/0.416 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE	3	PA,QL(11.648 cada 28 días)	AGENTES INMUNOLÓGICOS
ZILBRYSQ 23 MG/0.574 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE	3	PA,QL(16.072 cada 28 días)	AGENTES INMUNOLÓGICOS
ZILBRYSQ 32.4 MG/0.81 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE	3	PA,QL(22.68 cada 28 días)	AGENTES INMUNOLÓGICOS
ZORTRESS 0.25 MG TABLET	1	PA,QL(60 cada 30 días)	AGENTES INMUNOLÓGICOS
ZORTRESS 0.5 MG TABLET	1	PA,QL(60 cada 30 días)	AGENTES INMUNOLÓGICOS
ZORTRESS 0.75 MG TABLET	1	PA,QL(60 cada 30 días)	AGENTES INMUNOLÓGICOS
ZORTRESS 1 MG TABLET	1	PA,QL(60 cada 30 días)	AGENTES INMUNOLÓGICOS
ZYMFENTRA 120 MG/ML SUBCUTANEOUS PEN KIT	3	PA,QL(2 cada 28 días)	AGENTES INMUNOLÓGICOS
ZYMFENTRA 120 MG/ML SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT	3	PA,QL(2 cada 28 días)	AGENTES INMUNOLÓGICOS
ACULAR 0.5 % EYE DROPS	1	PA	AGENTES OFTÁLMICOS
ACULAR LS 0.4 % EYE DROPS	3	PA,QL(5 cada 30 días)	AGENTES OFTÁLMICOS
ACUVAIL (PF) 0.45 % EYE DROPS IN A DROPPERETTE	3	PA,QL(30 cada 14 días)	AGENTES OFTÁLMICOS
advanced eye relief (olopatadine hcl) 0.2 % drops[OTC]	3	ST,QL(5 cada 25 días)	AGENTES OFTÁLMICOS
AK-FLUOR 500 MG/5 ML (10 %) INTRAVENOUS SOLUTION[MDO]	*		AGENTES OFTÁLMICOS
AKTEN (PF) 3.5 % EYE GEL	1		AGENTES OFTÁLMICOS
ALCAINE 0.5 % EYE DROPS	1	PA	AGENTES OFTÁLMICOS
ALPHAGAN P 0.1 % EYE DROPS	1	QL(30 cada 90 días)	AGENTES OFTÁLMICOS
ALPHAGAN P 0.15 % EYE DROPS	3	PA,QL(15 cada 30 días)	AGENTES OFTÁLMICOS
ALREX 0.2 % EYE DROPS,SUSPENSION	3	ST,QL(10 cada 30 días)	AGENTES OFTÁLMICOS
apraclonidine 0.5 % eye drops	2	ST,QL(10 cada 30 días)	AGENTES OFTÁLMICOS
atropine 1 % eye drops	1		AGENTES OFTÁLMICOS
atropine 1 % eye ointment	1	QL(3.5 cada 5 días)	AGENTES OFTÁLMICOS
ATROPINE SULFATE (PF) 1 % EYE DROPS IN A DROPPERETTE	1		AGENTES OFTÁLMICOS

• MDO: Medicamento de uso únicamente médico • OTC – Medicamentos sin receta • PA – Autorización previa • QL – Límite de cantidad • ST – Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
AZASITE 1 % EYE DROPS	1	QL(2.5 cada 5 días)	AGENTES OFTÁLMICOS
azelastine 0.05 % eye drops	2	ST,QL(6 cada 30 días)	AGENTES OFTÁLMICOS
AZOPT 1 % EYE DROPS,SUSPENSION	1	QL(10 cada 30 días)	AGENTES OFTÁLMICOS
bacitracin 500 unit/gram eye ointment	3	PA,QL(3.5 cada 5 días)	AGENTES OFTÁLMICOS
bacitracin-polymyxin b 500 unit-10,000 unit/gram eye ointment	1	QL(3.5 cada 5 días)	AGENTES OFTÁLMICOS
BEOVU 6 MG/0.05 ML INTRAVITREAL SYRINGE[MDO]	*		AGENTES OFTÁLMICOS
bepotastine besilate 1.5 % eye drops	3	ST,QL(10 cada 30 días)	AGENTES OFTÁLMICOS
BEPREVE 1.5 % EYE DROPS	3	ST,QL(10 cada 30 días)	AGENTES OFTÁLMICOS
besifloxacin 0.6 % eye drops,suspension	1		AGENTES OFTÁLMICOS
BESIVANCE 0.6 % EYE DROPS,SUSPENSION	1		AGENTES OFTÁLMICOS
betaxolol 0.5 % eye drops	2	ST,QL(15 cada 30 días)	AGENTES OFTÁLMICOS
BETIMOL 0.5 % EYE DROPS	3	PA	AGENTES OFTÁLMICOS
BETOPTIC S 0.25 % EYE DROPS,SUSPENSION	1		AGENTES OFTÁLMICOS
bimatoprost 0.01 % eye drops	1	QL(7.5 cada 30 días)	AGENTES OFTÁLMICOS
bimatoprost 0.03 % eye drops	2	ST,QL(22.5 cada 90 días)	AGENTES OFTÁLMICOS
brimonidine 0.1 % eye drops	1	QL(30 cada 90 días)	AGENTES OFTÁLMICOS
brimonidine 0.15 % eye drops	3	PA,QL(15 cada 30 días)	AGENTES OFTÁLMICOS
brimonidine 0.2 % eye drops	1	QL(30 cada 90 días)	AGENTES OFTÁLMICOS
brimonidine 0.2 %-timolol 0.5 % eye drops	1	PA,QL(10 cada 30 días)	AGENTES OFTÁLMICOS
brinzolamide 1 % eye drops,suspension	1	PA,QL(10 cada 30 días)	AGENTES OFTÁLMICOS
bromfenac 0.07 % eye drops	2	PA,QL(3 cada 5 días)	AGENTES OFTÁLMICOS
bromfenac 0.075 % eye drops	2	PA,QL(5 cada 5 días)	AGENTES OFTÁLMICOS
bromfenac 0.09 % eye drops	3	PA,QL(1.7 cada 5 días)	AGENTES OFTÁLMICOS
BROMSITE 0.075 % EYE DROPS	3	PA,QL(5 cada 5 días)	AGENTES OFTÁLMICOS
BSS INTRAOCULAR SOLUTION	1		AGENTES OFTÁLMICOS
BSS PLUS INTRAOCULAR SOLUTION	1		AGENTES OFTÁLMICOS
BYOOVIZ 0.5 MG/0.05 ML INTRAVITREAL SOLUTION[MDO]	*		AGENTES OFTÁLMICOS
BYQLOVI 0.05 % EYE DROPS,SUSPENSION	3	PA,QL(3.5 cada 14 días)	AGENTES OFTÁLMICOS
carteolol 1 % eye drops	1	QL(30 cada 90 días)	AGENTES OFTÁLMICOS
CEQUA 0.09 % EYE DROPS IN A DROPPERETTE	3	PA,QL(60 cada 30 días)	AGENTES OFTÁLMICOS

• MDO: Medicamento de uso únicamente médico • OTC – Medicamentos sin receta • PA – Autorización previa • QL – Límite de cantidad • ST – Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
CILOXAN 0.3 % EYE OINTMENT	1	QL(3.5 cada 5 días)	AGENTES OFTÁLMICOS
CIMERLI 0.3 MG/0.05 ML INTRAVITREAL SOLUTION[MDO]	*		AGENTES OFTÁLMICOS
CIMERLI 0.5 MG/0.05 ML INTRAVITREAL SOLUTION[MDO]	*		AGENTES OFTÁLMICOS
ciprofloxacin 0.3 % eye drops	1	QL(30 cada 30 días)	AGENTES OFTÁLMICOS
COMBIGAN 0.2 %-0.5 % EYE DROPS	1	QL(10 cada 30 días)	AGENTES OFTÁLMICOS
COSOPT (PF) 2 %-0.5 % EYE DROPS IN A DROPPERETTE	2	PA,ST,QL(60 cada 30 días)	AGENTES OFTÁLMICOS
COSOPT 22.3 MG-6.8 MG/ML EYE DROPS	1	PA,QL(15 cada 30 días)	AGENTES OFTÁLMICOS
cromolyn 4 % eye drops	1	QL(10 cada 30 días)	AGENTES OFTÁLMICOS
CYCLOGYL 0.5 % EYE DROPS	1		AGENTES OFTÁLMICOS
CYCLOGYL 1 % EYE DROPS	1	PA	AGENTES OFTÁLMICOS
CYCLOGYL 2 % EYE DROPS	1		AGENTES OFTÁLMICOS
CYCLOMYDRIL 0.2 %-1 % EYE DROPS	1		AGENTES OFTÁLMICOS
cyclopentolate 1 % eye drops	1		AGENTES OFTÁLMICOS
cyclosporine 0.05 % eye drops in a dropperette	1	QL(60 cada 30 días)	AGENTES OFTÁLMICOS
CYSTADROPS 0.37 % EYE DROPS	3	PA,QL(20 cada 28 días)	AGENTES OFTÁLMICOS
CYSTARAN 0.44 % EYE DROPS	3	PA,QL(60 cada 30 días)	AGENTES OFTÁLMICOS
dexamethasone sodium phosphate 0.1 % eye drops	1		AGENTES OFTÁLMICOS
DEXTENZA 0.4 MG INTRACANALICULAR INSERT[MDO]	*		AGENTES OFTÁLMICOS
diclofenac 0.1 % eye drops	1	QL(5 cada 10 días)	AGENTES OFTÁLMICOS
difluprednate 0.05 % eye drops	3	PA	AGENTES OFTÁLMICOS
dorzolamide 2 % eye drops	1	QL(10 cada 30 días)	AGENTES OFTÁLMICOS
dorzolamide 22.3 mg-timolol 6.8 mg/ml eye drops	1	QL(15 cada 30 días)	AGENTES OFTÁLMICOS
dorzolamide-timolol (pf) 2 %-0.5 % eye drops in a dropperette	2	ST,QL(60 cada 30 días)	AGENTES OFTÁLMICOS
DUREZOL 0.05 % EYE DROPS	1		AGENTES OFTÁLMICOS
DURYSTA 10 MCG INTRACAMERAL IMPLANT[MDO]	*		AGENTES OFTÁLMICOS
ENCELTO 200,000 TO 440,000 CELL INTRAVITREAL IMPLANT	3	PA	AGENTES OFTÁLMICOS
ENSPRYNG 120 MG/ML SUBCUTANEOUS SYRINGE	3	PA,QL(1 cada 28 días)	AGENTES OFTÁLMICOS
ENZEEVU 2 MG/0.05 ML INTRAVITREAL SYRINGE[MDO]	*		AGENTES OFTÁLMICOS
epinastine 0.05 % eye drops	2	ST,QL(5 cada 30 días)	AGENTES OFTÁLMICOS
erythromycin 5 mg/gram (0.5 %) eye ointment	1	QL(3.5 cada 5 días)	AGENTES OFTÁLMICOS
eye allergy itch relief 0.2 % drops[OTC]	3	ST,QL(5 cada 25 días)	AGENTES OFTÁLMICOS

• MDO: Medicamento de uso únicamente médico • OTC – Medicamentos sin receta • PA – Autorización previa • QL – Límite de cantidad • ST – Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
eye allergy itch relief 0.7 % drops[OTC]	2	ST,QL(5 cada 30 días)	AGENTES OFTÁLMICOS
eye allergy itch-redness relief 0.1 % drops[OTC]	2	ST,QL(5 cada 25 días)	AGENTES OFTÁLMICOS
EYLEA 2 MG/0.05 ML INTRAVITREAL SOLUTION FOR INJECTION[MDO]	*		AGENTES OFTÁLMICOS
EYLEA 2 MG/0.05 ML INTRAVITREAL SYRINGE[MDO]	*		AGENTES OFTÁLMICOS
EYLEA HD 8 MG/0.07 ML INTRAVITREAL SOLUTION FOR INJECTION[MDO]	*		AGENTES OFTÁLMICOS
EYSUVIS 0.25 % EYE DROPS,SUSPENSION	3	PA,QL(8.3 cada 15 días)	AGENTES OFTÁLMICOS
FLAREX 0.1 % EYE DROPS,SUSPENSION	1		AGENTES OFTÁLMICOS
FLUORESCEIN 0.3 %-BENOXINATE 0.4 % EYE DROPS[MDO]	*		AGENTES OFTÁLMICOS
fluorescein 500 mg/2 ml (25 %) intravenous solution	1		AGENTES OFTÁLMICOS
fluorescein 500 mg/5 ml (10 %) intravenous solution[MDO]	*		AGENTES OFTÁLMICOS
FLUORESCITE 500 MG/5 ML (10 %) INTRAVENOUS SOLUTION[MDO]	*		AGENTES OFTÁLMICOS
fluorometholone 0.1 % eye drops,suspension	1		AGENTES OFTÁLMICOS
flurbiprofen 0.03 % eye drops	1	QL(2.5 cada 5 días)	AGENTES OFTÁLMICOS
FML FORTE 0.25 % EYE DROPS,SUSPENSION	3	PA,QL(15 cada 30 días)	AGENTES OFTÁLMICOS
FML LIQUIFILM 0.1 % EYE DROPS,SUSPENSION	1		AGENTES OFTÁLMICOS
gatifloxacin 0.5 % eye drops	2	PA,QL(2.5 cada 5 días)	AGENTES OFTÁLMICOS
gentamicin 0.3 % eye drops	1		AGENTES OFTÁLMICOS
glostrips 0.6 mg for the eye	1		AGENTES OFTÁLMICOS
glostrips 1 mg for the eye	1		AGENTES OFTÁLMICOS
IDOSE TR 75 MCG INTRACAMERAL IMPLANT[MDO]	*		AGENTES OFTÁLMICOS
IHEEZO (PF) 3 % EYE GEL IN A DROPPERETTE[MDO]	*		AGENTES OFTÁLMICOS
ILEVRO 0.3 % EYE DROPS,SUSPENSION	3	PA,QL(3 cada 14 días)	AGENTES OFTÁLMICOS
ILUVIEN 0.19 MG INTRAVITREAL IMPLANT[MDO]	*		AGENTES OFTÁLMICOS
INVELTYS 1 % EYE DROPS,SUSPENSION	3	PA,QL(2.8 cada 14 días)	AGENTES OFTÁLMICOS
IOPIDINE 1 % EYE DROPS IN A DROPPERETTE	2	ST	AGENTES OFTÁLMICOS
ISTALOL 0.5 % EYE DROPS	2	PA,ST,QL(30 cada 90 días)	AGENTES OFTÁLMICOS
IYUZEH (PF) 0.005 % EYE DROPS IN A DROPPERETTE	3	PA,QL(30 cada 30 días)	AGENTES OFTÁLMICOS
IZERVAY (PF) 2 MG/0.1 ML INTRAVITREAL SOLUTION[MDO]	*		AGENTES OFTÁLMICOS
ketorolac 0.4 % eye drops	3	PA,QL(5 cada 30 días)	AGENTES OFTÁLMICOS
ketorolac 0.5 % eye drops	1		AGENTES OFTÁLMICOS
latanoprost 0.005 % eye drops	1	QL(10 cada 30 días)	AGENTES OFTÁLMICOS
levobunolol 0.5 % eye drops	1	QL(30 cada 90 días)	AGENTES OFTÁLMICOS
levofloxacin 0.5 % eye drops	2	PA	AGENTES OFTÁLMICOS

• MDO: Medicamento de uso únicamente médico • OTC – Medicamentos sin receta • PA – Autorización previa • QL – Límite de cantidad • ST – Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
LOTEMAX 0.5 % EYE DROPS,SUSPENSION	2	PA,QL(30 cada 30 días)	AGENTES OFTÁLMICOS
LOTEMAX 0.5 % EYE GEL DROPS	1	QL(5 cada 15 días)	AGENTES OFTÁLMICOS
LOTEMAX 0.5 % EYE OINTMENT	1	QL(3.5 cada 15 días)	AGENTES OFTÁLMICOS
LOTEMAX SM 0.38 % EYE GEL DROPS	3	PA,QL(5 cada 14 días)	AGENTES OFTÁLMICOS
loteprednol etabonate 0.2 % eye drops,suspension	3	ST,QL(10 cada 30 días)	AGENTES OFTÁLMICOS
loteprednol etabonate 0.5 % eye drops,suspension	2	PA,QL(30 cada 30 días)	AGENTES OFTÁLMICOS
loteprednol etabonate 0.5 % eye gel drops	1	QL(5 cada 15 días)	AGENTES OFTÁLMICOS
LUCENTIS 0.3 MG/0.05 ML INTRAVITREAL SYRINGE[MDO]	*		AGENTES OFTÁLMICOS
LUCENTIS 0.5 MG/0.05 ML INTRAVITREAL SYRINGE[MDO]	*		AGENTES OFTÁLMICOS
LUMIGAN 0.01 % EYE DROPS	1	QL(7.5 cada 30 días)	AGENTES OFTÁLMICOS
LUXTURNA 1.5 X 10EXP11 VG/0.3 ML (FINAL) SUBRETINAL SUSPENSION	3	PA	AGENTES OFTÁLMICOS
MAXIDEX 0.1 % EYE DROPS,SUSPENSION	1		AGENTES OFTÁLMICOS
MAXITROL 3.5 MG/G-10,000 UNIT/G-0.1 % EYE OINTMENT	1	PA,QL(3.5 cada 5 días)	AGENTES OFTÁLMICOS
MAXITROL 3.5 MG/ML-10,000 UNIT/ML-0.1% EYE DROPS,SUSPENSION	1	PA,QL(5 cada 5 días)	AGENTES OFTÁLMICOS
methazolamide 25 mg tablet	3	PA	AGENTES OFTÁLMICOS
methazolamide 50 mg tablet	3	PA	AGENTES OFTÁLMICOS
MIEBO (PF) 100 % EYE DROPS	3	PA,QL(12 cada 30 días)	AGENTES OFTÁLMICOS
MIOCHOL-E 1 % (10 MG/ML) INTRAOCULAR KIT	1		AGENTES OFTÁLMICOS
MIOSTAT 0.01 % INTRAOCULAR SOLUTION	1	QL(1.5 cada 1 días)	AGENTES OFTÁLMICOS
MITOSOL 0.2 MG OPHTHALMIC KIT[MDO]	*		AGENTES OFTÁLMICOS
moxifloxacin 0.5 % eye drops	1		AGENTES OFTÁLMICOS
MYDRIACYL 1 % EYE DROPS	1	PA	AGENTES OFTÁLMICOS
NATACYN 5 % EYE DROPS,SUSPENSION	1		AGENTES OFTÁLMICOS
neomycin 1.75 mg-polymyxin 10,000 unit-gramicidin 0.025mg/ml eye drops	2	PA	AGENTES OFTÁLMICOS
neomycin 3.5 mg-polymyxin 10,000 unit-hydrocort 10 mg/ml eye drop,susp	3	PA,QL(7.5 cada 5 días)	AGENTES OFTÁLMICOS
neomycin 3.5 mg/g-polymyxin b 10,000 unit/g-dexameth 0.1 % eye oint	1	QL(3.5 cada 5 días)	AGENTES OFTÁLMICOS
neomycin-bacitracin-poly-hc 3.5 mg-400-10,000 unit/g-1 % eye ointment	1	QL(3.5 cada 5 días)	AGENTES OFTÁLMICOS
neomycin-bacitracin-polymyxn 3.5 mg-400 unit-10,000 unit/gram eye oint	1	QL(3.5 cada 5 días)	AGENTES OFTÁLMICOS
neomycin-polymyxin-dexameth 3.5 mg/ml-10,000 unit/ml-0.1% eye drops	1	QL(5 cada 5 días)	AGENTES OFTÁLMICOS
NEVANAC 0.1 % EYE DROPS,SUSPENSION	3	PA,QL(3 cada 14 días)	AGENTES OFTÁLMICOS
NUFYMCO 0.3 MG/0.05 ML INTRAVITREAL SOLUTION[MDO]	*		AGENTES OFTÁLMICOS

• MDO: Medicamento de uso únicamente médico • OTC – Medicamentos sin receta • PA – Autorización previa • QL – Límite de cantidad • ST – Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
NUFYMCO 0.5 MG/0.05 ML INTRAVITREAL SOLUTION[MDO]	*		AGENTES OFTÁLMICOS
OCUFLOX 0.3 % EYE DROPS	1	PA	AGENTES OFTÁLMICOS
ofloxacin 0.3 % eye drops	1		AGENTES OFTÁLMICOS
olopatadine 0.1 % eye drops[OTC]	2	ST,QL(5 cada 25 días)	AGENTES OFTÁLMICOS
olopatadine 0.1 % eye drops	2	ST,QL(5 cada 25 días)	AGENTES OFTÁLMICOS
olopatadine 0.2 % eye drops	3	ST,QL(5 cada 25 días)	AGENTES OFTÁLMICOS
olopatadine 0.2 % eye drops[OTC]	3	ST,QL(5 cada 25 días)	AGENTES OFTÁLMICOS
olopatadine 0.7 % eye drops[OTC]	2	ST,QL(5 cada 30 días)	AGENTES OFTÁLMICOS
OMIDRIA 1 %-0.3 % INTRAOCULAR CONCENTRATE[MDO]	*		AGENTES OFTÁLMICOS
OXERVATE 0.002 % EYE DROPS	3	PA,QL(14 cada 14 días)	AGENTES OFTÁLMICOS
OZURDEX 0.7 MG INTRAVITREAL IMPLANT[MDO]	*		AGENTES OFTÁLMICOS
PATADAY ONCE DAILY RELIEF 0.2 % EYE DROPS[OTC]	3	PA,ST,QL(5 cada 25 días)	AGENTES OFTÁLMICOS
PATADAY ONCE DAILY RELIEF 0.7 % EYE DROPS[OTC]	2	ST,QL(5 cada 30 días)	AGENTES OFTÁLMICOS
PATADAY TWICE DAILY RELIEF 0.1 % EYE DROPS[OTC]	2	PA,ST,QL(5 cada 25 días)	AGENTES OFTÁLMICOS
PAVBLU 2 MG/0.05 ML INTRAVITREAL SOLUTION[MDO]	*		AGENTES OFTÁLMICOS
PAVBLU 2 MG/0.05 ML INTRAVITREAL SYRINGE[MDO]	*		AGENTES OFTÁLMICOS
phenylephrine 10 % eye drops	1		AGENTES OFTÁLMICOS
phenylephrine 2.5 % eye drops	1		AGENTES OFTÁLMICOS
pilocarpine 1 % eye drops	1		AGENTES OFTÁLMICOS
pilocarpine 1.25 % eye drops	3	PA,QL(5 cada 50 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	QL(10 cada 10 días)	AGENTES OFTÁLMICOS
PRED FORTE 1 % EYE DROPS,SUSPENSION	3	PA,QL(15 cada 30 días)	AGENTES OFTÁLMICOS
PRED MILD 0.12 % EYE DROPS,SUSPENSION	1		AGENTES OFTÁLMICOS
prednisolone acetate 1 % eye drops,suspension	1	QL(15 cada 30 días)	AGENTES OFTÁLMICOS
prednisolone sodium phosphate 1 % eye drops	1		AGENTES OFTÁLMICOS
PROLENSA 0.07 % EYE DROPS	3	PA,QL(3 cada 5 días)	AGENTES OFTÁLMICOS
proparacaine 0.5 % eye drops	1		AGENTES OFTÁLMICOS
RESTASIS 0.05 % EYE DROPS IN A DROPPERETTE	1	QL(60 cada 30 días)	AGENTES OFTÁLMICOS
RESTASIS MULTIDOSE 0.05 % EYE DROPS	3	PA,QL(5.5 cada 30 días)	AGENTES OFTÁLMICOS
RETISERT 0.59 MG INTRAVITREAL IMPLANT[MDO]	*		AGENTES OFTÁLMICOS
RHOPRESSA 0.02 % EYE DROPS	1	QL(2.5 cada 30 días)	AGENTES OFTÁLMICOS

• MDO: Medicamento de uso únicamente médico • OTC – Medicamentos sin receta • PA – Autorización previa • QL – Límite de cantidad • ST – Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
ROCKLATAN 0.02 %-0.005 % EYE DROPS	1	QL(10 cada 90 días)	AGENTES OFTÁLMICOS
RYZUMVI 0.75 % EYE DROPS IN A DROPPERETTE	3	PA,QL(30 cada 30 días)	AGENTES OFTÁLMICOS
SIMBRINZA 1 %-0.2 % EYE DROPS,SUSPENSION	1	QL(8 cada 30 días)	AGENTES OFTÁLMICOS
sulfacetamide sodium 10 % eye drops	2	PA	AGENTES OFTÁLMICOS
sulfacetamide-prednisolone 10 %-0.23 % (0.25 %) eye drops	1		AGENTES OFTÁLMICOS
SUSVIMO (INITIAL FILL) 10 MG/0.1 ML INTRAVITREAL IMPLANT SOLUTION[MDO]	*		AGENTES OFTÁLMICOS
SYFOVRE (PF) 15 MG/0.1 ML INTRAVITREAL SOLUTION[MDO]	*		AGENTES OFTÁLMICOS
tafluprost (pf) 0.0015 % eye drops in a dropperette	1	QL(30 cada 30 días)	AGENTES OFTÁLMICOS
tetracaine 0.5 % eye drops	1		AGENTES OFTÁLMICOS
tetracaine hcl (pf) 0.5 % eye drops	1		AGENTES OFTÁLMICOS
timolol 0.5 % eye drops	3	PA	AGENTES OFTÁLMICOS
timolol maleate (pf) 0.25 % eye drops in a dropperette	3	PA,QL(60 cada 30 días)	AGENTES OFTÁLMICOS
timolol maleate (pf) 0.5 % eye drops in a dropperette	3	PA,QL(60 cada 30 días)	AGENTES OFTÁLMICOS
timolol maleate 0.25 % eye drops	1	QL(30 cada 90 días)	AGENTES OFTÁLMICOS
timolol maleate 0.25 % eye gel forming solution	2	ST,QL(10 cada 30 días)	AGENTES OFTÁLMICOS
timolol maleate 0.5 % eye drops	1	QL(30 cada 90 días)	AGENTES OFTÁLMICOS
timolol maleate 0.5 % eye gel forming solution	2	ST,QL(10 cada 30 días)	AGENTES OFTÁLMICOS
timolol maleate 0.5 % once daily eye drops	2	ST,QL(30 cada 90 días)	AGENTES OFTÁLMICOS
TIMOPTIC OCUDOSE (PF) 0.25 % EYE DROPS IN A DROPPERETTE	3	PA,QL(60 cada 30 días)	AGENTES OFTÁLMICOS
TIMOPTIC OCUDOSE (PF) 0.5 % EYE DROPS IN A DROPPERETTE	3	PA,QL(60 cada 30 días)	AGENTES OFTÁLMICOS
TOBRADEX 0.3 %-0.1 % EYE OINTMENT	1	QL(3.5 cada 5 días)	AGENTES OFTÁLMICOS
TOBRADEX ST 0.3 %-0.05 % EYE DROPS,SUSPENSION	1	QL(20 cada 30 días)	AGENTES OFTÁLMICOS
tobramycin 0.3 % eye drops	1		AGENTES OFTÁLMICOS
tobramycin 0.3 %-dexamethasone 0.1 % eye drops,suspension	1	QL(20 cada 30 días)	AGENTES OFTÁLMICOS
tobramycin 0.3 %-lotepred 0.5 % eye drops,suspension	1	QL(15 cada 30 días)	AGENTES OFTÁLMICOS
TOBREX 0.3 % EYE OINTMENT	1	QL(3.5 cada 5 días)	AGENTES OFTÁLMICOS
TRAVATAN Z 0.004 % EYE DROPS	1	QL(10 cada 30 días)	AGENTES OFTÁLMICOS
travoprost 0.004 % eye drops	1	PA,QL(10 cada 30 días)	AGENTES OFTÁLMICOS
TRIESENCE (PF) 40 MG/ML INTRAOCULAR SUSPENSION[MDO]	*	QL(10 cada 7 días)	AGENTES OFTÁLMICOS
trifluridine 1 % eye drops	1	QL(7.5 cada 5 días)	AGENTES OFTÁLMICOS

• MDO: Medicamento de uso únicamente médico • OTC – Medicamentos sin receta • PA – Autorización previa • QL – Límite de cantidad • ST – Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
tropicamide 0.5 % eye drops	1		AGENTES OFTÁLMICOS
tropicamide 1 % eye drops	1		AGENTES OFTÁLMICOS
TRYPTYR 0.003 % EYE DROPS IN A DROPPERETTE	3	PA,QL(60 cada 30 días)	AGENTES OFTÁLMICOS
TYRVAYA 0.03 MG/SPRAY NASAL SPRAY	3	PA,QL(8.4 cada 30 días)	AGENTES OFTÁLMICOS
VABYSMO 6 MG/0.05 ML INTRAVITREAL SOLUTION[MDO]	*		AGENTES OFTÁLMICOS
VABYSMO 6 MG/0.05 ML INTRAVITREAL SYRINGE[MDO]	*		AGENTES OFTÁLMICOS
VERKAZIA 0.1 % EYE DROPS IN A DROPPERETTE	3	PA,QL(120 cada 30 días)	AGENTES OFTÁLMICOS
VEVYE 0.1 % EYE DROPS	3	PA,QL(2 cada 50 días)	AGENTES OFTÁLMICOS
VIGAMOX 0.5 % EYE DROPS	1	PA	AGENTES OFTÁLMICOS
VISUDYNE 15 MG INTRAVENOUS SOLUTION[MDO]	*		AGENTES OFTÁLMICOS
VUITY 1.25 % EYE DROPS	3	PA,QL(5 cada 50 días)	AGENTES OFTÁLMICOS
VYZULTA 0.024 % EYE DROPS	3	PA,QL(5 cada 30 días)	AGENTES OFTÁLMICOS
XALATAN 0.005 % EYE DROPS	1	PA,QL(10 cada 30 días)	AGENTES OFTÁLMICOS
XIIDRA 5 % EYE DROPS IN A DROPPERETTE	3	PA,QL(60 cada 30 días)	AGENTES OFTÁLMICOS
XIPERE (PF) 40 MG/ML SUPRACHOROIDAL SUSPENSION[MDO]	*	QL(10 cada 7 días)	AGENTES OFTÁLMICOS
YESAFILI 2 MG/0.05 ML INTRAVITREAL SYRINGE[MDO]	*		AGENTES OFTÁLMICOS
YUTIQ 0.18 MG INTRAVITREAL IMPLANT[MDO]	*		AGENTES OFTÁLMICOS
ZERVIATE 0.24 % EYE DROPS IN A DROPPERETTE	3	ST,QL(60 cada 30 días)	AGENTES OFTÁLMICOS
ZIOPTAN (PF) 0.0015 % EYE DROPS IN A DROPPERETTE	1	QL(30 cada 30 días)	AGENTES OFTÁLMICOS
ZOLYMBUS 0.01 % EYE GEL IN A DROPPERETTE	3	PA,QL(30 cada 30 días)	AGENTES OFTÁLMICOS
ZYLET 0.3 %-0.5 % EYE DROPS,SUSPENSION	1	QL(15 cada 30 días)	AGENTES OFTÁLMICOS
lithium carbonate 150 mg capsule	1		AGENTES PARA TRASTORNOS BIPOLARES
lithium carbonate 300 mg capsule	1		AGENTES PARA TRASTORNOS BIPOLARES
lithium carbonate 300 mg tablet	1		AGENTES PARA TRASTORNOS BIPOLARES
lithium carbonate 600 mg capsule	1		AGENTES PARA TRASTORNOS BIPOLARES
lithium carbonate er 300 mg tablet,extended release	1		AGENTES PARA TRASTORNOS BIPOLARES
lithium carbonate er 450 mg tablet,extended release	1		AGENTES PARA TRASTORNOS BIPOLARES
lithium citrate 8 meq/5 ml oral solution	1		AGENTES PARA TRASTORNOS BIPOLARES
LITHOBID 300 MG TABLET,EXTENDED RELEASE	1		AGENTES PARA TRASTORNOS BIPOLARES

• MDO: Medicamento de uso únicamente médico • OTC – Medicamentos sin receta • PA – Autorización previa • QL – Límite de cantidad • ST – Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
AMBIEN 10 MG TABLET	1	PA,QL(30 cada 30 días)	AGENTES PARA TRASTORNOS DEL SUEÑO
AMBIEN 5 MG TABLET	1	PA,QL(30 cada 30 días)	AGENTES PARA TRASTORNOS DEL SUEÑO
AMBIEN CR 12.5 MG TABLET,EXTENDED RELEASE	2	PA,ST,QL(30 cada 30 días)	AGENTES PARA TRASTORNOS DEL SUEÑO
AMBIEN CR 6.25 MG TABLET,EXTENDED RELEASE	2	PA,ST,QL(30 cada 30 días)	AGENTES PARA TRASTORNOS DEL SUEÑO
armodafinil 150 mg tablet	3	PA,QL(30 cada 30 días)	AGENTES PARA TRASTORNOS DEL SUEÑO
armodafinil 200 mg tablet	3	PA,QL(30 cada 30 días)	AGENTES PARA TRASTORNOS DEL SUEÑO
armodafinil 250 mg tablet	3	PA,QL(30 cada 30 días)	AGENTES PARA TRASTORNOS DEL SUEÑO
armodafinil 50 mg tablet	3	PA,QL(30 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	3	ST,QL(30 cada 30 días)	AGENTES PARA TRASTORNOS DEL SUEÑO
DAYVIGO 5 MG TABLET	3	ST,QL(30 cada 30 días)	AGENTES PARA TRASTORNOS DEL SUEÑO
DORAL 15 MG TABLET	3	PA,QL(30 cada 30 días)	AGENTES PARA TRASTORNOS DEL SUEÑO
doxepin 3 mg tablet	3	PA,QL(30 cada 30 días)	AGENTES PARA TRASTORNOS DEL SUEÑO
doxepin 6 mg tablet	3	PA,QL(30 cada 30 días)	AGENTES PARA TRASTORNOS DEL SUEÑO
EDLUAR 10 MG SUBLINGUAL TABLET	3	PA,QL(30 cada 30 días)	AGENTES PARA TRASTORNOS DEL SUEÑO
EDLUAR 5 MG SUBLINGUAL TABLET	3	PA,QL(30 cada 30 días)	AGENTES PARA TRASTORNOS DEL SUEÑO
estazolam 1 mg tablet	2	ST,QL(30 cada 30 días)	AGENTES PARA TRASTORNOS DEL SUEÑO
estazolam 2 mg tablet	2	ST,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	3	PA,QL(30 cada 30 días)	AGENTES PARA TRASTORNOS DEL SUEÑO
flurazepam 30 mg capsule	3	PA,QL(30 cada 30 días)	AGENTES PARA TRASTORNOS DEL SUEÑO
HETLIOZ 20 MG CAPSULE	3	PA,QL(30 cada 30 días)	AGENTES PARA TRASTORNOS DEL SUEÑO

• MDO: Medicamento de uso únicamente médico • OTC – Medicamentos sin receta • PA – Autorización previa • QL – Límite de cantidad • ST – Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
HETLIOZ LQ 4 MG/ML ORAL SUSPENSION	3	PA	AGENTES PARA TRASTORNOS DEL SUEÑO
modafinil 100 mg tablet	3	PA,QL(30 cada 30 días)	AGENTES PARA TRASTORNOS DEL SUEÑO
modafinil 200 mg tablet	3	PA,QL(30 cada 30 días)	AGENTES PARA TRASTORNOS DEL SUEÑO
NUVIGIL 150 MG TABLET	3	PA,QL(30 cada 30 días)	AGENTES PARA TRASTORNOS DEL SUEÑO
NUVIGIL 200 MG TABLET	3	PA,QL(30 cada 30 días)	AGENTES PARA TRASTORNOS DEL SUEÑO
NUVIGIL 250 MG TABLET	3	PA,QL(30 cada 30 días)	AGENTES PARA TRASTORNOS DEL SUEÑO
NUVIGIL 50 MG TABLET	3	PA,QL(30 cada 30 días)	AGENTES PARA TRASTORNOS DEL SUEÑO
PROVIGIL 100 MG TABLET	3	PA,QL(30 cada 30 días)	AGENTES PARA TRASTORNOS DEL SUEÑO
PROVIGIL 200 MG TABLET	3	PA,QL(30 cada 30 días)	AGENTES PARA TRASTORNOS DEL SUEÑO
quazepam 15 mg tablet	3	PA,QL(30 cada 30 días)	AGENTES PARA TRASTORNOS DEL SUEÑO
QUVIVIQ 25 MG TABLET	3	PA,QL(30 cada 30 días)	AGENTES PARA TRASTORNOS DEL SUEÑO
QUVIVIQ 50 MG TABLET	3	PA,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	1	PA,QL(30 cada 30 días)	AGENTES PARA TRASTORNOS DEL SUEÑO
RESTORIL 22.5 MG CAPSULE	3	PA,QL(30 cada 30 días)	AGENTES PARA TRASTORNOS DEL SUEÑO
RESTORIL 30 MG CAPSULE	1	PA,QL(30 cada 30 días)	AGENTES PARA TRASTORNOS DEL SUEÑO
RESTORIL 7.5 MG CAPSULE	3	PA,QL(30 cada 30 días)	AGENTES PARA TRASTORNOS DEL SUEÑO
ROZEREM 8 MG TABLET	1	PA,QL(30 cada 30 días)	AGENTES PARA TRASTORNOS DEL SUEÑO
sodium oxybate 500 mg/ml oral solution	3	PA	AGENTES PARA TRASTORNOS DEL SUEÑO
SUNOSI 150 MG TABLET	3	PA,QL(30 cada 30 días)	AGENTES PARA TRASTORNOS DEL SUEÑO
SUNOSI 75 MG TABLET	3	PA,QL(30 cada 30 días)	AGENTES PARA TRASTORNOS DEL SUEÑO
tasimelteon 20 mg capsule	3	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	3	PA,QL(30 cada 30 días)	AGENTES PARA TRASTORNOS DEL SUEÑO
temazepam 30 mg capsule	1	QL(30 cada 30 días)	AGENTES PARA TRASTORNOS DEL SUEÑO
temazepam 7.5 mg capsule	3	PA,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

• MDO: Medicamento de uso únicamente médico • OTC – Medicamentos sin receta • PA – Autorización previa • QL – Límite de cantidad • ST – Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
triazolam 0.25 mg tablet	1	QL(30 cada 30 días)	AGENTES PARA TRASTORNOS DEL SUEÑO
WAKIX 17.8 MG TABLET	3	PA,QL(60 cada 30 días)	AGENTES PARA TRASTORNOS DEL SUEÑO
WAKIX 4.45 MG TABLET	3	PA,QL(60 cada 30 días)	AGENTES PARA TRASTORNOS DEL SUEÑO
XYREM 500 MG/ML ORAL SOLUTION	3	PA	AGENTES PARA TRASTORNOS DEL SUEÑO
XYWAV 0.5 GRAM/ML ORAL SOLUTION	3	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	3	PA,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	3	PA,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	3	PA,QL(30 cada 30 días)	AGENTES PARA TRASTORNOS DEL SUEÑO
zolpidem er 12.5 mg tablet,extended release,multiphase	2	ST,QL(30 cada 30 días)	AGENTES PARA TRASTORNOS DEL SUEÑO
zolpidem er 6.25 mg tablet,extended release,multiphase	2	ST,QL(30 cada 30 días)	AGENTES PARA TRASTORNOS DEL SUEÑO
1ST TIER UNIFINE PENTIPS 29 GAUGE X 1/2" NEEDLE[OTC]	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
1ST TIER UNIFINE PENTIPS 31 GAUGE X 1/4" NEEDLE[OTC]	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
1ST TIER UNIFINE PENTIPS 31 GAUGE X 3/16" NEEDLE[OTC]	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
1ST TIER UNIFINE PENTIPS 31 GAUGE X 5/16" NEEDLE[OTC]	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
1ST TIER UNIFINE PENTIPS 32 GAUGE X 5/32" NEEDLE[OTC]	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
1ST TIER UNIFINE PENTIPS PLUS 29 GAUGE X 1/2" NEEDLE[OTC]	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
1ST TIER UNIFINE PENTIPS PLUS 31 GAUGE X 1/4" NEEDLE[OTC]	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
1ST TIER UNIFINE PENTIPS PLUS 31 GAUGE X 3/16" NEEDLE[OTC]	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
1ST TIER UNIFINE PENTIPS PLUS 31 GAUGE X 5/16" NEEDLE[OTC]	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
1ST TIER UNIFINE PENTIPS PLUS 32 GAUGE X 5/32" NEEDLE[OTC]	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
2-IN-1 LANCET DEVICE 30 GAUGE[OTC]	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
ACCU-CHEK FASTCLIX LANCET DRUM[OTC]	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
ACCU-CHEK FASTCLIX LANCING DEVICE KIT[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS

• MDO: Medicamento de uso únicamente médico • OTC – Medicamentos sin receta • PA – Autorización previa • QL – Límite de cantidad • ST – Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
ACCU-CHEK GUIDE GLUCOSE METER[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
ACCU-CHEK GUIDE L1-L2 CONTROL SOLUTION[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
ACCU-CHEK GUIDE ME GLUCOSE METER[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
ACCU-CHEK GUIDE TEST STRIPS[OTC]	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
ACCU-CHEK SAFE-T-PRO PLUS 23 GAUGE[OTC]	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
ACCU-CHEK SOFTCLIX LANCETS[OTC]	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
ACCU-CHEK SOFTCLIX LANCING DEVICE+LANCETS KIT[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
ACE AEROSOL CLOUD ENHANCER SPACER	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
ACETADOTE 200 MG/ML (20 %) INTRAVENOUS SOLUTION	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
acetaminophen 1,000 mg/100 ml (10 mg/ml) intravenous solution[MDO]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
acetaminophen 500 mg/50 ml (10 mg/ml) intravenous solution[MDO]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
acetaminophen 650 mg/65 ml (10 mg/ml) intravenous solution[MDO]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
acetic acid 0.25 % irrigation solution	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
ACETYLCYSTEINE (BULK) POWDER	1	QL(1 cada 30 dÍas)	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
ACETYLCYSTEINE (BULK) POWDER[OTC]	1	QL(1 cada 30 dÍas)	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
acetylcysteine 200 mg/ml (20 %) intravenous solution	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
ACTI-LANCE LANCETS 17 GAUGE[OTC]	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
ACTI-LANCE LANCETS 23 GAUGE[OTC]	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
ACTI-LANCE LANCETS 28 GAUGE[OTC]	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
ACTIVASE 100 MG INTRAVENOUS SOLUTION	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
ACTIVASE 50 MG INTRAVENOUS SOLUTION	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
ACYCLOVIR (BULK) 100 % POWDER	1	QL(1 cada 30 dÍas)	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
ADAKVEO 10 MG/ML INTRAVENOUS SOLUTION	3	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
adenosine (diagnostic) 3 mg/ml intravenous solution[MDO]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
ADJUSTABLE LANCING DEVICE[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
ADREVIEW 10 MCI/5 ML (370 MBQ/5 ML) INTRAVENOUS SOLUTION[MDO]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
ADSTILADRIN 3X10EXP11 VP/ML INTRAVESICAL SUSPENSION	3	PA,QL(4 cada 90 dÍas)	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS

• MDO: Medicamento de uso únicamente médico • OTC – Medicamentos sin receta • PA – Autorización previa • QL – Límite de cantidad • ST – Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
ADVANCED LANCING DEVICE KIT[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
ADVANCED TRAVEL LANCETS 28 GAUGE[OTC]	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
ADVANTAGE SAFETY LANCET 28 GAUGE[OTC]	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
ADVOCATE LANCET 21 GAUGE[OTC]	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
ADVOCATE LANCET 23 GAUGE[OTC]	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
ADVOCATE LANCET 26 GAUGE[OTC]	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
ADVOCATE LANCET 28 GAUGE[OTC]	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
ADVOCATE LANCET 30 GAUGE[OTC]	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
ADVOCATE LANCING DEVICE[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
ADVOCATE PEN NEEDLE 31 GAUGE X 3/16"[OTC]	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
ADVOCATE PEN NEEDLE 31 GAUGE X 5/16"[OTC]	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
ADVOCATE PEN NEEDLE 32 GAUGE X 5/32"[OTC]	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
ADVOCATE PEN NEEDLE 33 GAUGE X 5/32"[OTC]	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
ADVOCATE SYRINGES 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16"[OTC]	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
ADVOCATE SYRINGES 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"[OTC]	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
ADVOCATE SYRINGES 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"[OTC]	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
ADVOCATE SYRINGES 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"[OTC]	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
ADVOCATE SYRINGES 1 ML 30 GAUGE X 5/16"[OTC]	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
ADVOCATE SYRINGES 1 ML 31 GAUGE X 5/16"[OTC]	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
AEROCHAMBER MECHANICAL VENT	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

• MDO: Medicamento de uso únicamente médico • OTC – Medicamentos sin receta • PA – Autorización previa • QL – Límite de cantidad • ST – Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
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
AEROTRACH PLUS SPACER	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
AGAMATRIX ULTRA-THIN LANCET 33 GAUGE[OTC]	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
ALAWAY 0.025 % (0.035 %) EYE DROPS[OTC]	1	PA,QL(5 cada 30 dÍas)	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
ALBENDAZOLE (BULK) 100 % POWDER	1	QL(48 cada 30 dÍas)	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
ALHEMO PEN 150 MG/1.5 ML (100 MG/ML) SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR	3	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
ALHEMO PEN 300 MG/3 ML (100 MG/ML) SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR	3	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
ALHEMO PEN 60 MG/1.5 ML (40 MG/ML) SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR	3	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
ALPHANINE SD 1,000 (+/-) UNIT INTRAVENOUS SOLUTION	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
ALPHANINE SD 1,500 (+/-) UNIT INTRAVENOUS SOLUTION	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
ALPHANINE SD 500 (+/-) UNIT INTRAVENOUS SOLUTION	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
ALPROLIX 1,000 UNIT INTRAVENOUS SOLUTION	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
ALPROLIX 2,000 UNIT INTRAVENOUS SOLUTION	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
ALPROLIX 250 UNIT INTRAVENOUS SOLUTION	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
ALPROLIX 3,000 UNIT INTRAVENOUS SOLUTION	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
ALPROLIX 4,000 UNIT INTRAVENOUS SOLUTION	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
ALPROLIX 500 UNIT INTRAVENOUS SOLUTION	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
ALTERNATE SITE LANCET 26 GAUGE[OTC]	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
ALTERNATE SITE LANCING DEVICE[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
AMBELVIST 0.1 MMOL/ML INTRAVENOUS SOLUTION[MDO]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
AMBELVIST 0.75 MMOL/7.5 ML(0.1 MMOL/ML) INTRAVENOUS SYRINGE[MDO]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
AMBELVIST 1 MMOL/10 ML (0.1 MMOL/ML) INTRAVENOUS SYRINGE[MDO]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
AMBELVIST 1.5 MMOL/15 ML (0.1 MMOL/ML) INTRAVENOUS SYRINGE[MDO]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS

• MDO: Medicamento de uso únicamente médico • OTC – Medicamentos sin receta • PA – Autorización previa • QL – Límite de cantidad • ST – Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
AMIDATE 2 MG/ML INTRAVENOUS SOLUTION	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
AMLODIPINE BESYLATE (BULK) 100 % POWDER	1	QL(1 cada 30 dÍas)	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
AMMONUL 10 %-10 % INTRAVENOUS SOLUTION[MDO]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
AMPHOTERICIN B (BULK) POWDER	1	QL(1 cada 30 dÍas)	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
AMYVID 10 MCI (370 MBQ) INTRAVENOUS SOLUTION[MDO]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
ANASCORP 35 MG INTRAVENOUS SOLUTION[MDO]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
ANAVIP 120 MG SOLUTION FOR INJECTION[MDO]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
ANDEXXA 200 MG INTRAVENOUS SOLUTION[MDO]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
ANECTINE 20 MG/ML INJECTION SOLUTION[MDO]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
ANTIVENIN LATRODECTUS MACTANS 6,000 UNIT SOLUTION FOR INJECTION[MDO]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
ANTIVENIN, MICRURUS FULVIUS 250 UNIT SOLUTION FOR INJECTION[MDO]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
APLISOL 5 TUB. UNIT/0.1 ML INTRADERMAL INJECTION SOLUTION	1	QL(0.1 cada 1 dÍas)	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
AQINJECT PEN NEEDLE 31 GAUGE X 3/16"[OTC]	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
AQINJECT PEN NEEDLE 32 GAUGE X 5/32"[OTC]	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
AQNEURSA 1 GRAM ORAL GRANULES IN PACKET	3	PA,QL(112 cada 28 dÍas)	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
AQUA LANCE LANCING DEVICE[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
ARIDOL BRONCHIAL CHALLENGE 0 MG-5 MG-10 MG-20 MG-40 MG INHALATN POWDER[MDO]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
ARTISS 2.5 UNIT TO 6.5 UNIT/ML (2ML) TOPICAL SYRINGE	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
ARTISS 2.5 UNIT TO 6.5 UNIT/ML (4ML) TOPICAL SYRINGE	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
ARTISS 2.5 UNIT TO 6.5 UNIT/ML(10ML) TOPICAL SYRINGE	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
ASSURE ID DUO PRO SAFETY PEN NEEDLE 31 GAUGE X 3/16"[OTC]	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
ASSURE ID PEN NEEDLE 30 GAUGE X 5/16"[OTC]	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
ASSURE ID PRO PEN NEEDLE 30 GAUGE X 3/16"[OTC]	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
ASSURE LANCE 25 GAUGE[OTC]	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
ASSURE LANCE 28 GAUGE[OTC]	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
ATEBRIOZ 25 MG TABLET	3	PA,QL(120 cada 30 dÍas)	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
atracurium 10 mg/ml intravenous solution	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS

• MDO: Medicamento de uso únicamente médico • OTC – Medicamentos sin receta • PA – Autorización previa • QL – Límite de cantidad • ST – Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
AURLUMYN 100 MCG/ML INTRAVENOUS SOLUTION[MDO]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
AUTO-LANCET MINI[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
AUTOKEEPER SAFETY PEN NEEDLE 30 GAUGE X 3/16"[OTC]	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
AUTOKEEPER SAFETY PEN NEEDLE 30 GAUGE X 5/16"[OTC]	1	PA	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	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
AUTOSHIELD DUO PEN NEEDLE 30 GAUGE X 3/16"[OTC]	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
AXUMIN 10 MCI (370 MBQ) INTRAVENOUS SOLUTION[MDO]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
AZATHIOPRINE (BULK) POWDER	1	QL(2 cada 30 dÍas)	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
BACLOFEN (BULK) 100 % POWDER	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
bacteriostatic water for kanjinti injection solution	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
bacteriostatic water for ogivri injection solution	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
bacteriostatic water for trazimera injection solution	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
bacteriostatic water-herzuma injection solution	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
bacteriostatic water-omnitrope injection solution	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
BALFAXAR 1,000 UNIT INTRAVENOUS SOLUTION[MDO]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
BALFAXAR 500 UNIT INTRAVENOUS SOLUTION[MDO]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
BD AUTOSHIELD DUO PEN NEEDLE 30 GAUGE X 3/16"[OTC]	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
BD ECLIPSE LUER-LOK 1 ML 30 GAUGE X 1/2" SYRINGE[OTC]	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
BD INSULIN SYRINGE 1 ML 28 GAUGE X 1/2"[OTC]	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
BD INSULIN SYRINGE MICRO-FINE 1 ML 28 GAUGE X 1/2"[OTC]	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
BD INSULIN SYRINGE U-500 1/2 ML 31 GAUGE X 15/64"	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
BD INSULIN SYRINGE ULTRA-FINE (HALF UNIT) 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"[OTC]	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
BD INSULIN SYRINGE ULTRA-FINE 0.3 ML 30 GAUGE X 1/2"[OTC]	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
BD INSULIN SYRINGE ULTRA-FINE 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"[OTC]	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
BD INSULIN SYRINGE ULTRA-FINE 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2"[OTC]	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS

• MDO: Medicamento de uso únicamente médico • OTC – Medicamentos sin receta • PA – Autorización previa • QL – Límite de cantidad • ST – Terapia por fases

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

• MDO: Medicamento de uso únicamente médico • OTC – Medicamentos sin receta • PA – Autorización previa • QL – Límite de cantidad • ST – Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
belladonna alkaloids-opium 16.2 mg-30 mg rectal suppository	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
belladonna alkaloids-opium 16.2 mg-60 mg rectal suppository	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
BENEFIX 1,000 UNIT INTRAVENOUS SOLUTION	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
BENEFIX 2,000 UNIT INTRAVENOUS SOLUTION	3		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
BENEFIX 250 UNIT INTRAVENOUS SOLUTION	3		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
BENEFIX 3,000 UNIT INTRAVENOUS SOLUTION	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
BENEFIX 500 UNIT INTRAVENOUS SOLUTION	3		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
BENZOCAINE (BULK) POWDER	1	QL(2 cada 30 dÍas)	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
BETHANECHOL CHLORIDE (BULK) POWDER	1	QL(1 cada 30 dÍas)	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
BEXLUTRY 10 MCI/ML (370 MBQ/ML) INTRAVENOUS SOLUTION[MDO]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
BEYFORTUS 100 MG/ML INTRAMUSCULAR SYRINGE	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
BEYFORTUS 50 MG/0.5 ML INTRAMUSCULAR SYRINGE	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
BLOXIVERZ 5 MG/5 ML (1 MG/ML) INTRAVENOUS SYRINGE	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
BLUDIGO 8 MG/ML (0.8 %) INTRAVENOUS SOLUTION[MDO]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
BOTOX 100 UNIT INJECTION[MDO]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
BOTOX 200 UNIT INJECTION[MDO]	*		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
BREATHERITE VALVED MDI SPACER	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
BREVITAL 500 MG SOLUTION FOR INJECTION	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
BRIDION 100 MG/ML INTRAVENOUS SOLUTION[MDO]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
BRINSUPRI 10 MG TABLET	3	PA,QL(30 cada 30 dÍas)	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS

• MDO: Medicamento de uso únicamente médico • OTC – Medicamentos sin receta • PA – Autorización previa • QL – Límite de cantidad • ST – Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
BRINSUPRI 25 MG TABLET	3	PA,QL(30 cada 30 días)	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
BULLSEYE MINI SAFETY LANCETS 21 GAUGE[OTC]	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
BULLSEYE MINI SAFETY LANCETS 25 GAUGE[OTC]	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
BULLSEYE MINI SAFETY LANCETS 28 GAUGE[OTC]	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
butalbital 50 mg-acetaminophen 300 mg capsule	3	PA,QL(120 cada 30 días)	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
butalbital 50 mg-acetaminophen 300 mg tablet	3	PA,QL(120 cada 30 días)	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
butalbital 50 mg-acetaminophen 300 mg-caffeine 40 mg-codeine 30 mg cap	3	PA,QL(120 cada 30 días)	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
butalbital 50 mg-acetaminophen 325 mg tablet	1	QL(120 cada 30 días)	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
butalbital 50 mg-acetaminophen 325 mg-caffeine 40 mg-codeine 30 mg cap	1	QL(120 cada 30 días)	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
butalbital-acetaminophen-caffeine 50 mg-300 mg-40 mg capsule	3	PA,QL(120 cada 30 días)	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
butalbital-acetaminophen-caffeine 50 mg-325 mg-40 mg capsule	3	PA,QL(120 cada 30 días)	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
butalbital-acetaminophen-caffeine 50 mg-325 mg-40 mg tablet	1	QL(120 cada 30 días)	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
butalbital-acetaminophen-caffeine 50 mg-325 mg-40 mg/15 ml oral soln	3	PA,QL(4560 cada 30 días)	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
butalbital-aspirin-caffeine 50 mg-325 mg-40 mg capsule	1	QL(120 cada 30 días)	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
BUTTERFLY TOUCH LANCET 30 GAUGE[OTC]	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
BYFAVO 20 MG INTRAVENOUS SOLUTION[MDO]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
BYLVAY 1,200 MCG CAPSULE	3	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
BYLVAY 200 MCG ORAL PELLET	3	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
BYLVAY 400 MCG CAPSULE	3	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
BYLVAY 600 MCG ORAL PELLET	3	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
CAFCIT 60 MG/3 ML (20 MG/ML) INTRAVENOUS SOLUTION	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
caffeine citrate 60 mg/3 ml (20 mg/ml) intravenous solution	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
caffeine citrate 60 mg/3 ml (20 mg/ml) oral solution	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
caffeine-sodium benzoate 250 mg/ml(125 mg/ml caffeine) injection soln	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
CARDIOLITE INTRAVENOUS SYRINGE[MDO]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
cardioplegic solution 16 meq/l (potassium) for perfusion	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
CAREONE LANCING DEVICE[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS

• MDO: Medicamento de uso únicamente médico • OTC – Medicamentos sin receta • PA – Autorización previa • QL – Límite de cantidad • ST – Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
CAREONE ULTRA THIN LANCET[OTC]	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
CARESENS LANCETS 30 GAUGE[OTC]	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
CARESOFT LANCING DEVICE[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
CARETOUCH CONTROL SOLUTION L2-L3[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
CARETOUCH INSULIN SYRINGE 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"[OTC]	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
CARETOUCH INSULIN SYRINGE 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"[OTC]	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
CARETOUCH INSULIN SYRINGE 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"[OTC]	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
CARETOUCH INSULIN SYRINGE 1 ML 28 GAUGE X 5/16"[OTC]	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
CARETOUCH INSULIN SYRINGE 1 ML 29 GAUGE X 5/16"[OTC]	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
CARETOUCH INSULIN SYRINGE 1 ML 30 GAUGE X 5/16"[OTC]	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
CARETOUCH INSULIN SYRINGE 1 ML 31 GAUGE X 5/16"[OTC]	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
CARETOUCH PEN NEEDLE 29 GAUGE X 1/2"[OTC]	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
CARETOUCH PEN NEEDLE 31 GAUGE X 1/4"[OTC]	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
CARETOUCH PEN NEEDLE 31 GAUGE X 3/16"[OTC]	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
CARETOUCH PEN NEEDLE 31 GAUGE X 5/16"[OTC]	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
CARETOUCH PEN NEEDLE 32 GAUGE X 3/16"[OTC]	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
CARETOUCH PEN NEEDLE 32 GAUGE X 5/32"[OTC]	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
CARETOUCH SAFETY LANCETS 26 GAUGE[OTC]	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
CARETOUCH SAFETY LANCETS 28 GAUGE[OTC]	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
CARETOUCH TWIST LANCET 28 GAUGE[OTC]	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
CARETOUCH TWIST LANCET 30 GAUGE[OTC]	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
CARETOUCH TWIST LANCET 33 GAUGE[OTC]	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
CASGEVY 4X10EXP6 TO 13X10EXP6 CELL/ML INTRAVENOUS SUSPENSION[MDO]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
CATHFLO ACTIVASE 2 MG INTRA-CATHETER SOLUTION	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
CAYA CONTOURED 65 MM-80 MM VAGINAL DIAPHRAGM	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
CERETEC 0.5 MG INTRAVENOUS KIT[MDO]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
CERETEC 0.5 MG INTRAVENOUS SOLUTION[MDO]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS

• MDO: Medicamento de uso únicamente médico • OTC – Medicamentos sin receta • PA – Autorización previa • QL – Límite de cantidad • ST – Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
CERIANNA 148 MBQ/ML TO 3,700 MBQ/ML INTRAVENOUS SOLUTION[MDO]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
CERVIDIL 10 MG VAGINAL INSERT,CONTROLLED RELEASE	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
CHERRY FLAVOR (BULK) ORAL LIQUID[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
CHERRY FLAVOR (BULK) ORAL SYRUP[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
CHILDREN'S ALAWAY 0.025 % (0.035 %) EYE DROPS[OTC]	1	PA,QL(5 cada 30 dÍas)	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
CHIRHOSTIM 16 MCG INTRAVENOUS SOLUTION[MDO]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
CHLORPROMAZINE (BULK) 100 % POWDER	1	QL(1 cada 30 dÍas)	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
cholecalciferol (vitamin d3) 10 mcg/ml (400 unit/ml) oral drops[OTC]	3	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
cholecalciferol (vitamin d3) 125 mcg/ml (5,000 unit/ml) oral drops[OTC]	3	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
CHOLESTYRAMINE (BULK) POWDER	1	QL(1 cada 30 dÍas)	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
CHOSEN LANCET 30 GAUGE[OTC]	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
CHOSEN LANCING DEVICE[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
CHOSEN SAFETY LANCET 28 GAUGE[OTC]	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
cisatracurium 2 mg/ml intravenous solution	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
cisatracurium concentrate 10 mg/ml (icu use only) intravenous solution	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
clariscan 0.5 mmol/ml (376.9 mg/ml) intravenous solution[MDO]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
clariscan 0.5 mmol/ml intravenous syringe[MDO]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
CLEVER CHEK LANCETS 30 GAUGE[OTC]	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
CLEVER CHOICE HOLDING CHAMBER-LARGE MASK	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
CLEVER CHOICE HOLDING CHAMBER-MEDIUM MASK	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
CLEVER CHOICE HOLDING CHAMBER-SMALL MASK	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
CLICKFINE PEN NEEDLE 31 GAUGE X 1/4"[OTC]	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
CLINDAMYCIN PHOSPHATE (BULK) POWDER	1	QL(1 cada 30 dÍas)	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
clonidine (pf) 1,000 mcg/10 ml (100 mcg/ml) epidural solution	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
clonidine (pf) 5,000 mcg/10 ml epidural solution	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
CLONIDINE HCL (BULK) POWDER[MDO]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
COAGADEX 250 (+/-) UNIT RANGE INTRAVENOUS SOLUTION	3	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS

• MDO: Medicamento de uso únicamente médico • OTC – Medicamentos sin receta • PA – Autorización previa • QL – Límite de cantidad • ST – Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
COAGADEX 500 (+/-) UNIT RANGE INTRAVENOUS SOLUTION	3	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
COAGUCHEK LANCETS[OTC]	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
COBENFY 100 MG-20 MG CAPSULE	3	PA,QL(60 cada 30 días)	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
COBENFY 125 MG-30 MG CAPSULE	3	PA,QL(60 cada 30 días)	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
COBENFY 50 MG-20 MG CAPSULE	3	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	3	PA,QL(60 cada 30 días)	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
cocaine 4 % nasal solution[MDO]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
CODEINE PHOSPHATE (BULK) 100 % POWDER	1	QL(1 cada 30 días)	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
COMBOGESIC IV 300 MG-1,000 MG/100 ML INTRAVENOUS SOLUTION	3	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
COMFORT EZ INSULIN SYRINGE 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2"[OTC]	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
COMFORT EZ INSULIN SYRINGE 0.3 ML 30 GAUGE X 1/2"[OTC]	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
COMFORT EZ INSULIN SYRINGE 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16"[OTC]	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
COMFORT EZ INSULIN SYRINGE 0.3 ML 31 GAUGE X 15/64"[OTC]	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
COMFORT EZ INSULIN SYRINGE 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"[OTC]	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
COMFORT EZ INSULIN SYRINGE 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"[OTC]	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
COMFORT EZ INSULIN SYRINGE 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2"[OTC]	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
COMFORT EZ INSULIN SYRINGE 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"[OTC]	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
COMFORT EZ INSULIN SYRINGE 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"[OTC]	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
COMFORT EZ INSULIN SYRINGE 1 ML 27 GAUGE X 1/2"[OTC]	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
COMFORT EZ INSULIN SYRINGE 1 ML 28 GAUGE X 1/2"[OTC]	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
COMFORT EZ INSULIN SYRINGE 1 ML 29 GAUGE X 1/2"[OTC]	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
COMFORT EZ INSULIN SYRINGE 1 ML 30 GAUGE X 1/2"[OTC]	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
COMFORT EZ INSULIN SYRINGE 1 ML 30 GAUGE X 5/16"[OTC]	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
COMFORT EZ INSULIN SYRINGE 1 ML 31 GAUGE X 15/64"[OTC]	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
COMFORT EZ INSULIN SYRINGE 1 ML 31 GAUGE X 5/16"[OTC]	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
COMFORT EZ INSULIN SYRINGE 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2"[OTC]	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
COMFORT EZ INSULIN SYRINGE 1/2 ML 31 GAUGE X 15/64"[OTC]	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS

• MDO: Medicamento de uso únicamente médico • OTC – Medicamentos sin receta • PA – Autorización previa • QL – Límite de cantidad • ST – Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
COMFORT EZ LANCETS 21 GAUGE[OTC]	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
COMFORT EZ LANCETS 23 GAUGE[OTC]	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
COMFORT EZ LANCETS 28 GAUGE[OTC]	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
COMFORT EZ PEN NEEDLES 29 GAUGE X 1/2"[OTC]	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
COMFORT EZ PEN NEEDLES 31 GAUGE X 1/4"[OTC]	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
COMFORT EZ PEN NEEDLES 31 GAUGE X 3/16"[OTC]	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
COMFORT EZ PEN NEEDLES 31 GAUGE X 5/16"[OTC]	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
COMFORT EZ PEN NEEDLES 32 GAUGE X 1/4"[OTC]	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
COMFORT EZ PEN NEEDLES 32 GAUGE X 3/16"[OTC]	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
COMFORT EZ PEN NEEDLES 32 GAUGE X 5/16"[OTC]	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
COMFORT EZ PEN NEEDLES 32 GAUGE X 5/32"[OTC]	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
COMFORT EZ PEN NEEDLES 33 GAUGE X 1/4"[OTC]	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
COMFORT EZ PEN NEEDLES 33 GAUGE X 3/16"[OTC]	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
COMFORT EZ PEN NEEDLES 33 GAUGE X 5/16"[OTC]	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
COMFORT EZ PEN NEEDLES 33 GAUGE X 5/32"[OTC]	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
COMFORT EZ PLUS PEN NEEDLE 32 GAUGE X 5/32"[OTC]	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
COMFORT EZ PRO SAFETY PEN NEEDLE 30 GAUGE X 5/16"[OTC]	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
COMFORT EZ PRO SAFETY PEN NEEDLE 31 GAUGE X 3/16"[OTC]	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
COMFORT EZ PRO SAFETY PEN NEEDLE 31 GAUGE X 5/32"[OTC]	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
COMFORT TOUCH PEN NEEDLE 31 GAUGE X 1/4"[OTC]	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
COMFORT TOUCH PEN NEEDLE 31 GAUGE X 3/16"[OTC]	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
COMFORT TOUCH PEN NEEDLE 31 GAUGE X 5/16"[OTC]	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
COMFORT TOUCH PEN NEEDLE 31 GAUGE X 5/32"[OTC]	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
COMFORT TOUCH PEN NEEDLE 32 GAUGE X 1/4"[OTC]	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
COMFORT TOUCH PEN NEEDLE 32 GAUGE X 3/16"[OTC]	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
COMFORT TOUCH PEN NEEDLE 32 GAUGE X 5/16"[OTC]	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
COMFORT TOUCH PEN NEEDLE 32 GAUGE X 5/32"[OTC]	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS

• MDO: Medicamento de uso únicamente médico • OTC – Medicamentos sin receta • PA – Autorización previa • QL – Límite de cantidad • ST – Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
COMFORT TOUCH PEN NEEDLE 33 GAUGE X 1/4"OTC	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
COMFORT TOUCH PEN NEEDLE 33 GAUGE X 3/16"OTC	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
COMFORT TOUCH PEN NEEDLE 33 GAUGE X 5/32"OTC	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
COMFORT TOUCH PLUS PRESSURE ACTIVATED SAFETY LANCETS 30 GAUGEOTC	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
COMFORT TOUCH ULTRA THIN LANCETS 31 GAUGEOTC	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
COMFORTSEAL LARGE MASK	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
COMFORTSEAL MEDIUM MASK	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
COMFORTSEAL SMALL MASK	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
CONTOUR NEXT TEST STRIPSOTC	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
CONTOUR PLUS LEVEL 1 CONTROL SOLUTIONOTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
CONTOUR PLUS LEVEL 2 CONTROL SOLUTIONOTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
CORIFACT 1,000 UNIT-1,600 UNIT INTRAVENOUS SOLUTION	3	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
COSELA 300 MG INTRAVENOUS SOLUTIONMDO	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
CROFAB 1 GRAM SOLUTION FOR INJECTIONMDO	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
cyanocobalamin (vit b-12) 1,000 mcg/ml injection solution	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
CYANOKIT 5 GRAM INTRAVENOUS SOLUTIONMDO	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
d-vi-sol 10 mcg/ml (400 unit/ml) oral dropsOTC	3	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
DATSCAN 5 MCI/2.5 ML (185 MBQ/2.5 ML) INTRAVENOUS SOLUTIONMDO	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
DAXXIFY 100 UNIT INTRAMUSCULAR SOLUTIONMDO	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
DEFINITY RT 0.65 MG/ML INTRAVENOUS SUSPENSIONMDO	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
DEFITELIO 80 MG/ML INTRAVENOUS SOLUTIONMDO	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
DEKAS ESSENTIAL 2,000 UNIT-2,000 MCG/ML ORAL LIQUIDOTC	3	PA,QL(60 cada 30 días)	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
dekas essential 600 mcg-50 mcg-101 mg-1,000 mcg capsuleOTC	3	PA,QL(60 cada 30 días)	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS

• MDO: Medicamento de uso únicamente médico • OTC – Medicamentos sin receta • PA – Autorización previa • QL – Límite de cantidad • ST – Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
DEKAS PLUS (FOLIC ACID) 200 MCG-1,000 MCG-10 MG CAPSULE[OTC]	3	PA,QL(60 cada 30 dÍas)	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
DEKAS PLUS (FOLIC ACID) 200 MCG-1,000 MCG-10 MG CHEWABLE TABLET[OTC]	3	PA,QL(60 cada 30 dÍas)	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
DEKAS PLUS LIQUID 500 MCG/ML ORAL[OTC]	3	PA,QL(60 cada 30 dÍas)	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
DEPLIN (ALGAL OIL) 7.5 MG-90.314 MG CAPSULE[OTC]	3	PA,QL(30 cada 30 dÍas)	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
desflurane 100 % inhalation liquid	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
DEXAMETHASONE SOD PHOS (BULK) 100 % POWDER	1	QL(1 cada 30 dÍas)	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
DEXAMETHASONE, MICRONIZED (BULK) 100 % POWDER	1	QL(1 cada 30 dÍas)	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
DEXCOM G6 RECEIVER	3		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
DEXCOM G6 SENSOR DEVICE	3		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
DEXCOM G6 TRANSMITTER DEVICE	3		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
DEXCOM G7 15 DAY SENSOR DEVICE	3		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
DEXCOM G7 RECEIVER	3		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
DEXCOM G7 SENSOR DEVICE	3		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
dexmedetomidine (pf) 100 mcg/ml intravenous solution[MDO]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
dexmedetomidine 1,000 mcg/250 ml(4 mcg/ml) in 0.9 % sodium chloride iv[MDO]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
dexmedetomidine 100 mcg/ml intravenous solution[MDO]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
dexmedetomidine 200 mcg/50 ml (4 mcg/ml) in 0.9 % sodium chloride iv[MDO]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
dexmedetomidine 200 mcg/50 ml (4 mcg/ml) in dextrose 5 % iv solution[MDO]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
dexmedetomidine 400 mcg/100 ml (4 mcg/ml) in 0.9 % sodium chloride iv[MDO]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
dexmedetomidine 400 mcg/100 ml (4 mcg/ml) in dextrose 5 % iv solution[MDO]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
dexmedetomidine 80 mcg/20 ml (4 mcg/ml) in 0.9 % sodium chloride iv[MDO]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
diatrizoate meglumine-diatrizoate sodium 66 %-10 % oral solution[MDO]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
DIAZEPAM (BULK) 100 % POWDER	1	QL(1 cada 30 dÍas)	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
DIGIFAB 40 MG INTRAVENOUS SOLUTION[MDO]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
diluent for artesunate (sodium phosphate) intravenous solution[MDO]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
DILUENT FOR REMODULIN 50 ML INTRAVENOUS SOLUTION	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
diluent for treprostinil (glycine) 50 ml intravenous solution	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS

• MDO: Medicamento de uso únicamente médico • OTC – Medicamentos sin receta • PA – Autorización previa • QL – Límite de cantidad • ST – Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
dimethyl sulfoxide 50 % intravesical solution	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
DIPRIVAN 10 MG/ML INTRAVENOUS EMULSION	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
dipyridamole 5 mg/ml intravenous solution	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
dodex 1,000 mcg/ml injection solution	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
DROPLET GENTEEL LANCING DEVICE OTC	3	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
DROPLET INSULIN SYRINGE (HALF UNIT) 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2" OTC	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
DROPLET INSULIN SYRINGE (HALF UNIT) 0.3 ML 30 GAUGE X 1/2" OTC	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
DROPLET INSULIN SYRINGE (HALF UNIT) 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16" OTC	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
DROPLET INSULIN SYRINGE (HALF UNIT) 0.3 ML 31 GAUGE X 15/64" OTC	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
DROPLET INSULIN SYRINGE (HALF UNIT) 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16" OTC	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
DROPLET INSULIN SYRINGE (HALF UNIT) 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2" OTC	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
DROPLET INSULIN SYRINGE (HALF UNIT) 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2" OTC	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
DROPLET INSULIN SYRINGE (HALF UNIT) 0.5 ML 30 GAUGE X 15/64" OTC	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
DROPLET INSULIN SYRINGE (HALF UNIT) 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16" OTC	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
DROPLET INSULIN SYRINGE (HALF UNIT) 0.5 ML 31 GAUGE X 15/64" OTC	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
DROPLET INSULIN SYRINGE (HALF UNIT) 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16" OTC	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
DROPLET INSULIN SYRINGE 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2" OTC	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
DROPLET INSULIN SYRINGE 0.3 ML 30 GAUGE X 1/2" OTC	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
DROPLET INSULIN SYRINGE 0.3 ML 30 GAUGE X 15/64" OTC	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
DROPLET INSULIN SYRINGE 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16" OTC	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
DROPLET INSULIN SYRINGE 0.3 ML 31 GAUGE X 15/64" OTC	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
DROPLET INSULIN SYRINGE 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16" OTC	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
DROPLET INSULIN SYRINGE 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2" OTC	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
DROPLET INSULIN SYRINGE 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2" OTC	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
DROPLET INSULIN SYRINGE 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16" OTC	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
DROPLET INSULIN SYRINGE 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16" OTC	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
DROPLET INSULIN SYRINGE 1 ML 29 GAUGE X 1/2" OTC	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS

• MDO: Medicamento de uso únicamente médico • OTC – Medicamentos sin receta • PA – Autorización previa • QL – Límite de cantidad • ST – Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
DROPLET INSULIN SYRINGE 1 ML 30 GAUGE X 1/2"OTC	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
DROPLET INSULIN SYRINGE 1 ML 30 GAUGE X 15/64"OTC	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
DROPLET INSULIN SYRINGE 1 ML 30 GAUGE X 5/16"OTC	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
DROPLET INSULIN SYRINGE 1 ML 31 GAUGE X 15/64"OTC	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
DROPLET INSULIN SYRINGE 1 ML 31 GAUGE X 5/16"OTC	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
DROPLET INSULIN SYRINGE 1/2 ML 31 GAUGE X 15/64"OTC	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
DROPLET LANCETS 30 GAUGEOTC	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
DROPLET LANCING DEVICEOTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
DROPLET MEDLANCE PLUS 30 GAUGEOTC	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
DROPLET MICRON PEN NEEDLE 34 GAUGE X 9/64"OTC	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
DROPLET PEN NEEDLE 29 GAUGE X 1/2"OTC	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
DROPLET PEN NEEDLE 29 GAUGE X 3/8"OTC	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
DROPLET PEN NEEDLE 30 GAUGE X 5/16"OTC	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
DROPLET PEN NEEDLE 31 GAUGE X 1/4"OTC	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
DROPLET PEN NEEDLE 31 GAUGE X 3/16"OTC	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
DROPLET PEN NEEDLE 31 GAUGE X 5/16"OTC	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
DROPLET PEN NEEDLE 32 GAUGE X 1/4"OTC	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
DROPLET PEN NEEDLE 32 GAUGE X 3/16"OTC	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
DROPLET PEN NEEDLE 32 GAUGE X 5/16"OTC	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
DROPLET PEN NEEDLE 32 GAUGE X 5/32"OTC	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
DROPSAFE ACTI-LANCE 17 GAUGEOTC	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
DROPSAFE ACTI-LANCE 23 GAUGEOTC	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
DROPSAFE ACTI-LANCE 28 GAUGEOTC	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
DROPSAFE ERGOLANCE 21 GAUGEOTC	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
DROPSAFE ERGOLANCE 25 GAUGEOTC	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
DROPSAFE ERGOLANCE 30 GAUGEOTC	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
DROPSAFE HAEMOLANCE PLUS 18 GAUGEOTC	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS

• MDO: Medicamento de uso únicamente médico • OTC – Medicamentos sin receta • PA – Autorización previa • QL – Límite de cantidad • ST – Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
DROPSAFE HAEMOLANCE PLUS 21 GAUGE[OTC]	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
DROPSAFE HAEMOLANCE PLUS 25 GAUGE[OTC]	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
DROPSAFE HAEMOLANCE PLUS 28 GAUGE[OTC]	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
DROPSAFE HAEMOLANCE PLUS BLADE 1.5 MM X 1.2 MM[OTC]	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
DROPSAFE HAEMOLANCE PLUS BLADE 1.5 MM X 1.6 MM[OTC]	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
DROPSAFE INSULIN SYRINGE 0.3 ML 31 GAUGE X 15/64"	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
DROPSAFE INSULIN SYRINGE 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
DROPSAFE INSULIN SYRINGE 0.5 ML 31 GAUGE X 15/64"	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
DROPSAFE INSULIN SYRINGE 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
DROPSAFE INSULIN SYRINGE 1 ML 29 GAUGE X 1/2"	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
DROPSAFE INSULIN SYRINGE 1 ML 31 GAUGE X 15/64"	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
DROPSAFE INSULIN SYRINGE 1 ML 31 GAUGE X 5/16"	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
DROPSAFE MEDISAFE SOLO LANCET 23 GAUGE[OTC]	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
DROPSAFE MEDISAFE SOLO LANCET 29 GAUGE[OTC]	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
DROPSAFE MEDLANCE PLUS 21 GAUGE[OTC]	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
DROPSAFE MEDLANCE PLUS 25 GAUGE[OTC]	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
DROPSAFE MEDLANCE PLUS 30 GAUGE[OTC]	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
DROPSAFE MEDLANCE PLUS BLADE 0.8 MM X 2 MM[OTC]	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
DROPSAFE PEN NEEDLE 31 GAUGE X 1/4"[OTC]	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
DROPSAFE PEN NEEDLE 31 GAUGE X 3/16"[OTC]	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
DROPSAFE PEN NEEDLE 31 GAUGE X 5/16"[OTC]	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
DROPSAFE PEN NEEDLE 31 GAUGE X 5/32"[OTC]	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
DROXIA 200 MG CAPSULE	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
DROXIA 300 MG CAPSULE	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
DRYSOL DAB-O-MATIC 20 % TOPICAL SOLUTION	3	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
DURACLON (PF) 1,000 MCG/10 ML (100 MCG/ML) EPIDURAL SOLUTION	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
DUREX AIR CONDOM[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS

• MDO: Medicamento de uso únicamente médico • OTC – Medicamentos sin receta • PA – Autorización previa • QL – Límite de cantidad • ST – Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
DUREX EXTRA SENSITIVE CONDOM[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
DUREX TROPICAL CONDOM[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
DYSPORT 300 UNIT INTRAMUSCULAR SOLUTION[MDO]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
DYSPORT 500 UNIT INTRAMUSCULAR SOLUTION[MDO]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
EAA SUPPLEMENT 5 GRAM-36 KCAL/12.5 GRAM ORAL POWDER PACKET[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 INSULIN SYRINGE 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"[OTC]	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
EASY COMFORT INSULIN SYRINGE 0.3 ML 31 X 1/2"[OTC]	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
EASY COMFORT INSULIN SYRINGE 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2"[OTC]	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
EASY COMFORT INSULIN SYRINGE 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"[OTC]	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
EASY COMFORT INSULIN SYRINGE 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"[OTC]	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
EASY COMFORT INSULIN SYRINGE 1 ML 29 GAUGE X 5/16"[OTC]	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
EASY COMFORT INSULIN SYRINGE 1 ML 30 GAUGE X 1/2"[OTC]	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
EASY COMFORT INSULIN SYRINGE 1 ML 30 GAUGE X 5/16"[OTC]	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
EASY COMFORT INSULIN SYRINGE 1 ML 31 GAUGE X 5/16"[OTC]	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
EASY COMFORT INSULIN SYRINGE 1 ML 32 GAUGE X 5/16"[OTC]	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
EASY COMFORT INSULIN SYRINGE 1/2 ML 29 X 5/16"[OTC]	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
EASY COMFORT LANCETS 30 GAUGE[OTC]	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
EASY COMFORT PEN NEEDLES 29 GAUGE X 3/16"[OTC]	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
EASY COMFORT PEN NEEDLES 29 GAUGE X 5/32"[OTC]	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
EASY COMFORT PEN NEEDLES 31 GAUGE X 1/4"[OTC]	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
EASY COMFORT PEN NEEDLES 31 GAUGE X 3/16"[OTC]	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
EASY COMFORT PEN NEEDLES 31 GAUGE X 5/16"[OTC]	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
EASY COMFORT PEN NEEDLES 32 GAUGE X 5/32"[OTC]	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS

• MDO: Medicamento de uso únicamente médico • OTC – Medicamentos sin receta • PA – Autorización previa • QL – Límite de cantidad • ST – Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
EASY COMFORT PEN NEEDLES 33 GAUGE X 1/4"OTC	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
EASY COMFORT PEN NEEDLES 33 GAUGE X 3/16"OTC	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
EASY COMFORT PEN NEEDLES 33 GAUGE X 5/32"OTC	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
EASY COMFORT SAFETY LANCET 30 GAUGEOTC	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
EASY COMFORT SAFETY PEN NEEDLE 31 GAUGE X 1/4"OTC	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
EASY COMFORT SAFETY PEN NEEDLE 31 GAUGE X 3/16"OTC	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
EASY COMFORT SAFETY PEN NEEDLE 32 GAUGE X 5/32"OTC	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
EASY GLIDE INSULIN SYRINGE 0.3 ML 31 GAUGE X 15/64"OTC	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
EASY GLIDE INSULIN SYRINGE 1 ML 31 GAUGE X 15/64"OTC	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
EASY GLIDE INSULIN SYRINGE 1/2 ML 31 GAUGE X 15/64"OTC	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
EASY GLIDE PEN NEEDLE 33 GAUGE X 5/32"OTC	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
EASY MINI EJECT LANCING DEVICEOTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
EASY TOUCH 29 GAUGE X 1/2" NEEDLEOTC	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
EASY TOUCH 31 GAUGE X 1/4" NEEDLEOTC	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
EASY TOUCH 31 GAUGE X 3/16" NEEDLEOTC	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
EASY TOUCH 31 GAUGE X 5/16" NEEDLEOTC	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
EASY TOUCH 32 GAUGE X 1/4" NEEDLEOTC	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
EASY TOUCH 32 GAUGE X 3/16" NEEDLEOTC	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
EASY TOUCH 32 GAUGE X 5/32" NEEDLEOTC	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
EASY TOUCH AUTORETRACT SYRINGE 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
EASY TOUCH AUTORETRACT SYRINGE 1 ML 30 GAUGE X 5/16"	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
EASY TOUCH FLIPLOCK INSULIN 1 ML 29 GAUGE X 1/2" SYRINGEOTC	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
EASY TOUCH FLIPLOCK INSULIN SYRINGE 1 ML 30 GAUGE X 1/2"OTC	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
EASY TOUCH FLIPLOCK INSULIN SYRINGE 1 ML 30 GAUGE X 5/16"OTC	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
EASY TOUCH INSULIN SAFETY SYRINGE 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"OTC	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
EASY TOUCH INSULIN SAFETY SYRINGE 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"OTC	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
EASY TOUCH INSULIN SAFETY SYRINGE 1 ML 29 GAUGE X 1/2"OTC	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS

• MDO: Medicamento de uso únicamente médico • OTC – Medicamentos sin receta • PA – Autorización previa • QL – Límite de cantidad • ST – Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
EASY TOUCH INSULIN SAFETY SYRINGE 1 ML 30 GAUGE X 1/2"OTC	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
EASY TOUCH INSULIN SYRINGE (HALF UNIT) 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16"OTC	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
EASY TOUCH INSULIN SYRINGE (HALF UNIT) 0.3 ML 31 GAUGE X 1/4"OTC	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
EASY TOUCH INSULIN SYRINGE (HALF UNIT) 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"OTC	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
EASY TOUCH INSULIN SYRINGE 0.3 ML 30 GAUGE X 1/2"OTC	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
EASY TOUCH INSULIN SYRINGE 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16"OTC	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
EASY TOUCH INSULIN SYRINGE 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"OTC	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
EASY TOUCH INSULIN SYRINGE 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"OTC	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
EASY TOUCH INSULIN SYRINGE 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2"OTC	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
EASY TOUCH INSULIN SYRINGE 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"OTC	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
EASY TOUCH INSULIN SYRINGE 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"OTC	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
EASY TOUCH INSULIN SYRINGE 1 ML 27 GAUGE X 1/2"OTC	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
EASY TOUCH INSULIN SYRINGE 1 ML 27 GAUGE X 5/8"OTC	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
EASY TOUCH INSULIN SYRINGE 1 ML 28 GAUGE X 1/2"OTC	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
EASY TOUCH INSULIN SYRINGE 1 ML 29 GAUGE X 1/2"OTC	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
EASY TOUCH INSULIN SYRINGE 1 ML 30 GAUGE X 1/2"OTC	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
EASY TOUCH INSULIN SYRINGE 1 ML 30 GAUGE X 5/16"OTC	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
EASY TOUCH INSULIN SYRINGE 1 ML 31 GAUGE X 1/4"OTC	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
EASY TOUCH INSULIN SYRINGE 1 ML 31 GAUGE X 5/16"OTC	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
EASY TOUCH INSULIN SYRINGE 1/2 ML 27 GAUGE X 1/2"OTC	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
EASY TOUCH INSULIN SYRINGE 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2"OTC	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
EASY TOUCH INSULIN SYRINGE 1/2 ML 31 GAUGE X 1/4"OTC	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
EASY TOUCH LANCETS 26 GAUGEOTC	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
EASY TOUCH LANCETS 28 GAUGEOTC	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
EASY TOUCH LANCETS 30 GAUGEOTC	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
EASY TOUCH LANCETS 32 GAUGEOTC	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
EASY TOUCH LANCING DEVICEOTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS

• MDO: Medicamento de uso únicamente médico • OTC – Medicamentos sin receta • PA – Autorización previa • QL – Límite de cantidad • ST – Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
EASY TOUCH LUER LOCK INSULIN 1 ML SYRINGE[OTC]	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
EASY TOUCH PEN NEEDLE 30 GAUGE X 5/16"[OTC]	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
EASY TOUCH SAFETY LANCETS 21 GAUGE[OTC]	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
EASY TOUCH SAFETY LANCETS 23 GAUGE[OTC]	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
EASY TOUCH SAFETY LANCETS 26 GAUGE[OTC]	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
EASY TOUCH SAFETY LANCETS 28 GAUGE[OTC]	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
EASY TOUCH SAFETY LANCETS 30 GAUGE[OTC]	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
EASY TOUCH SAFETY LANCETS 32 GAUGE[OTC]	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
EASY TOUCH SAFETY PEN NEEDLE 29 GAUGE X 3/16"[OTC]	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
EASY TOUCH SAFETY PEN NEEDLE 29 GAUGE X 5/16"[OTC]	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
EASY TOUCH SAFETY PEN NEEDLE 30 GAUGE X 3/16"[OTC]	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
EASY TOUCH SAFETY PEN NEEDLE 30 GAUGE X 5/16"[OTC]	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
EASY TOUCH SHEATHLOCK INSULIN 1 ML 29 GAUGE X 1/2" SYRINGE[OTC]	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
EASY TOUCH SHEATHLOCK INSULIN 1 ML 30 GAUGE X 5/16" SYRINGE[OTC]	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
EASY TOUCH SHEATHLOCK INSULIN SYRINGE 1 ML 30 GAUGE X 1/2"[OTC]	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
EASY TOUCH TWIST LANCETS 26 GAUGE[OTC]	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
EASY TOUCH TWIST LANCETS 28 GAUGE[OTC]	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
EASY TOUCH TWIST LANCETS 30 GAUGE[OTC]	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
EASY TOUCH TWIST LANCETS 32 GAUGE[OTC]	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
EASY TOUCH TWIST LANCETS 33 GAUGE[OTC]	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
EASY TOUCH UNI-SLIP 1 ML SYRINGE[OTC]	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
EASY TWIST AND CAP LANCETS 28 GAUGE[OTC]	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
EASYLIFE INSULIN PEN NEEDLE 29 GAUGE X 1/2"[OTC]	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
EASYLIFE INSULIN PEN NEEDLE 31 GAUGE X 1/4"[OTC]	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
EASYLIFE INSULIN PEN NEEDLE 31 GAUGE X 3/16"[OTC]	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
EASYLIFE INSULIN PEN NEEDLE 31 GAUGE X 5/16"[OTC]	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
EASYLIFE INSULIN PEN NEEDLE 31 GAUGE X 5/32"[OTC]	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS

• MDO: Medicamento de uso únicamente médico • OTC – Medicamentos sin receta • PA – Autorización previa • QL – Límite de cantidad • ST – Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
EASYLIFE INSULIN PEN NEEDLE 32 GAUGE X 1/4"OTC	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
EASYLIFE INSULIN PEN NEEDLE 32 GAUGE X 3/16"OTC	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
EASYLIFE INSULIN PEN NEEDLE 32 GAUGE X 5/16"OTC	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
EASYLIFE INSULIN PEN NEEDLE 32 GAUGE X 5/32"OTC	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
EASYLIFE INSULIN PEN NEEDLE 33 GAUGE X 1/4"OTC	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
EASYLIFE INSULIN PEN NEEDLE 33 GAUGE X 3/16"OTC	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
EASYLIFE INSULIN PEN NEEDLE 33 GAUGE X 5/16"OTC	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
EASYLIFE INSULIN PEN NEEDLE 33 GAUGE X 5/32"OTC	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
EASYLIFE INSULIN SYRINGE 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"OTC	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
EASYLIFE INSULIN SYRINGE 1 ML 30 GAUGE X 1/2"OTC	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
EASYLIFE INSULIN SYRINGE 1 ML 30 GAUGE X 5/16"OTC	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
EASYLIFE INSULIN SYRINGE 1 ML 31 GAUGE X 5/16"OTC	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
EASYLIFE SAFETY LANCET 28 GAUGEOTC	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
EASYLIFE SAFETY LANCET 30 GAUGEOTC	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
EASYLIFE SAFETY PEN NEEDLE 31 GAUGE X 3/16"OTC	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
EASYLIFE SAFETY PEN NEEDLE 31 GAUGE X 5/32"OTC	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
EASYLIFE TWIST LANCET 30 GAUGEOTC	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
EASYLIFE TWIST LANCET 31 GAUGEOTC	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
EASYMAX STRIPSOTC	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
edetate calcium disodium 200 mg/ml injection solutionMDO	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
ELYXYB 120 MG/4.8 ML (25 MG/ML) ORAL SOLUTION	3	PA,QL(19.2 cada 30 días)	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
EMBRACE LANCETS 30 GAUGEOTC	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
EMBRACE LANCING DEVICE WITH EJECTOROTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
EMBRACE PEN NEEDLE 29 GAUGE X 1/2"OTC	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
EMBRACE PEN NEEDLE 30 GAUGE X 3/16"OTC	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
EMBRACE PEN NEEDLE 30 GAUGE X 5/16"OTC	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
EMBRACE PEN NEEDLE 31 GAUGE X 1/4"OTC	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS

• MDO: Medicamento de uso únicamente médico • OTC – Medicamentos sin receta • PA – Autorización previa • QL – Límite de cantidad • ST – Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
EMBRACE PEN NEEDLE 31 GAUGE X 3/16"OTC	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
EMBRACE PEN NEEDLE 32 GAUGE X 5/32"OTC	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
EMBRACE SAFETY LANCET 21 GAUGEOTC	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
EMBRACE SAFETY LANCET 28 GAUGEOTC	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
EMPAVELI 1,080 MG/20 ML SUBCUTANEOUS SOLUTION	3	PA,QL(160 cada 28 dÍas)	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
ENALAPRIL MALEATE (BULK) 100 % POWDER	1	QL(1 cada 30 dÍas)	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
ENEMEEZ 283 MG/5 ML ENEMAOTC	3	PA,QL(150 cada 30 dÍas)	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
ENEMEEZ PLUS 283 MG-20 MG/5 ML ENEMAOTC	3	PA,QL(150 cada 30 dÍas)	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
ENFLONSIA 105 MG/0.7 ML INTRAMUSCULAR SYRINGE	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
EOHILIA 2 MG/10 ML ORAL SUSPENSION IN PACKET	3	PA,QL(600 cada 30 dÍas)	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
EOVIST 0.25 MMOL/ML (181.43 MG/ML) INTRAVENOUS SOLUTIONMDO	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
EPIOXA 0.239 %-0.177 % EYE DROPSMDO	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
ergocalciferol (vitamin d2) 1,250 mcg (50,000 unit) capsule	3	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
ergocalciferol (vitamin d2) 200 mcg/ml (8,000 unit/ml) oral dropsOTC	3	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
ESTRADIOL MICRONIZED (BULK) 100 % POWDER	1	QL(1 cada 30 dÍas)	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
ESTRIOL (BULK) 100 % POWDER	1	QL(1 cada 30 dÍas)	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
ESTRIOL MICRONIZED (BULK) 100 % POWDER	1	QL(1 cada 30 dÍas)	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
ETHYL ALCOHOL 99 % INTRA-ARTERIAL SOLUTION	3	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
etomidate 2 mg/ml intravenous solution	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
EXEL INSULIN 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2" SYRINGEOTC	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
EXEL INSULIN 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16" SYRINGEOTC	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
EXEL INSULIN 1 ML 30 GAUGE X 5/16" SYRINGEOTC	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
EXEL INSULIN 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2" SYRINGEOTC	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
eye itch relief 0.025 % (0.035 %) dropsOTC	1	QL(5 cada 30 dÍas)	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
EZ SMART LANCETS 28 GAUGEOTC	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
FANTASY CONDOMOTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
FC2 FEMALE CONDOMOTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS

• MDO: Medicamento de uso únicamente médico • OTC – Medicamentos sin receta • PA – Autorización previa • QL – Límite de cantidad • ST – Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
FENTANYL CITRATE (BULK) 100 % POWDER[MDO]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
FERABRIGHT 510 MG/17 ML (31 NM TO 43 NM) INTRAVENOUS SOLUTION[MDO]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
ferrous sulfate 15 mg iron (75 mg)/ml oral drops[OTC]	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
FILSPARI 200 MG TABLET	3	PA,QL(30 cada 30 días)	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
FILSPARI 400 MG TABLET	3	PA,QL(60 cada 30 días)	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
FILSUVEZ 10 % TOPICAL GEL	3	PA,QL(702 cada 30 días)	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
FINGERSTIX LANCETS[OTC]	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
fioricet 50 mg-300 mg-40 mg capsule	3	PA,QL(120 cada 30 días)	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
FLAVOR SWEET-SF ORAL LIQUID[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
fleet bisacodyl 10 mg/30 ml enema[OTC]	1	PA,QL(1110 cada 30 días)	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
flumazenil 0.1 mg/ml intravenous solution	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
fluoride 0.25 mg (0.55 mg sodium fluoride) chewable tablet[OTC]	1	QL(30 cada 30 días)	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
fluoride 0.5 mg (1.1 mg sodium fluoride) chewable tablet[OTC]	1	QL(30 cada 30 días)	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
fluoride 0.5 mg (1.1 mg sodium fluoride)/ml oral drops[OTC]	1	QL(50 cada 50 días)	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
fluoride 1 mg (2.2 mg sodium fluoride) chewable tablet[OTC]	1	QL(30 cada 30 días)	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
FLYRCADO 190 MBQ/ML TO 2,050 MBQ/ML INTRAVENOUS SOLUTION[MDO]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
folic acid 0.2 mg/ml oral solution	3	PA,QL(150 cada 30 días)	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
folic acid 1 mg tablet	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
folic acid 1 mg tablet[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
folic acid 5 mg/ml injection solution	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
fomepizole 1 gram/ml intravenous solution	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
FONDCIRCLE CONTROL SOLUTION[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
FONDCIRCLE LANCET 30 GAUGE[OTC]	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS

• MDO: Medicamento de uso únicamente médico • OTC – Medicamentos sin receta • PA – Autorización previa • QL – Límite de cantidad • ST – Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
FONDCIRCLE LANCING DEVICE[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
FORA LANCING DEVICE[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
FORACARE LANCETS 30 GAUGE[OTC]	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
FORANE 99.9 % INHALATION LIQUID	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
FORZINITY 80 MG/ML SUBCUTANEOUS SOLUTION	3	PA,QL(14 cada 28 días)	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
FREESTYLE CONTROL SOLUTION[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
FREESTYLE LANCETS 28 GAUGE[OTC]	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
FREESTYLE LIBRE 14 DAY READER	3		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
FREESTYLE LIBRE 14 DAY SENSOR KIT	3		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
FREESTYLE LIBRE 2 PLUS SENSOR DEVICE	3		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
FREESTYLE LIBRE 2 READER	3		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
FREESTYLE LIBRE 2 SENSOR KIT	3		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
FREESTYLE LIBRE 3 PLUS SENSOR DEVICE	3		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
FREESTYLE LIBRE 3 READER	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
FREESTYLE LIBRE 3 SENSOR DEVICE	3		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
FREESTYLE UNISTIK 2[OTC]	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
GADAVIST 1 MMOL/ML (604.72 MG/ML) INTRAVENOUS SOLUTION[MDO]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
GADAVIST 10 MMOL/10 ML (1 MMOL/ML) INTRAVENOUS SOLUTION[MDO]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
GADAVIST 10 MMOL/10 ML (1 MMOL/ML) INTRAVENOUS SYRINGE[MDO]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
GADAVIST 15 MMOL/15 ML (1 MMOL/ML) INTRAVENOUS SOLUTION[MDO]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
GADAVIST 15 MMOL/15 ML (1 MMOL/ML) INTRAVENOUS SYRINGE[MDO]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
GADAVIST 7.5 MMOL/7.5 ML (1 MMOL/ML) INTRAVENOUS SOLUTION[MDO]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
gadobutrol 1 mmol/ml (604.72 mg/ml) intravenous solution[MDO]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
gadobutrol 10 mmol/10 ml (1 mmol/ml) intravenous solution[MDO]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
gadobutrol 15 mmol/15 ml (1 mmol/ml) intravenous solution[MDO]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
gadobutrol 2 mmol/2 ml (1 mmol/ml) intravenous solution[MDO]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
gadobutrol 7.5 mmol/7.5 ml (1 mmol/ml) intravenous solution[MDO]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS

• MDO: Medicamento de uso únicamente médico • OTC – Medicamentos sin receta • PA – Autorización previa • QL – Límite de cantidad • ST – Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
gadoterate meglumine 0.5 mmol/ml (376.9 mg/ml) intravenous solution[MDO]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
gadoteridol 279.3 mg/ml intravenous solution[MDO]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
GALZIN 25 MG (ZINC) CAPSULE	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
GALZIN 50 MG (ZINC) CAPSULE	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
GIVLAARI 189 MG/ML SUBCUTANEOUS SOLUTION	3	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
GLEOLAN 30 MG/ML ORAL SOLUTION[MDO]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
glucagon hcl 1 mg/ml solution for injection	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
GLUCOCOM LANCETS 28 GAUGE[OTC]	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
GLUCOCOM LANCETS 30 GAUGE[OTC]	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
GLUCOCOM LANCETS 33 GAUGE[OTC]	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
glycine 1.5 % urologic solution for irrigation	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
GLYCOPYRROLATE (BULK) 100 % POWDER	1	QL(1 cada 30 dÍas)	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
GLYTACTIN 15 PE COMPLETE (L-TAURINE) 15 GRAM-330 KCAL/81 GRAM ORAL BAR[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
GLYTACTIN 15 PE COMPLETE 15 GRAM-320 KCAL/81 GRAM ORAL BAR[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
GLYTACTIN BETTERMILK 15-15 38 GRAM-400 KCAL/100 GRAM ORAL POWDER PKT[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
GLYTACTIN BETTERMILK 5-5 38 GRAM-400 KCAL/100 GRAM ORAL POWDER[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
GLYTACTIN BUILD 10-10 67 GRAM-335 KCAL/100 GRAM ORAL POWDER PACKET[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
GLYTACTIN BUILD 20-20 60 GRAM-333 KCAL/100 GRAM ORAL POWDER PACKET[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
GLYTACTIN BUILD 20-20 63 GRAM-344 KCAL/100 GRAM ORAL POWDER PACKET[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
GLYTACTIN BUILD 20-20 64 GRAM-353 KCAL/100 GRAM ORAL POWDER PACKET[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
GLYTACTIN BUILD 20-20 64 GRAM-355 KCAL/100 GRAM ORAL POWDER PACKET[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
GLYTACTIN BUILD 20-20 67 GRAM-335 KCAL/100 GRAM ORAL POWDER PACKET[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
GLYTACTIN RESTORE 10 PE 2 GRAM-34 KCAL/100 ML ORAL LIQUID[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
GLYTACTIN RESTORE 10 PE LITE 2 GRAM-14 KCAL/100 ML ORAL LIQUID[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
GLYTACTIN RESTORE 10 PE LITE 53 GRAM-342 KCAL/100 GRAM ORAL POWDR PCKT[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
GLYTACTIN RESTORE 5 PE 25 GRAM-363 KCAL/100 GRAM ORAL POWDER PACKET[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
GLYTACTIN RTD 10 PE 4 GRAM-61 KCAL/100 ML ORAL LIQUID[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS

• MDO: Medicamento de uso únicamente médico • OTC – Medicamentos sin receta • PA – Autorización previa • QL – Límite de cantidad • ST – Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
GLYTACTIN RTD 15 PE 6 GRAM-80 KCAL/100 ML ORAL LIQUID[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
GLYTACTIN RTD LITE 15 6 GRAM-48 KCAL/100 ML ORAL LIQUID[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
GLYTACTIN SWIRL 15 PE 19 GRAM-390 KCAL/100 GRAM ORAL POWDER PACKET[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
GLYTACTIN SWIRL 15-15 34 GRAM-370 KCAL/100 GRAM ORAL POWDER PACKET[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
GOJJI LANCETS 30 GAUGE[OTC]	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
GOJJI LANCING DEVICE[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
GOPRELTO 4 % NASAL SOLUTION[MDO]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
GOZELLIX 25 MCG INTRAVENOUS SOLUTION[MDO]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
GVOKE VIALDX 1 MG/0.2 ML INTRAVENOUS SOLUTION[MDO]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
HEALTHWISE INSULIN SYRINGE 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16"[OTC]	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
HEALTHWISE INSULIN SYRINGE 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"[OTC]	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
HEALTHWISE INSULIN SYRINGE 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"[OTC]	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
HEALTHWISE INSULIN SYRINGE 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"[OTC]	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
HEALTHWISE INSULIN SYRINGE 1 ML 30 GAUGE X 5/16"[OTC]	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
HEALTHWISE INSULIN SYRINGE 1 ML 31 GAUGE X 5/16"[OTC]	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
HEALTHWISE PEN NEEDLE 31 GAUGE X 3/16"[OTC]	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
HEALTHWISE PEN NEEDLE 31 GAUGE X 5/16"[OTC]	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
HEALTHWISE PEN NEEDLE 32 GAUGE X 5/32"[OTC]	1	PA	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	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
HEALTHY ACCENTS UNIFINE PENTIP 31 GAUGE X 1/4" NEEDLE[OTC]	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
HEALTHY ACCENTS UNIFINE PENTIP 31 GAUGE X 3/16" NEEDLE[OTC]	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
HEALTHY ACCENTS UNIFINE PENTIP 31 GAUGE X 5/16" NEEDLE[OTC]	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
HEALTHY ACCENTS UNILET LANCET 30 GAUGE[OTC]	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
HEMGENIX 1X10EXP13 GC/ML INTRAVENOUS SUSPENSION	3	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
HEMLIBRA 105 MG/0.7 ML SUBCUTANEOUS SOLUTION	3	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
HEMLIBRA 12 MG/0.4 ML SUBCUTANEOUS SOLUTION	3	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS

• MDO: Medicamento de uso únicamente médico • OTC – Medicamentos sin receta • PA – Autorización previa • QL – Límite de cantidad • ST – Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
HEMLIBRA 150 MG/ML SUBCUTANEOUS SOLUTION	3	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
HEMLIBRA 30 MG/ML SUBCUTANEOUS SOLUTION	3	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
HEMLIBRA 300 MG/2 ML (150 MG/ML) SUBCUTANEOUS SOLUTION	3	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
HEMLIBRA 60 MG/0.4 ML SUBCUTANEOUS SOLUTION	3	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
HEPCLUDEX 8.5 MG SUBCUTANEOUS SOLUTION	3	PA,QL(30 cada 30 días)	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
hetastarch 6 % in 0.9 % sodium chloride intravenous solution	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
HEXTEND 6 % INTRAVENOUS SOLUTION	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
HYDROCODONE BITARTRATE (BULK) 100 % POWDER	1	QL(1 cada 30 días)	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
HYDROCODONE BITARTRATE (BULK) CRYSTALS	1	QL(1 cada 30 días)	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
HYDROCORTISONE (BULK) POWDER	1	QL(1 cada 30 días)	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
HYDROCORTISONE ACETATE (BULK) POWDER	1	QL(1 cada 30 días)	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
HYDROMORPHONE (BULK) 100 % POWDER	1	QL(1 cada 30 días)	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
hydroxocobalamin 1,000 mcg/ml intramuscular solution	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
HYDROXYUREA (BULK) 100 % POWDER	1	QL(50 cada 30 días)	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
HYDROXYZINE HCL (BULK) POWDER	1	QL(1 cada 30 días)	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
HYLENEX 150 UNIT/ML INJECTION SOLUTION	2	QL(1 cada 1 días)	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
HYMPAVZI PEN 150 MG/ML SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR	3	PA,QL(4 cada 28 días)	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
HYMPAVZI PEN 75 MG/0.5 ML SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR	3	PA,QL(2 cada 28 días)	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
HYPOLANCE AST LANCING KIT[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
IBUPROFEN (BULK) 100 % POWDER	1	QL(1 cada 30 días)	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
IDELVION 1,000 (+/-) UNIT INTRAVENOUS SOLUTION	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
IDELVION 2,000 (+/-) UNIT INTRAVENOUS SOLUTION	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
IDELVION 250 (+/-) UNIT INTRAVENOUS SOLUTION	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
IDELVION 3,500 (+/-) UNIT INTRAVENOUS SOLUTION	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
IDELVION 500 (+/-) UNIT INTRAVENOUS SOLUTION	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
IGALMI 120 MCG SUBLINGUAL FILM[MDO]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
IGALMI 180 MCG SUBLINGUAL FILM[MDO]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS

• MDO: Medicamento de uso únicamente médico • OTC – Medicamentos sin receta • PA – Autorización previa • QL – Límite de cantidad • ST – Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
ILLUCCIX 25 MCG INTRAVENOUS SOLUTION[MDO]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
INCONTROL LANCING DEVICE[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
INCONTROL PEN NEEDLE 29 GAUGE X 1/2"[OTC]	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
INCONTROL PEN NEEDLE 31 GAUGE X 1/4"[OTC]	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
INCONTROL PEN NEEDLE 31 GAUGE X 3/16"[OTC]	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
INCONTROL PEN NEEDLE 31 GAUGE X 5/16"[OTC]	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
INCONTROL PEN NEEDLE 32 GAUGE X 5/32"[OTC]	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
INCONTROL SUPER THIN LANCETS 30 GAUGE[OTC]	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
INCONTROL ULTRA THIN LANCETS 28 GAUGE[OTC]	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
indium 111-pentetreotide 3 mci/ml-10 mcg intravenous kit[MDO]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
INDIUM IN-111 DTPA 1.5 MCI/1.5 ML INTRATHECAL SOLUTION[MDO]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
indium in-111 oxyquinoline 1 mci/ml (37 mbq/ml)(1 ml) intravenous soln[MDO]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
indocyanine green 25 mg injection powder for solution[MDO]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
INJECT EASE LANCETS 28 GAUGE[OTC]	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
INJECT EASE LANCETS 30 GAUGE[OTC]	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
INSULIN SYRINGE 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"[OTC]	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
INSULIN SYRINGE 1 ML 29 GAUGE X 1/2"[OTC]	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
INSULIN SYRINGE U-100 WITH NEEDLE 0.3 ML 29 GAUGE[OTC]	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
INSULIN SYRINGE U-100 WITH NEEDLE 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2"[OTC]	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
INSULIN SYRINGE U-100 WITH NEEDLE 0.3 ML 30[OTC]	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
INSULIN SYRINGE U-100 WITH NEEDLE 0.3 ML 30 GAUGE X 1/2"[OTC]	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
INSULIN SYRINGE U-100 WITH NEEDLE 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16"[OTC]	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
INSULIN SYRINGE U-100 WITH NEEDLE 0.3 ML 31 GAUGE X 1/4"[OTC]	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
INSULIN SYRINGE U-100 WITH NEEDLE 0.3 ML 31 GAUGE X 15/64"[OTC]	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
INSULIN SYRINGE U-100 WITH NEEDLE 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"[OTC]	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
INSULIN SYRINGE U-100 WITH NEEDLE 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
INSULIN SYRINGE U-100 WITH NEEDLE 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"[OTC]	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS

• MDO: Medicamento de uso únicamente médico • OTC – Medicamentos sin receta • PA – Autorización previa • QL – Límite de cantidad • ST – Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
INSULIN SYRINGE U-100 WITH NEEDLE 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2"	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
INSULIN SYRINGE U-100 WITH NEEDLE 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2"OTC	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
INSULIN SYRINGE U-100 WITH NEEDLE 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"OTC	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
INSULIN SYRINGE U-100 WITH NEEDLE 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
INSULIN SYRINGE U-100 WITH NEEDLE 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
INSULIN SYRINGE U-100 WITH NEEDLE 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"OTC	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
INSULIN SYRINGE U-100 WITH NEEDLE 1 ML 27 GAUGE X 1/2"	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
INSULIN SYRINGE U-100 WITH NEEDLE 1 ML 28 GAUGE X 1/2"OTC	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
INSULIN SYRINGE U-100 WITH NEEDLE 1 ML 28 GAUGE X 1/2"	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
INSULIN SYRINGE U-100 WITH NEEDLE 1 ML 29 GAUGE X 1/2"OTC	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
INSULIN SYRINGE U-100 WITH NEEDLE 1 ML 29 GAUGE X 1/2"	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
INSULIN SYRINGE U-100 WITH NEEDLE 1 ML 29 GAUGE X 7/16"OTC	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
INSULIN SYRINGE U-100 WITH NEEDLE 1 ML 30 GAUGE X 1/2"	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
INSULIN SYRINGE U-100 WITH NEEDLE 1 ML 30 GAUGE X 1/2"OTC	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
INSULIN SYRINGE U-100 WITH NEEDLE 1 ML 30 GAUGE X 3/8"OTC	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
INSULIN SYRINGE U-100 WITH NEEDLE 1 ML 30 GAUGE X 5/16"	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
INSULIN SYRINGE U-100 WITH NEEDLE 1 ML 30 GAUGE X 5/16"OTC	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
INSULIN SYRINGE U-100 WITH NEEDLE 1 ML 30 GAUGE X 7/16"OTC	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
INSULIN SYRINGE U-100 WITH NEEDLE 1 ML 31 GAUGE X 1/4"OTC	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
INSULIN SYRINGE U-100 WITH NEEDLE 1 ML 31 GAUGE X 15/64"OTC	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
INSULIN SYRINGE U-100 WITH NEEDLE 1 ML 31 GAUGE X 5/16"	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
INSULIN SYRINGE U-100 WITH NEEDLE 1 ML 31 GAUGE X 5/16"OTC	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
INSULIN SYRINGE U-100 WITH NEEDLE 1/2 ML 27 GAUGE X 1/2"	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
INSULIN SYRINGE U-100 WITH NEEDLE 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2"	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
INSULIN SYRINGE U-100 WITH NEEDLE 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2"OTC	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
INSULIN SYRINGE U-100 WITH NEEDLE 1/2 ML 29OTC	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
INSULIN SYRINGE U-100 WITH NEEDLE 1/2 ML 30 GAUGEOTC	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS

• MDO: Medicamento de uso únicamente médico • OTC – Medicamentos sin receta • PA – Autorización previa • QL – Límite de cantidad • ST – Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
INSULIN SYRINGE U-100 WITH NEEDLE 1/2 ML 31 GAUGE X 1/4"OTC	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
INSULIN SYRINGE U-100 WITH NEEDLE 1/2 ML 31 GAUGE X 15/64"OTC	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
INSULIN SYRINGE-NEEDLE U-100 HALF UNIT MARKING 0.3 ML 31 GAUGE X 1/4"OTC	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
INSULIN U-500 SYRINGE-NEEDLE 1/2 ML 31 GAUGE X 15/64"	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
INSUPEN PEN NEEDLE 29 GAUGE X 1/2"OTC	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
INSUPEN PEN NEEDLE 31 GAUGE X 3/16"OTC	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
INSUPEN PEN NEEDLE 31 GAUGE X 5/16"OTC	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
INSUPEN PEN NEEDLE 32 GAUGE X 1/4"	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
INSUPEN PEN NEEDLE 32 GAUGE X 5/32"OTC	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
INVACARE LANCETS 30 GAUGEOTC	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
iopamidol 200 mg iodine/ml (41 %) injection solutionMDO	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
iopamidol 200 mg iodine/ml (41 %) intrathecal solutionMDO	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
iopamidol 250 mg iodine/ml (51 %) intravenous solutionMDO	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
iopamidol 300 mg iodine/ml (61 %) intrathecal solutionMDO	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
iopamidol 300 mg iodine/ml (61 %) intravenous solutionMDO	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
iopamidol 370 mg iodine/ml (76 %) intravenous solutionMDO	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
isoflurane 99.9 % inhalation liquid	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
isosulfan blue 1 % (10 mg/ml) subcutaneous syringeMDO	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
isosulfan blue 1 % (30 mg/3 ml) subcutaneous syringeMDO	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
isosulfan blue 1 % subcutaneous solutionMDO	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
IXINITY 1,000 UNIT INTRAVENOUS SOLUTION	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
IXINITY 1,500 UNIT INTRAVENOUS SOLUTION	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
IXINITY 3,000 UNIT INTRAVENOUS SOLUTION	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
IXINITY 500 UNIT INTRAVENOUS SOLUTION	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
JOURNAVX 50 MG TABLET	1	QL(30 cada 14 dÍas)	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
KCENTRA 1,000 UNIT (800-1,240 UNIT) INTRAVENOUS SOLUTION	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
KCENTRA 500 UNIT (400-620 UNIT) INTRAVENOUS SOLUTION	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS

• MDO: Medicamento de uso únicamente médico • OTC – Medicamentos sin receta • PA – Autorización previa • QL – Límite de cantidad • ST – Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
KETALAR 10 MG/ML INJECTION SOLUTION[MDO]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
KETALAR 100 MG/ML INJECTION SOLUTION[MDO]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
KETALAR 50 MG/ML INJECTION SOLUTION[MDO]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
KETAMINE (BULK) 100 % POWDER[MDO]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
ketamine 10 mg/ml injection solution[MDO]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
ketamine 100 mg/ml injection solution[MDO]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
ketamine 50 mg/ml injection solution[MDO]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
KETO-DIASTIX STRIPS[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
KETOCONAZOLE (BULK) POWDER	1	QL(1 cada 30 dÍas)	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
KETOSTIX STRIPS[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
ketotifen 0.025 % (0.035 %) eye drops[OTC]	1	QL(5 cada 30 dÍas)	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
kit for prep tc-99m-mertiatide (betiatide) 1 mg intravenous solution[MDO]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
kit for preparation of tc 99m-sodium thiosulfate 2 mg solution[MDO]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
kit for preparation of tc-99m-medronate sodium 20 mg iv solution[MDO]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
kit for the preparation of tc-99m-mebrofenin 45 mg iv solution[MDO]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
kit preparation of tc-99m-sodium pyrophosphate 12 mg iv solution[MDO]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
KORLYM 300 MG TABLET	3	PA,QL(28 cada 28 dÍas)	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
KORSUVA 50 MCG/ML INTRAVENOUS SOLUTION[MDO]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
KRESLADI 0.34 X 10EXP6 TO 6.1 X10EXP6 CELL/ML INTRAVENOUS SUSPENSION[MDO]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
KYLEENA 17.5 MCG/24 HR (UP TO 5 YEARS) 19.5 MG INTRAUTERINE DEVICE[MDO]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
lactated ringers irrigation solution	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS

• MDO: Medicamento de uso únicamente médico • OTC – Medicamentos sin receta • PA – Autorización previa • QL – Límite de cantidad • ST – Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
LANAFLEX 33 GRAM-253 KCAL/100 GRAM ORAL POWDER PACKET[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
LANCETS[OTC]	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
LANCETS 26 GAUGE[OTC]	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
LANCETS 28 GAUGE[OTC]	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
LANCETS 30 GAUGE[OTC]	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
LANCETS 33 GAUGE[OTC]	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
LANCETS,THIN 28 GAUGE[OTC]	1	PA	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
LANSOPRAZOLE (BULK) 100 % POWDER	1	QL(1 cada 30 dÍas)	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
LANZO LANCING DEVICE KIT[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
LASIX ONYU REUSABLE UNIT SUBCUTANEOUS DEVICE	3	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
LENMELDY 2 X TO 11.8 X 10EXP6 CELL/ML INTRAVENOUS SUSPENSION[MDO]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
LEXISCAN 0.4 MG/5 ML INTRAVENOUS SYRINGE[MDO]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
LIDOCAINE (BULK) POWDER	1	QL(6 cada 30 dÍas)	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
LIDOCAINE HCL (BULK) 100 % POWDER	1	QL(6 cada 30 dÍas)	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
LILETTA 20.4 MCG/24 HR (UP TO 8 YEARS) 52 MG INTRAUTERINE DEVICE[MDO]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
LITEAIRE MDI CHAMBER	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
LITHOSTAT 250 MG TABLET	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
lmd (dextran 40) 10 % in 0.9 % sodium chloride intravenous solution	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
lmd (dextran 40) 10 % in 5 % dextrose intravenous solution	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
LOCAMETZ 25 MCG INTRAVENOUS SOLUTION[MDO]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
LOPHLEX 10 GRAM-41 KCAL/14.3 GRAM ORAL POWDER PACKET[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
LORAZEPAM (BULK) 100 % POWDER	1	QL(1 cada 30 dÍas)	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
LUMISIGHT 39 MG INTRAVENOUS SOLUTION[MDO]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS

• MDO: Medicamento de uso únicamente médico • OTC – Medicamentos sin receta • PA – Autorización previa • QL – Límite de cantidad • ST – Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
LUMVOA 50 MG/ML INTRAVENOUS SOLUTION	3	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
LUTATHERA 10 MCI/ML (370 MBQ/ML) INTRAVENOUS SOLUTION[MDO]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
LYFGENIA 1.7 X TO 20 X 10EXP6 CELL/ML INTRAVENOUS SUSPENSION[MDO]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
mag-g 27 mg magnesium (500 mg) tablet[OTC]	3	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
MAGELLAN INSULIN SAFETY SYRINGE 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2"	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
MAGELLAN INSULIN SAFETY SYRINGE 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
MAGELLAN INSULIN SAFETY SYRINGE 1 ML 29 GAUGE X 1/2"	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
MAGELLAN INSULIN SAFETY SYRINGE 1 ML 30 GAUGE X 5/16"	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
MAGELLAN SYRINGE 0.3 ML 30 X 5/16"	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
MAGELLAN SYRINGE 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
MAXI-COMFORT INSULIN SYRINGE 1 ML 28 GAUGE X 1/2"[OTC]	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
MAXI-COMFORT INSULIN SYRINGE 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2"[OTC]	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
MAXICOMFORT II PEN NEEDLE 31 GAUGE X 1/4"[OTC]	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
MAXICOMFORT INSULIN SYRINGE 1 ML 27 GAUGE X 1/2"[OTC]	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
MAXICOMFORT INSULIN SYRINGE 1/2 ML 27 GAUGE X 1/2"[OTC]	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
MAXICOMFORT SAFETY PEN NEEDLE 29 GAUGE X 3/16"[OTC]	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
MAXICOMFORT SAFETY PEN NEEDLE 29 GAUGE X 5/16"[OTC]	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
mct oil 7.7 kcal/ml oral[OTC]	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
MEDLANCE PLUS LANCETS 21 GAUGE[OTC]	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
MEDLANCE PLUS LANCETS 25 GAUGE[OTC]	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
MEDLANCE PLUS LANCETS 30 GAUGE[OTC]	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
MEDLANCE PLUS SPECIAL BLADE 0.8 MM X 2 MM MISC[OTC]	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
METFORMIN (BULK) 100 % POWDER	1	QL(5 cada 30 dÍas)	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
METHIMAZOLE (BULK) 100 % POWDER	1	QL(1 cada 30 dÍas)	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
methohexital 500 mg solution for injection	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
methylene blue (antidote) 1 % (10 mg/ml) intravenous solution[MDO]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
methylene blue (antidote) 5 mg/ml intravenous solution[MDO]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS

• MDO: Medicamento de uso únicamente médico • OTC – Medicamentos sin receta • PA – Autorización previa • QL – Límite de cantidad • ST – Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
methylene blue (antidote) 50 mg/10 ml (5 mg/ml) 0.5 % iv syringe[MDO]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
methylergonovine 0.2 mg tablet	1	QL(28 cada 7 dÍas)	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
methylergonovine 0.2 mg/ml (1 ml) injection solution	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
METHYLTESTOSTERONE (BULK) POWDER	3	PA,QL(1 cada 30 dÍas)	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
METOCLOPRAMIDE (BULK) POWDER	1	QL(1 cada 30 dÍas)	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
METOPIRONE 250 MG CAPSULE	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
METRONIDAZOLE (BULK) POWDER	1	QL(3 cada 7 dÍas)	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
METRONIDAZOLE BENZOATE (BULK) POWDER	1	QL(30 cada 30 dÍas)	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
MICONAZOLE (BULK) POWDER	1	QL(1 cada 30 dÍas)	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
MICRO THIN LANCETS 33 GAUGE[OTC]	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
MICROCHAMBER SPACER	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
MICRODOT LANCET 28 GAUGE[OTC]	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
MICRODOT READYGARD PEN NEEDLE 31 GAUGE X 3/16"[OTC]	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
MICROLET 2 LANCING DEVICE KIT[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
MICROLET LANCET[OTC]	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
MICROLET NEXT LANCET 28 GAUGE[OTC]	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
MICROLET NEXT LANCING DEVICE KIT[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
MICROSPACER	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
midazolam (pf) 1 mg/ml in 0.9 % sodium chloride intravenous solution	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
midazolam (pf) 1 mg/ml in sodium chloride,iso-osm intravenous solution	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
midazolam (pf) 1 mg/ml injection solution	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
midazolam (pf) 2 mg/2 ml (1 mg/ml) injection syringe	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
midazolam (pf) 5 mg/ml injection solution	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
midazolam (pf) 5 mg/ml injection syringe	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
midazolam 1 mg/ml injection solution	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
midazolam 2 mg/ml oral syrup	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
midazolam 5 mg/ml injection solution	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS

• MDO: Medicamento de uso únicamente médico • OTC – Medicamentos sin receta • PA – Autorización previa • QL – Límite de cantidad • ST – Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
MIFEPREX 200 MG TABLET[MDO]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
mifepristone 200 mg tablet[MDO]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
mifepristone 300 mg tablet	3	PA,QL(28 cada 28 días)	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
MIMRYLO 19 MG SUBCUTANEOUS SOLUTION	3	PA,QL(4 cada 28 días)	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
MIMRYLO 28 MG SUBCUTANEOUS SOLUTION	3	PA,QL(4 cada 28 días)	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
MIMRYLO 41 MG SUBCUTANEOUS SOLUTION	3	PA,QL(8 cada 28 días)	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
MIMRYLO 54 MG SUBCUTANEOUS SOLUTION	3	PA,QL(8 cada 28 días)	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
MIMRYLO 9.5 MG SUBCUTANEOUS SOLUTION	3	PA,QL(4 cada 28 días)	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
MINI LANCING DEVICE[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
MINI ULTRA-THIN II 31 GAUGE X 3/16" NEEDLE[OTC]	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
MINIMED INSTINCT SENSOR DEVICE	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
MIRENA 21 MCG/24 HR (UP TO 8 YEARS) 52 MG INTRAUTERINE DEVICE[MDO]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
MIUDELLA 175 SQUARE MM[MDO]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
MOBI BLOOD GLUCOSE LANCING DEVICE[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
MOBI BLOOD GLUCOSE TWIST LANCET 30 GAUGE[OTC]	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
MOBILE LANCETS 30 GAUGE[OTC]	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
MONOJECT INSULIN SAFETY SYRINGE 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2"[OTC]	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
MONOJECT INSULIN SAFETY SYRINGE 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16"	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
MONOJECT INSULIN SAFETY SYRINGE 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
MONOJECT INSULIN SAFETY SYRINGE 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
MONOJECT INSULIN SAFETY SYRINGE 1 ML 29 GAUGE X 1/2"[OTC]	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
MONOJECT INSULIN SYRINGE 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2"[OTC]	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
MONOJECT INSULIN SYRINGE 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16"[OTC]	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
MONOJECT INSULIN SYRINGE 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"[OTC]	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
MONOJECT INSULIN SYRINGE 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"[OTC]	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
MONOJECT INSULIN SYRINGE 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"[OTC]	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
MONOJECT INSULIN SYRINGE 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"[OTC]	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS

• MDO: Medicamento de uso únicamente médico • OTC – Medicamentos sin receta • PA – Autorización previa • QL – Límite de cantidad • ST – Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
MONOJECT INSULIN SYRINGE 1 ML	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
MONOJECT INSULIN SYRINGE 1 ML OTC	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
MONOJECT INSULIN SYRINGE 1 ML 25 GAUGE X 5/8" OTC	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
MONOJECT INSULIN SYRINGE 1 ML 27 GAUGE X 1/2" OTC	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
MONOJECT INSULIN SYRINGE 1 ML 28 GAUGE X 1/2"	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
MONOJECT INSULIN SYRINGE 1 ML 28 GAUGE X 1/2" OTC	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
MONOJECT INSULIN SYRINGE 1 ML 29 GAUGE X 1/2" OTC	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
MONOJECT INSULIN SYRINGE 1 ML 30 GAUGE X 5/16"	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
MONOJECT INSULIN SYRINGE 1 ML 30 GAUGE X 5/16" OTC	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
MONOJECT INSULIN SYRINGE 1 ML 31 GAUGE X 5/16" OTC	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
MONOJECT INSULIN SYRINGE 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2" OTC	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
MONOJECT SYRINGE 1/2 ML 28 GAUGE	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
MONOJECT ULTRA COMFORT INSULIN 1/2 ML 28 GAUGE SYRINGE OTC	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
MONOLET LANCETS 21 GAUGE OTC	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
MONOLET THIN LANCETS 28 GAUGE OTC	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
MORPHINE (BULK) 100 % POWDER MDO	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
MULTI-LANCET DEVICE 2 KIT OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
MUPIROCIN (BULK) 100 % POWDER	1	QL(1 cada 30 dÍas)	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
MURO 128 5 % EYE DROPS OTC	3	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
MVW COMPLETE FORMULATION D3000 3,000 UNIT-1,000 MCG CHEWABLE TABLET OTC	3	PA,QL(60 cada 30 dÍas)	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
MVW COMPLETE FORMULATION D3000 3,000 UNIT-800 MCG CAPSULE OTC	3	PA,QL(60 cada 30 dÍas)	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
MVW COMPLETE FORMULATION D5000 5,000 UNIT-1,000 MCG CHEWABLE TABLET OTC	3	PA,QL(60 cada 30 dÍas)	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
MVW COMPLETE FORMULATION D5000 5,000 UNIT-800 MCG CAPSULE OTC	3	PA,QL(60 cada 30 dÍas)	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
MVW COMPLETE FORMULATION MULTIVITAMIN 1,500 UNIT-1,000 MCG CHEW TABLET OTC	3	PA,QL(60 cada 30 dÍas)	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
MVW COMPLETE FORMULATION MULTIVITAMIN 1,500 UNIT-800 MCG CAPSULE OTC	3	PA,QL(60 cada 30 dÍas)	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
MVW COMPLETE FORMULATION MULTIVITAMIN 750 UNIT-500 MCG CAPSULE OTC	3	PA,QL(120 cada 30 dÍas)	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
MYGLUCOHEALTH LANCETS 30 GAUGE OTC	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS

• MDO: Medicamento de uso únicamente médico • OTC – Medicamentos sin receta • PA – Autorización previa • QL – Límite de cantidad • ST – Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
MYOBLOC 10,000 UNIT/2 ML INTRAMUSCULAR SOLUTION[MDO]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
MYOBLOC 2,500 UNIT/0.5 ML INTRAMUSCULAR SOLUTION[MDO]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
MYOBLOC 5,000 UNIT/ML INTRAMUSCULAR SOLUTION[MDO]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
MYOVIEW KIT 0.23 MG INTRAVENOUS SOLUTION[MDO]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
MYOVIEW KIT 1.38 MG INTRAVENOUS SOLUTION[MDO]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
NALTREXONE HCL (BULK) 100 % POWDER	1	QL(1 cada 30 dÍas)	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
NANO 2ND GEN PEN NEEDLE 32 GAUGE X 5/32"[OTC]	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
NANO PEN NEEDLE 32 GAUGE X 5/32"[OTC]	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
NEOPHE 0.4 GRAM-2.3 KCAL TABLET[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
NEOPHE 60 GRAM-345 KCAL/100 GRAM ORAL POWDER[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
neostigmine methylsulfate 0.5 mg/ml intravenous solution	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
neostigmine methylsulfate 1 mg/ml intravenous solution	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
neostigmine methylsulfate 3 mg/3 ml (1 mg/ml) intravenous syringe	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
NEURACEQ 8.1 MCI (300 MBQ) INTRAVENOUS SOLUTION[MDO]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
NEUROLITE 0.9 MG INTRAVENOUS SOLUTION[MDO]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
niacin 500 mg tablet[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
nicotine (polacrilex) 2 mg buccal lozenge[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
nicotine (polacrilex) 2 mg buccal mini lozenge[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
nicotine (polacrilex) 2 mg gum[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
nicotine (polacrilex) 4 mg buccal lozenge[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
nicotine (polacrilex) 4 mg buccal mini lozenge[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
nicotine (polacrilex) 4 mg gum[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
NIFEDIPINE (BULK) POWDER	1	QL(1 cada 30 dÍas)	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
nitroglycerin 0.4 % (w/w) rectal ointment	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
NOVA SAFETY LANCETS 23 GAUGE[OTC]	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
NOVA SAFETY LANCETS 28 GAUGE[OTC]	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
NOVA SUREFLEX LANCETS[OTC]	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS

• MDO: Medicamento de uso únicamente médico • OTC – Medicamentos sin receta • PA – Autorización previa • QL – Límite de cantidad • ST – Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
NOVOFINE 32 32 GAUGE X 1/4" NEEDLE[OTC]	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
NOVOFINE PLUS 32 GAUGE X 1/6" NEEDLE[OTC]	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
NUMBRINO 4 % NASAL SOLUTION[MDO]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
OMEPRAZOLE (BULK) 100 % POWDER	1	QL(1 cada 30 dÍas)	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
OMISIRGE INTRAVENOUS SUSPENSION[MDO]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
OMNIPAQUE 12 MG IODINE/ML ORAL SOLUTION[MDO]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
OMNIPAQUE 350 MG IODINE/ML INTRAVENOUS SOLUTION[MDO]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
OMNISCAN 10 MMOL/20 ML (287 MG/ML) INTRAVENOUS SOLUTION[MDO]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
OMNISCAN 7.5 MMOL/15 ML (287 MG/ML) INTRAVENOUS SOLUTION[MDO]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
ON CALL LANCET 30 GAUGE[OTC]	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
ON CALL LANCING DEVICE[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
ON-THE-GO LANCETS 30 GAUGE[OTC]	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
ONETOUCH DELICA PLUS LANCET 30 GAUGE[OTC]	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
ONETOUCH DELICA PLUS LANCET 33 GAUGE[OTC]	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
ONETOUCH DELICA PLUS LANCING DEVICE KIT[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
ONETOUCH DELICA SAFETY LANCET 30 GAUGE[OTC]	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
ONETOUCH ULTRA CONTROL SOLUTION[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
ONETOUCH ULTRASOFT 2 LANCET 30 GAUGE[OTC]	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
ONETOUCH VERIO HIGH CONTROL SOLUTION[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
ONETOUCH VERIO MID CONTROL SOLUTION[OTC]	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
ORA-BLEND ORAL SUSPENSION[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
ORA-BLEND SF ORAL SUSPENSION[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
ORA-PLUS ORAL SUSPENSION[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS

• MDO: Medicamento de uso únicamente médico • OTC – Medicamentos sin receta • PA – Autorización previa • QL – Límite de cantidad • ST – Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
ORA-SWEET ORAL SYRUP[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
ORA-SWEET SF ORAL LIQUID[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
ORAL SUSPEND ORAL[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
ORAL SYRUP SF ORAL LIQUID[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
OXLUMO 94.5 MG/0.5 ML SUBCUTANEOUS SOLUTION	3	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
OXYCODONE (BULK) 100 % POWDER	1	QL(1 cada 30 dÍas)	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
oxytocin 10 unit/ml injection solution	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
PALFORZIA (LEVEL 1) 3 MG (1 MG X 3) SPRINKLE CAPSULE	3	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
PALFORZIA (LEVEL 2) 6 MG (1 MG X 6) SPRINKLE CAPSULE	3	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
PALFORZIA (LEVEL 3) 12 MG (1 MG X 2, 10 MG X 1) SPRINKLE CAPSULE	3	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
PALFORZIA (LEVEL 4) 20 MG SPRINKLE CAPSULE	3	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
PALFORZIA (LEVEL 5) 40 MG (20 MG X 2) SPRINKLE CAPSULE	3	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
PALFORZIA (LEVEL 6) 80 MG (20 MG X 4) SPRINKLE CAPSULE	3	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
PALFORZIA (LEVEL 7) 120 MG (20 MG X 1, 100 MG X1) SPRINKLE CAPSULE	3	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
PALFORZIA (LEVEL 8) 160 MG (20 MG X 3, 100 MG X1) SPRINKLE CAPSULE	3	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
PALFORZIA (LEVEL 9) 200 MG (100 MG X 2) SPRINKLE CAPSULE	3	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
PALFORZIA (LEVEL 10) 240 MG(20 MG X 2, 100 MG X 2) SPRINKLE CAPSULE	3	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
PALFORZIA (LEVEL 11 MAINTENANCE) 300 MG ORAL POWDER PACKET	3	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
PALFORZIA (LEVEL 11 UP-DOSE) 300 MG ORAL POWDER PACKET	3	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
PALFORZIA INITIAL(4-17YRS) 0.5 MG/1 MG/1.5 MG/3 MG/6 MG SPRNK CAPSULE	3	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
PANHEMATIN 350 MG INTRAVENOUS SOLUTION[MDO]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
papaverine 30 mg/ml injection solution	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
PAPZIMEOS 5 X 10EXP11 PU/ML SUBCUTANEOUS SUSPENSION	3	PA,QL(1 cada 14 dÍas)	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
PARAGARD T 380A 380 SQUARE MM INTRAUTERINE DEVICE[MDO]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
PARAGARD T380A (SINGLE HAND) 380 SQUARE MM INTRAUTERINE DEVICE[MDO]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
PASATRU 60 MG/ML INTRAVENOUS SOLUTION	3	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
PEN NEEDLE 29 GAUGE X 1/2"[OTC]	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS

• MDO: Medicamento de uso únicamente médico • OTC – Medicamentos sin receta • PA – Autorización previa • QL – Límite de cantidad • ST – Terapia por fases

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

• MDO: Medicamento de uso únicamente médico • OTC – Medicamentos sin receta • PA – Autorización previa • QL – Límite de cantidad • ST – Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
PENTIPS PEN NEEDLE 29 GAUGE X 1/2"OTC	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
PENTIPS PEN NEEDLE 31 GAUGE X 1/4"OTC	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
PENTIPS PEN NEEDLE 31 GAUGE X 3/16"OTC	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
PENTIPS PEN NEEDLE 31 GAUGE X 5/16"OTC	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
PENTIPS PEN NEEDLE 32 GAUGE X 1/4"OTC	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
PENTIPS PEN NEEDLE 32 GAUGE X 5/32"OTC	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
PERFECT POINT SAFETY LANCETS 28 GAUGEOTC	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
PERFECT POINT SAFETY LANCETS 30 GAUGEOTC	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
PERIFLEX ADVANCE 35 GRAM-369 KCAL/100 GRAM ORAL POWDEROTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
PERIFLEX ADVANCE 35 GRAM-385 KCAL/100 GRAM ORAL POWDEROTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
PERIFLEX INFANT 13 GRAM-421 KCAL/100 GRAM ORAL POWDEROTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
PERIFLEX JUNIOR 25 GRAM-374 KCAL/100 GRAM ORAL POWDEROTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
PERIFLEX JUNIOR 25 GRAM-394 KCAL/100 GRAM ORAL POWDEROTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
PERIFLEX LQ PKU 0.06 G-0.64 KCAL/ ML ORAL LIQUIDOTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
PHENEX-1 15 GRAM-480 KCAL/100 GRAM ORAL POWDEROTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
PHENEX-2 30 GRAM-410 KCAL/100 G ORAL POWDEROTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
PHENYL-FREE 1 16.2 GRAM-500 KCAL/100 GRAM ORAL POWDEROTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
PHENYL-FREE 2 PKU 22 GRAM-410 KCAL/100 GRAM ORAL POWDEROTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
PHENYL-FREE 2HP PKU 40 GRAM-390 KCAL/100 GRAM ORAL POWDEROTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
PHENYLADE 40 10 GRAM-84 KCAL/25 GRAM ORAL POWDER PACKETOTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
PHENYLADE 60 60 GRAM-295 KCAL/100 GRAM ORAL POWDEROTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
PHENYLADE 60 60 GRAM-327 KCAL/100 GRAM ORAL POWDEROTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
PHENYLADE 60 10 GRAM-49 KCAL/16.7 GRAM ORAL POWDER PACKETOTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
PHENYLADE 60 60 GRAM-305 KCAL/100 GRAM ORAL POWDEROTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
PHENYLADE AMINO ACIDS 10 GRAM-42 KCAL/13 GRAM ORAL POWDEROTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
PHENYLADE AMINO ACIDS 10 GRAM-42 KCAL/13 GRAM ORAL POWDER PACKETOTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
PHENYLADE ESSENTIAL (FLAX) 10 GRAM-156 KCAL/40 GRAM ORAL POWDER PACKETOTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS

• MDO: Medicamento de uso únicamente médico • OTC – Medicamentos sin receta • PA – Autorización previa • QL – Límite de cantidad • ST – Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
PHENYLADE ESSENTIAL (FLAX) 25 GRAM-390 KCAL/100 GRAM ORAL POWDER[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
PHENYLADE ESSENTIAL 25 GRAM-383 KCAL/100 GRAM ORAL POWDER[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
PHENYLADE GMP 30 GRAM-387 KCAL/100 GRAM ORAL POWDER[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
PHENYLADE GMP 30 GRAM-396 KCAL/100 GRAM ORAL POWDER[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
PHENYLADE GMP 30 GRAM-396 KCAL/100 GRAM ORAL POWDER PACKET[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
PHENYLADE GMP MIX-IN 80 GRAM-333 KCAL/100 GRAM ORAL POWDER[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
PHENYLADE GMP MIX-IN 80 GRAM-333 KCAL/100 GRAM ORAL POWDER PACKET[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
PHENYLADE GMP MIX-IN 80 GRAM-334 KCAL/100 GRAM ORAL POWDER[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
PHENYLADE GMP MIX-IN 80 GRAM-334 KCAL/100 GRAM ORAL POWDER PACKET[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
PHENYLADE GMP READY 10 GRAM-110 KCAL/250 ML ORAL LIQUID[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
PHENYLADE GMP ULTRA 60 GRAM-295 KCAL/100 GRAM ORAL POWDER PACKET[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
PHENYLADE GMP ULTRA 60 GRAM-306 KCAL/100 GRAM ORAL POWDER PACKET[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
PHENYLADE GMP ULTRA 60 GRAM-318 KCAL/100 GRAM ORAL POWDER PACKET[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
PHENYLADE GMP ULTRA 60 GRAM-321 KCAL/100 GRAM ORAL POWDER PACKET[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
PHENYLADE GMP ULTRA 60 GRAM-322 KCAL/100 GRAM ORAL POWDER PACKET[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
PHENYLADE MTE AMINO ACIDS 10 GRAM-42 KCAL/13 GRAM ORAL POWDER[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
PHENYLADE MTE AMINO ACIDS 10 GRAM-42 KCAL/13 GRAM ORAL POWDER PACKET[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
PHENYLADE MTE AMINO ACIDS 78 GRAM-312 KCAL/100 GRAM ORAL POWDER[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
PHENYLADE PHEBLOC 2.2 GRAM-10 KCAL/3 GRAM ORAL POWDER PACKET[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
PHENYLADE PHEBLOC 750 MG TABLET[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
PHEXX 1.8 %-1 %-0.4 % VAGINAL GEL	3	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
PHEXXI 1.8 %-1 %-0.4 % VAGINAL GEL	3	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
PHLEXY-10 8.33 GRAM-35 KCAL/10 TABLETS[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
PHLEXY-10 DRINK MIX POWDER 8.33 GRAM-69 KCAL/20 GRAM ORAL POWDER PACK[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
PHLEXY-VITS 15 MG-700 MCG ORAL POWDER PACKET[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
PHOTREXA CROSS-LINKING KIT 0.146 %-0.146 % EYE DROPS AND VISCOUS DROPS[MDO]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
PHYSIOLYTE 140 MEQ-5 MEQ-3 MEQ-98 MEQ/L IRRIGATION SOLUTION	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS

• MDO: Medicamento de uso únicamente médico • OTC – Medicamentos sin receta • PA – Autorización previa • QL – Límite de cantidad • ST – Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
PHYTONADIONE (VITAMIN K1) (BULK) 100 % LIQUID[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
PHYTONADIONE (VITAMIN K1) (BULK) 100 % LIQUID[OTC]	1	QL(1 cada 30 dÍas)	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
PHYTONADIONE (VITAMIN K1) (BULK) 100 % LIQUID	1	QL(1 cada 30 dÍas)	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
phytonadione (vitamin k1) 1 mg/0.5 ml injection syringe	1	QL(0.5 cada 1 dÍas)	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
phytonadione (vitamin k1) 10 mg/ml injection solution	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
phytonadione (vitamin k1) 5 mg tablet	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
PILOCARPINE HCL (BULK) POWDER	1	QL(1 cada 30 dÍas)	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
PIP LANCET 30 GAUGE[OTC]	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
PIP PEN NEEDLE 31 GAUGE X 3/16"[OTC]	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
PIP PEN NEEDLE 32 GAUGE X 5/32"[OTC]	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
PITOCIN 10 UNIT/ML INJECTION SOLUTION	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
PIXCLARA 185 MBQ/ML TO 11,100 MBQ/ML INTRAVENOUS SOLUTION[MDO]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
pixxoscan 10 mmol/10 ml (1 mmol/ml) intravenous solution[MDO]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
pixxoscan 15 mmol/15 ml (1 mmol/ml) intravenous solution[MDO]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
pixxoscan 2 mmol/2 ml (1 mmol/ml) intravenous solution[MDO]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
pixxoscan 7.5 mmol/7.5 ml (1 mmol/ml) intravenous solution[MDO]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
PKU AIR20 0.115 GRAM-0.62 KCAL/ML ORAL LIQUID IN PACKET[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
PKU AIR20 20 GRAM-100 KCAL/174 ML ORAL LIQUID IN PACKET[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
PKU COOLER 10 0.115 GRAM-0.78 KCAL/ML ORAL LIQUID IN PACKET[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
PKU COOLER 10 0.12 G-0.71 KCAL/ML ORAL SUSPENSION[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
PKU COOLER 10 0.12 GRAM-0.75 KCAL/ML ORAL LIQUID IN PACKET[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
PKU COOLER 15 0.115 GRAM-0.78 KCAL/ML ORAL LIQUID IN PACKET[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
PKU COOLER 15 0.12 G-0.71 KCAL/ML ORAL SUSPENSION[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
PKU COOLER 15 0.12 GRAM-0.75 KCAL/ML ORAL LIQUID IN PACKET[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
PKU COOLER 20 0.115 GRAM-0.78 KCAL/ML ORAL LIQUID IN PACKET[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
PKU COOLER 20 0.12 G-0.71 KCAL/ML ORAL SUSPENSION[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
PKU COOLER 20 0.12 GRAM-0.75 KCAL/ML ORAL LIQUID IN PACKET[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS

• MDO: Medicamento de uso únicamente médico • OTC – Medicamentos sin receta • PA – Autorización previa • QL – Límite de cantidad • ST – Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
PKU EASY 0.92 GRAM-5 KCAL TABLET[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
PKU EASY 15 GRAM-97.5 KCAL/130 ML ORAL LIQUID IN PACKET[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
PKU EASY MICROTABS 70.8 GRAM-362 KCAL/100 GRAM DELAYED REL GRANULES[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
PKU EASY MICROTABS 73.6 GRAM-396 KCAL/100 GRAM DELAYED REL GRANULES[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
PKU EASY MICROTABS PLUS 50 GRAM-339 KCAL/100 GRAM ORAL DEL REL GRANULE[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
PKU EASY SHAKE AND GO 45 GRAM-367 KCAL/100 GRAM ORAL POWDER[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
PKU EXPLORE10 40 GRAM-330 KCAL/100 GRAM ORAL POWDER PACKET[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
PKU EXPLORE5 40 GRAM-342 KCAL/100 GRAM ORAL POWDER PACKET[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
PKU EXPRESS15 PLUS 60 GRAM-306 KCAL/100 GRAM ORAL POWDER PACKET[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
PKU EXPRESS15 PLUS 60 GRAM-316 KCAL/100 GRAM ORAL POWDER PACKET[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
PKU EXPRESS20 PLUS 60 GRAM-306 KCAL/100 GRAM ORAL POWDER PACKET[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
PKU EXPRESS20 PLUS 60 GRAM-316 KCAL/100 GRAM ORAL POWDER PACKET[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
PKU GEL POWDER 41.7 GRAM-316 KCAL/100 GRAM ORAL POWDER PACKET[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
PKU GEL POWDER 41.7 GRAM-317 KCAL/100 GRAM ORAL POWDER PACKET[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
PKU GEL POWDER 41.7 GRAM-338 KCAL/100 GRAM ORAL POWDER PACKET[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
PKU GO 50 GRAM-325 KCAL/100 GRAM ORAL POWDER PACKET[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
PKU GOLIKE 10 GRAM-158 KCAL/60 GRAM ORAL BAR[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
PKU GOLIKE 10 GRAM-170 KCAL/60 GRAM ORAL BAR[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
PKU GOLIKE 10 GRAM-177 KCAL/60 GRAM ORAL BAR[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
PKU GOLIKE 5 GRAM-80 KCAL/30 GRAM ORAL BAR[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
PKU GOLIKE PLUS (16 YR UP) 63.2 GRAM-297 KCAL/100 GRAM GRANULES ER PKT[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
PKU GOLIKE PLUS (4-16 YR) 62.2 GRAM-294 KCAL/100 GRAM GRANULES, ER PKT[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
PKU LOPHLEX 20 G-116 KCAL/125 ML ORAL LIQUID IN PACKET[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
PKU LOPHLEX 20 GRAM-133 KCAL/125 ML ORAL LIQUID IN PACKET[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
PKU MAXAMUM 40 GRAM-305 KCAL/100 GRAM ORAL POWDER[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
PKU PERIFLEX EARLY YEARS 13.5 GRAM-466 KCAL/100 GRAM ORAL POWDER[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
PKU PERIFLEX EARLY YEARS 13.5 GRAM-473 KCAL/100 GRAM ORAL POWDER[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS

• MDO: Medicamento de uso únicamente médico • OTC – Medicamentos sin receta • PA – Autorización previa • QL – Límite de cantidad • ST – Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
PKU PERIFLEX JUNIOR PLUS 28 GRAM-377 KCAL/100 GRAM ORAL POWDER[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
PKU PERIFLEX JUNIOR PLUS 28 GRAM-385 KCAL/100 GRAM ORAL POWDER[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
PKU REFRESH AA 15 PE 3 GRAM-20 KCAL/100 ML ORAL LIQUID[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
PKU SPHERE NEXT 15 8.4 GRAM-90 KCAL/100 ML ORAL LIQUID[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
PKU SPHERE15 56 GRAM-337 KCAL/100 GRAM ORAL POWDER PACKET[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
PKU SPHERE20 56 GRAM-337 KCAL/100 GRAM ORAL POWDER PACKET[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
PKU SPHERE20 20 GRAM-120 KCAL/237 ML ORAL LIQUID[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
PKU SPHERE20 20 GRAM-125 KCAL/237 ML ORAL LIQUID[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
PKU START 14.3 GRAM-490 KCAL/100 GRAM ORAL POWDER[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
PKU TRIO 30 GRAM-405 KCAL/100 GRAM ORAL POWDER[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
PLEGISOL 16 MEQ/L (POTASSIUM) PERFUSION SOLUTION	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
PLUVICTO 27 MCI/ML (1,000 MBQ/ML) INTRAVENOUS SOLUTION[MDO]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
POCKET CHAMBER SPACER	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
podocon 25 % topical liquid[MDO]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
POSLUMA 296 MBQ/ML TO 5,846 MBQ/ML INTRAVENOUS SOLUTION[MDO]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
potassium citrate-citric acid 1,100 mg-334 mg/5 ml oral solution[OTC]	3	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
PRAXBIND 2.5 GRAM/50 ML INTRAVENOUS SOLUTION[MDO]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
PRECEDEX (PF) 100 MCG/ML INTRAVENOUS SOLUTION[MDO]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
PRECEDEX 1,000 MCG/250 ML (4 MCG/ML) IN 0.9% SODIUM CHLORIDE IV SOLN[MDO]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
PRECEDEX 200 MCG/50 ML (4 MCG/ML) IN 0.9 % SODIUM CHLORIDE IV SOLUTION[MDO]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
PRECEDEX 400 MCG/100 ML (4 MCG/ML) IN 0.9% SODIUM CHLORIDE IV SOLUTION[MDO]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
PRECEDEX 80 MCG/20 ML (4 MCG/ML) IN 0.9 % SODIUM CHLORIDE IV SOLUTION[MDO]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
PRECISION XTRA B-KETONE STRIPS[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
PRECISION XTRA MONITOR[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
PREDNISOLONE SOD PHOS (BULK) POWDER	1	QL(1 cada 30 dÍas)	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
PREDNISONE (BULK) POWDER	1	QL(1 cada 30 dÍas)	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
PREGNENOLONE, MICRONIZED(BULK) 100 % POWDER	1	QL(1 cada 30 dÍas)	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS

• MDO: Medicamento de uso únicamente médico • OTC – Medicamentos sin receta • PA – Autorización previa • QL – Límite de cantidad • ST – Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
PREPIDIL 0.5 MG/3 G VAGINAL GEL	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
PRESSURE ACTIVATED LANCETS 21 GAUGE OTC	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
PRESSURE ACTIVATED LANCETS 28 GAUGE OTC	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
PREVDUO 0.6 MG-3MG/3ML (0.2MG-1MG/ML) INTRAVENOUS SYRINGE MDO	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
PREVENT DROPSAFE PEN NEEDLE 31 GAUGE X 1/4" OTC	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
PREVENT DROPSAFE PEN NEEDLE 31 GAUGE X 5/16" OTC	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
PRIMEAIRE SPACER	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
PRO COMFORT INSULIN SYRINGE 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2" OTC	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
PRO COMFORT INSULIN SYRINGE 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16" OTC	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
PRO COMFORT INSULIN SYRINGE 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16" OTC	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
PRO COMFORT INSULIN SYRINGE 1 ML 30 GAUGE X 1/2" OTC	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
PRO COMFORT INSULIN SYRINGE 1 ML 30 GAUGE X 5/16" OTC	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
PRO COMFORT INSULIN SYRINGE 1 ML 31 GAUGE X 5/16" OTC	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
PRO COMFORT LANCET 30 GAUGE OTC	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
PRO COMFORT LANCET 31 GAUGE OTC	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
PRO COMFORT PEN NEEDLE 32 GAUGE X 1/4" OTC	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
PRO COMFORT PEN NEEDLE 32 GAUGE X 3/16" OTC	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
PRO COMFORT PEN NEEDLE 32 GAUGE X 5/16" OTC	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
PRO COMFORT PEN NEEDLE 32 GAUGE X 5/32" OTC	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
PRO COMFORT SAFETY LANCET 30 GAUGE OTC	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
PRO COMFORT SPACER-ADULT MASK OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
PRO COMFORT SPACER-CHILD MASK OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
PRO COMFORT SPACER-INFANT MASK OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
PROCARE SPACER WITH ADULT MASK	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
PROCARE SPACER WITH CHILD MASK	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
PROCHAMBER	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
PROCHLORPERAZINE MALEATE (BULK) POWDER	1	QL(1 cada 30 dÍas)	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS

• MDO: Medicamento de uso únicamente médico • OTC – Medicamentos sin receta • PA – Autorización previa • QL – Límite de cantidad • ST – Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
PRODIGY AUTOCODE METER KIT[OTC]	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
PRODIGY INSULIN SYRINGE 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"[OTC]	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
PRODIGY INSULIN SYRINGE 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"[OTC]	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
PRODIGY INSULIN SYRINGE 1 ML 28 GAUGE X 1/2"[OTC]	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
PRODIGY LANCETS 26 GAUGE[OTC]	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
PRODIGY LANCETS 28 GAUGE[OTC]	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
PRODIGY LANCING DEVICE[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
PRODIGY NO CODING STRIPS[OTC]	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
PRODIGY TWIST TOP LANCET 28 GAUGE[OTC]	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
PROFILNINE 1,000 (+/-) UNIT INTRAVENOUS SOLUTION	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
PROFILNINE 1,500 (+/-) UNIT INTRAVENOUS SOLUTION	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
PROFILNINE 500 (+/-) UNIT INTRAVENOUS SOLUTION	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
PROGESTERONE (BULK) 100 % POWDER	1	QL(15 cada 30 dÍas)	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
PROGESTERONE MICRONIZED (BULK) 100 % POWDER	1	QL(8 cada 30 dÍas)	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
PROMETHAZINE (BULK) 100 % POWDER	1	QL(4 cada 30 dÍas)	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
propofol 10 mg/ml intravenous emulsion	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
protamine 10 mg/ml intravenous solution	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
PROVAYBLUE 5 MG/ML INTRAVENOUS SOLUTION[MDO]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
PROVOCHOLINE 0 TO 48 MG/3 ML SOLUTION FOR NEBULIZATION[MDO]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
PROVOCHOLINE 100 MG SOLUTION FOR INHALATION[MDO]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
PURE COMFORT LANCETS 30 GAUGE[OTC]	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
PURE COMFORT PEN NEEDLE 32 GAUGE X 1/4"[OTC]	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
PURE COMFORT PEN NEEDLE 32 GAUGE X 3/16"[OTC]	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
PURE COMFORT PEN NEEDLE 32 GAUGE X 5/16"[OTC]	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
PURE COMFORT PEN NEEDLE 32 GAUGE X 5/32"[OTC]	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
PURE COMFORT SAFETY LANCETS 30 GAUGE[OTC]	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
PURE COMFORT SAFETY PEN NEEDLE 31 GAUGE X 1/4"[OTC]	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS

• MDO: Medicamento de uso únicamente médico • OTC – Medicamentos sin receta • PA – Autorización previa • QL – Límite de cantidad • ST – Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
PURE COMFORT SAFETY PEN NEEDLE 31 GAUGE X 3/16"OTC	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
PURE COMFORT SAFETY PEN NEEDLE 32 GAUGE X 5/32"OTC	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
PURE COMFORT SPACER-ADULT MASKOTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
PURECOMFORT PEAK FLOW MOUTHPIECE DEVICEOTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
PUSH BUTTON SAFETY LANCETS 21 GAUGEOTC	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
PUSH BUTTON SAFETY LANCETS 28 GAUGEOTC	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
PYLARIFY 296 MBQ TO 370 MBQ INTRAVENOUS SYRINGEMDO	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
PYLARIFY TRUVU 37 MBQ TO 4,440 MBQ/ML INTRAVENOUS SOLUTIONMDO	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
pyridoxine (vitamin b6) 100 mg tabletOTC	3	PA,QL(180 cada 90 días)	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
pyridoxine (vitamin b6) 25 mg tabletOTC	3	PA,QL(90 cada 90 días)	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
pyridoxine (vitamin b6) 250 mg tabletOTC	3	PA,QL(90 cada 90 días)	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
pyridoxine (vitamin b6) 50 mg tabletOTC	3	PA,QL(90 cada 90 días)	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
pyridoxine (vitamin b6) 500 mg tabletOTC	3	PA,QL(90 cada 90 días)	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
QFITLIA 20 MG/0.2 ML SUBCUTANEOUS SOLUTION	3	PA,QL(0.2 cada 60 días)	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
QFITLIA PEN 50 MG/0.5 ML SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR	3	PA,QL(0.5 cada 60 días)	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
QUELICIN 20 MG/ML INJECTION SOLUTIONMDO	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
QUIOFIC 0.2 MG/ML ORAL SOLUTION	3	PA,QL(150 cada 30 días)	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
QUTENZA 8 % TOPICAL KITMDO	*	QL(4 cada 90 días)	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
R-GENE 10 % INTRAVENOUS SOLUTION	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
REBINYN 1,000 (+/-) UNIT INTRAVENOUS SOLUTION	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
REBINYN 2,000 (+/-) UNIT INTRAVENOUS SOLUTION	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
REBINYN 3,000 (+/-) UNIT INTRAVENOUS SOLUTION	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
REBINYN 500 (+/-) UNIT INTRAVENOUS SOLUTION	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
RECOTHROM 20,000 UNIT TOPICAL SOLUTIONMDO	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
RECOTHROM 5,000 UNIT TOPICAL SOLUTIONMDO	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
RECOTHROM SPRAY KIT 20,000 UNIT TOPICAL SOLUTIONMDO	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
RECTIV 0.4 % (W/W) OINTMENT	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS

• MDO: Medicamento de uso únicamente médico • OTC – Medicamentos sin receta • PA – Autorización previa • QL – Límite de cantidad • ST – Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
REFRESH P.M. 57.3 %-42.5 % EYE OINTMENT[OTC]	3	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
regadenoson 0.4 mg/5 ml intravenous solution[MDO]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
regadenoson 0.4 mg/5 ml intravenous syringe[MDO]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
RELIAMED LANCET 23 GAUGE[OTC]	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
RELIAMED LANCET 28 GAUGE[OTC]	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
RELIAMED LANCET 30 GAUGE[OTC]	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
RELIAMED MINI LANCING DEVICE[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
RELIAMED SAFETY SEAL LANCETS 28 GAUGE[OTC]	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
RELIAMED SAFETY SEAL LANCETS 30 GAUGE[OTC]	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
RELIAMED TWIST AND CAP LANCET 28 GAUGE[OTC]	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
remifentanil 1 mg intravenous solution	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
remifentanil 2 mg intravenous solution	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
remifentanil 5 mg intravenous solution	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
RETHYMIC IMPLANT[MDO]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
REZDIFFRA 100 MG TABLET	3	PA,QL(30 cada 30 días)	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
REZDIFFRA 60 MG TABLET	3	PA,QL(30 cada 30 días)	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
REZDIFFRA 80 MG TABLET	3	PA,QL(30 cada 30 días)	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
ribavirin 6 gram solution for inhalation	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
RIGHTEST GD500 LANCING DEVICE[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
RIGHTEST GL300 LANCETS 30 GAUGE[OTC]	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
RIMSO-50 50 % INTRAVESICAL SOLUTION	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
ringer's irrigation solution	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
RITEFLO AEROCHAMBER	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
RIVFLOZA 128 MG/0.8 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE	3	PA,QL(0.8 cada 30 días)	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
RIVFLOZA 160 MG/ML SUBCUTANEOUS SYRINGE	3	PA,QL(1 cada 30 días)	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
RIVFLOZA 80 MG/0.5 ML (160 MG/ML) SUBCUTANEOUS SOLUTION	3	PA,QL(1 cada 30 días)	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
RIXUBIS 1,000 UNIT INTRAVENOUS SOLUTION	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS

• MDO: Medicamento de uso únicamente médico • OTC – Medicamentos sin receta • PA – Autorización previa • QL – Límite de cantidad • ST – Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
RIXUBIS 2,000 UNIT INTRAVENOUS SOLUTION	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
RIXUBIS 250 UNIT INTRAVENOUS SOLUTION	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
RIXUBIS 3,000 UNIT INTRAVENOUS SOLUTION	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
RIXUBIS 500 UNIT INTRAVENOUS SOLUTION	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
ROCTAVIAN 2 X 10EXP13 VG/ML INTRAVENOUS SUSPENSION	3	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
rocuronium 10 mg/ml intravenous solution	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
rocuronium 50 mg/5 ml (10 mg/ml) intravenous syringe[MDO]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
RYONCIL 6.68 X 10EXP6 CELL/ML INTRAVENOUS SUSPENSION	3	PA,QL(2 cada 7 dÍas)	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
S2 RACEPINEPHRINE 2.25 % SOLUTION FOR NEBULIZATION[OTC]	3	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
SAFESNAP INSULIN SYRINGE 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16"[OTC]	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
SAFESNAP INSULIN SYRINGE 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"[OTC]	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
SAFESNAP INSULIN SYRINGE 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"[OTC]	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
SAFESNAP INSULIN SYRINGE 1 ML 28 GAUGE X 1/2"[OTC]	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
SAFESNAP INSULIN SYRINGE 1 ML 29 GAUGE X 1/2"[OTC]	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
SAFETY LANCETS 21 GAUGE[OTC]	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
SAFETY LANCETS 28 GAUGE[OTC]	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
SAFETY PEN NEEDLE 31 GAUGE X 3/16"[OTC]	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
SAFETY SEAL LANCETS 28 GAUGE[OTC]	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
SAFETY SEAL LANCETS 30 GAUGE[OTC]	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
SAFETY-LET LANCETS 30 GAUGE[OTC]	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
salicylic acid 3 % topical ointment	3	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
salsalate 500 mg tablet	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
salsalate 750 mg tablet	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
salycim 6 % topical cream	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
SCENESSE 16 MG SUBCUTANEOUS IMPLANT[MDO]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
SECURESAFE INSULIN SYRINGE 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"[OTC]	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
SECURESAFE INSULIN SYRINGE 1 ML 29 GAUGE X 1/2"[OTC]	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS

• MDO: Medicamento de uso únicamente médico • OTC – Medicamentos sin receta • PA – Autorización previa • QL – Límite de cantidad • ST – Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
SECURESAFE PEN NEEDLE 30 GAUGE X 5/16"OTC	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
SECURESAFE PEN NEEDLE 31 GAUGE X 3/16"OTC	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
SENSILANCE 21 GAUGE MISCOTC	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
SENSILANCE 26 GAUGE MISCOTC	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
SENSILANCE 28 GAUGE MISCOTC	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
sevoflurane 99.97 % inhalation liquid	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
SIKLOS 1,000 MG TABLET	3	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
SIKLOS 100 MG TABLET	3	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
SIMPLE SYRUPOTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
sincalide 5 mcg solution for injectionMDO	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
SINGLE-LET MISCOTC	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
SKY SAFETY PEN NEEDLE 30 GAUGE X 3/16"OTC	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
SKY SAFETY PEN NEEDLE 30 GAUGE X 5/16"OTC	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
SKYLA 14 MCG/24 HR (UP TO 3 YEARS) 13.5 MG INTRAUTERINE DEVICEMDO	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
SKYSONA 4X TO 30X10EXP6 CELL/ML INTRAVENOUS SUSPENSIONMDO	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
SMARTDIABETES VANTAGEOTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
SMARTEST LANCETOTC	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
SODIUM BENZOATE (BULK) POWDEROTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
sodium benzoate 10 %-sodium phenylacetate 10 % intravenous solutionMDO	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
SODIUM CHLORIDE (BULK) GRANULESOTC	1	QL(150 cada 30 dÍas)	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
SODIUM CHLORIDE (BULK) GRANULES	1	QL(150 cada 30 dÍas)	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
sodium chloride 0.9 % irrigation solution	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
sodium citrate-citric acid 500 mg-334 mg/5 ml oral solutionOTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
SOHONOS 1 MG CAPSULE	3	PA,QL(112 cada 28 dÍas)	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
SOHONOS 1.5 MG CAPSULE	3	PA,QL(112 cada 28 dÍas)	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
SOHONOS 10 MG CAPSULE	3	PA,QL(56 cada 28 dÍas)	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
SOHONOS 2.5 MG CAPSULE	3	PA,QL(140 cada 28 dÍas)	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS

• MDO: Medicamento de uso únicamente médico • OTC – Medicamentos sin receta • PA – Autorización previa • QL – Límite de cantidad • ST – Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
SOHONOS 5 MG CAPSULE	3	PA,QL(112 cada 28 dÍas)	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
SOLUS V2 LANCETS 28 GAUGE[OTC]	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
SOLUS V2 LANCETS 30 GAUGE[OTC]	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
SOLUS V2 LANCING DEVICE KIT[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
sorbitol 2.7 gram-mannitol 0.54 gram/100 ml transurethral solution	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
sorbitol 3 % irrigation solution	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
SPACE CHAMBER WITH SMALL MASK	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
SPIRONOLACTONE (BULK) 100% POWDER	1	QL(1 cada 30 dÍas)	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
SPIRONOLACTONE MICRONIZED (BULK) 100 % POWDER	1	QL(1 cada 30 dÍas)	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
sski 1 gram/ml oral solution	3	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
STERILANCE TL 30 GAUGE[OTC]	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
STERILANCE TL 32 GAUGE[OTC]	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
STERILE HYDROGEL FOR JELMYTO INTRA-PYELOCALYCEAL SOLUTION[MDO]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
sterile water 100 % for injection	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
strontium-89 chloride 1 mci/ml intravenous solution[MDO]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
succinylcholine chloride 20 mg/ml injection solution[MDO]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
succinylcholine(pf)100 mg/5 ml (20 mg/ml)-nacl,iso intravenous syringe[MDO]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
succinylcholine(pf)200 mg/10 ml(20 mg/ml)-nacl,iso intravenous syringe[MDO]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
SUCRALFATE (BULK) POWDER	1	QL(30 cada 30 dÍas)	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
sufentanil citrate 50 mcg/ml intravenous solution	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
sugammadex 100 mg/ml intravenous solution[MDO]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
sugammadex 200 mg/2 ml intravenous syringe[MDO]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
SULFACETAMIDE SODIUM (BULK) POWDER	1	QL(1 cada 30 dÍas)	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
SULFASALAZINE (BULK) POWDER	1	QL(30 cada 30 dÍas)	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS

• MDO: Medicamento de uso únicamente médico • OTC – Medicamentos sin receta • PA – Autorización previa • QL – Límite de cantidad • ST – Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
SUPER THIN LANCETS 28 GAUGE OTC	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
SUPER THIN LANCETS 30 GAUGE OTC	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
SUPRANE 100 % INHALATION LIQUID	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
SURE COMFORT INSULIN SYRINGE 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2" OTC	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
SURE COMFORT INSULIN SYRINGE 0.3 ML 30 GAUGE X 1/2" OTC	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
SURE COMFORT INSULIN SYRINGE 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16" OTC	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
SURE COMFORT INSULIN SYRINGE 0.3 ML 31 GAUGE X 1/4" OTC	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
SURE COMFORT INSULIN SYRINGE 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16" OTC	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
SURE COMFORT INSULIN SYRINGE 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2" OTC	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
SURE COMFORT INSULIN SYRINGE 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16" OTC	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
SURE COMFORT INSULIN SYRINGE 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16" OTC	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
SURE COMFORT INSULIN SYRINGE 1 ML 28 GAUGE X 1/2" OTC	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
SURE COMFORT INSULIN SYRINGE 1 ML 29 GAUGE X 1/2" OTC	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
SURE COMFORT INSULIN SYRINGE 1 ML 30 GAUGE X 1/2" OTC	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
SURE COMFORT INSULIN SYRINGE 1 ML 30 GAUGE X 5/16" OTC	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
SURE COMFORT INSULIN SYRINGE 1 ML 31 GAUGE X 1/4" OTC	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
SURE COMFORT INSULIN SYRINGE 1 ML 31 GAUGE X 5/16" OTC	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
SURE COMFORT INSULIN SYRINGE 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2" OTC	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
SURE COMFORT INSULIN SYRINGE 1/2 ML 31 GAUGE X 1/4" OTC	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
SURE COMFORT INSULIN SYRINGE U-100 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2" OTC	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
SURE COMFORT LANCETS 18 GAUGE OTC	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
SURE COMFORT LANCETS 21 GAUGE OTC	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
SURE COMFORT LANCETS 23 GAUGE OTC	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
SURE COMFORT LANCETS 28 GAUGE OTC	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
SURE COMFORT LANCETS 30 GAUGE OTC	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
SURE COMFORT LANCING PEN OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
SURE COMFORT PEN NEEDLE 29 GAUGE X 1/2" OTC	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS

• MDO: Medicamento de uso únicamente médico • OTC – Medicamentos sin receta • PA – Autorización previa • QL – Límite de cantidad • ST – Terapia por fases

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

• MDO: Medicamento de uso únicamente médico • OTC – Medicamentos sin receta • PA – Autorización previa • QL – Límite de cantidad • ST – Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	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
SYRPALTA VEHICLE ORAL SYRUP[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
SYRSPEND SF LIQUID ORAL SUSPENSION[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
TAUVID 370 MBQ (10 MCI) INTRAVENOUS SOLUTION[MDO]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
TECHLITE INSULIN SYRINGE (HALF UNIT) 0.3 ML 31 GAUGE X 15/64"[OTC]	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
TECHLITE INSULIN SYRINGE (HALF UNIT) 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"[OTC]	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
TECHLITE INSULIN SYRINGE (HALF UNIT) 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2"[OTC]	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
TECHLITE INSULIN SYRINGE (HALF UNIT) 0.5 ML 31 GAUGE X 15/64"[OTC]	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
TECHLITE INSULIN SYRINGE (HALF UNIT) 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"[OTC]	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
TECHLITE INSULIN SYRINGE 1 ML 30 GAUGE X 1/2"[OTC]	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
TECHLITE INSULIN SYRINGE 1 ML 31 GAUGE X 15/64"[OTC]	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
TECHLITE INSULIN SYRINGE 1 ML 31 GAUGE X 5/16"[OTC]	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
TECHLITE LANCETS 26 GAUGE[OTC]	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
TECHLITE LANCETS 28 GAUGE[OTC]	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
TECHLITE LANCETS 30 GAUGE[OTC]	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
TECHLITE PEN NEEDLE 29 GAUGE X 1/2"[OTC]	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
TECHLITE PEN NEEDLE 31 GAUGE X 3/16"[OTC]	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
TECHLITE PEN NEEDLE 31 GAUGE X 5/16"[OTC]	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
TECHLITE PEN NEEDLE 32 GAUGE X 1/4"[OTC]	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
TECHLITE PEN NEEDLE 32 GAUGE X 5/32"[OTC]	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
TECHLITE PLUS PEN NEEDLE 32 GAUGE X 5/32"[OTC]	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
TELCARE LANCETS 30 GAUGE[OTC]	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
TEPEZZA 500 MG INTRAVENOUS SOLUTION	3	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
terrell 99.9 % inhalation liquid	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
TERUMO INSULIN SYRINGE 0.3 ML 30 X 3/8"[OTC]	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
TERUMO INSULIN SYRINGE 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"[OTC]	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
TERUMO INSULIN SYRINGE 1 ML 27 GAUGE X 1/2"[OTC]	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS

• MDO: Medicamento de uso únicamente médico • OTC – Medicamentos sin receta • PA – Autorización previa • QL – Límite de cantidad • ST – Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
TERUMO INSULIN SYRINGE 1 ML 28 GAUGE X 1/2"OTC	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
TERUMO INSULIN SYRINGE 1 ML 29 GAUGE X 1/2"OTC	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
TERUMO INSULIN SYRINGE 1/2 ML 27 GAUGE X 1/2"OTC	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
TERUMO INSULIN SYRINGE 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2"OTC	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
TERUMO INSULIN SYRINGE 1/2 ML 30 X 3/8"OTC	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
TESTOSTERONE (BULK) POWDER	3	PA,QL(1 cada 30 días)	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
TESTOSTERONE MICRONIZED (BULK) 100 % POWDER	3	PA,QL(1 cada 30 días)	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
TESTOSTERONE PROPIONATE (BULK) POWDER	3	PA,QL(1 cada 30 días)	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
TETRACYCLINE HCL (BULK) POWDER	1	QL(1 cada 30 días)	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
THIAMINE HCL (BULK) POWDEROTC	3	PA,QL(1 cada 30 días)	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
THIAMINE HCL (BULK) POWDER	3	PA,QL(1 cada 30 días)	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
THICK-IT #2 ORAL POWDEROTC	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
THIN LANCETS 26 GAUGEOTC	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
THINPRO INSULIN SYRINGE 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2"OTC	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
THINPRO INSULIN SYRINGE 0.3 ML 30 X 3/8"OTC	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
THINPRO INSULIN SYRINGE 0.3 ML 31 X 3/8"OTC	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
THINPRO INSULIN SYRINGE 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"OTC	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
THINPRO INSULIN SYRINGE 0.5 ML 31 X 3/8"OTC	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
THINPRO INSULIN SYRINGE 1 ML 28 GAUGE X 1/2"OTC	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
THINPRO INSULIN SYRINGE 1 ML 29 GAUGE X 1/2"OTC	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
THINPRO INSULIN SYRINGE 1 ML 30 GAUGE X 3/8"OTC	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
THINPRO INSULIN SYRINGE 1 ML 31 X 3/8"OTC	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
THINPRO INSULIN SYRINGE 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2"OTC	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
THINPRO INSULIN SYRINGE 1/2 ML 30 X 3/8"OTC	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
THROMBIN-JMI 20,000 UNIT TOPICAL POWDER FOR SOLUTION	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
THROMBIN-JMI 20,000 UNIT TOPICAL SPRAY	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
THROMBIN-JMI 20,000 UNIT TOPICAL SPRAY SYRINGE	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS

• MDO: Medicamento de uso únicamente médico • OTC – Medicamentos sin receta • PA – Autorización previa • QL – Límite de cantidad • ST – Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
THROMBIN-JMI 5,000 UNIT NASAL SPRAY SYRINGE	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
THROMBIN-JMI 5,000 UNIT TOPICAL POWDER FOR SOLUTION	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
THROMBIN-JMI 5,000 UNIT TOPICAL SPRAY SYRINGE	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
THROMBIN-JMI 5,000 UNIT/5 ML TOPICAL SOLUTION	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
THYROGEN 0.9 MG INTRAMUSCULAR SOLUTION[MDO]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
TIS-U-SOL PENTALYTE 800-40-20-8.75-6.25 MG/100 ML IRRIGATION SOLUTION	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
TISSEEL VHSD (WITH APROTININ, SYNTHETIC) 10 ML TOPICAL KIT[MDO]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
TISSEEL VHSD (WITH APROTININ, SYNTHETIC) 10 ML TOPICAL SYRINGE[MDO]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
TISSEEL VHSD (WITH APROTININ, SYNTHETIC) 2 ML TOPICAL KIT[MDO]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
TISSEEL VHSD (WITH APROTININ, SYNTHETIC) 2 ML TOPICAL SYRINGE[MDO]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
TISSEEL VHSD (WITH APROTININ, SYNTHETIC) 4 ML TOPICAL KIT[MDO]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
TISSEEL VHSD (WITH APROTININ, SYNTHETIC) 4 ML TOPICAL SYRINGE[MDO]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
TNKASE 25 MG INTRAVENOUS SOLUTION[MDO]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
TNKASE 50 MG INTRAVENOUS SOLUTION[MDO]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
TOBRAMYCIN SULFATE (BULK) 634 MCG/MG(NOT LESS THAN,USP) POWDER	1	QL(1 cada 30 dÍas)	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
TOPFINE INSULIN PEN NEEDLE 32 GAUGE X 5/32"	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
TOPIRAMATE (BULK) 99.7 % POWDER	1	QL(10 cada 30 dÍas)	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
TREGZI INTRAVENOUS SUSPENSION[MDO]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
TRETTEN 2,500 UNIT INTRAVENOUS SOLUTION	3	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
TRIAMCINOLONE (BULK) POWDER	1	QL(1 cada 30 dÍas)	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
TRIAMCINOLONE ACETONIDE (BULK) 100 % POWDER	1	QL(1 cada 30 dÍas)	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
trichloroacetic acid 25 % topical powder for solution	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
trichloroacetic acid 75 % topical powder for solution	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

• MDO: Medicamento de uso únicamente médico • OTC – Medicamentos sin receta • PA – Autorización previa • QL – Límite de cantidad • ST – Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
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
TRUE COMFORT INSULIN SYRINGE 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"[OTC]	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
TRUE COMFORT INSULIN SYRINGE 1 ML 31 GAUGE X 5/16"[OTC]	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
TRUE COMFORT LANCET 30 GAUGE[OTC]	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
TRUE COMFORT PEN NEEDLE 31 GAUGE X 1/4"[OTC]	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
TRUE COMFORT PEN NEEDLE 31 GAUGE X 3/16"[OTC]	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
TRUE COMFORT PEN NEEDLE 31 GAUGE X 5/16"[OTC]	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
TRUE COMFORT PEN NEEDLE 32 GAUGE X 1/4"[OTC]	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
TRUE COMFORT PEN NEEDLE 32 GAUGE X 3/16"[OTC]	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
TRUE COMFORT PEN NEEDLE 32 GAUGE X 5/32"[OTC]	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
TRUE COMFORT PEN NEEDLE 33 GAUGE X 1/4"[OTC]	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
TRUE COMFORT PEN NEEDLE 33 GAUGE X 3/16"[OTC]	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
TRUE COMFORT PEN NEEDLE 33 GAUGE X 5/32"[OTC]	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
TRUE COMFORT PRO INS SYRINGE 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2"[OTC]	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
TRUE COMFORT PRO INS SYRINGE 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"[OTC]	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
TRUE COMFORT PRO INS SYRINGE 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"[OTC]	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
TRUE COMFORT PRO INS SYRINGE 1 ML 30 GAUGE X 1/2"[OTC]	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
TRUE COMFORT PRO INS SYRINGE 1 ML 30 GAUGE X 5/16"[OTC]	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
TRUE COMFORT PRO INS SYRINGE 1 ML 31 GAUGE X 5/16"[OTC]	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
TRUE COMFORT PRO INS SYRINGE 1 ML 32 GAUGE X 5/16"[OTC]	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
TRUE COMFORT PRO INS SYRINGE 1/2 ML 32 GAUGE X 5/16"[OTC]	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS

• MDO: Medicamento de uso únicamente médico • OTC – Medicamentos sin receta • PA – Autorización previa • QL – Límite de cantidad • ST – Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
TRUE COMFORT SAFETY INSULIN SYRINGE 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2"OTC	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
TRUE COMFORT SAFETY INSULIN SYRINGE 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"OTC	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
TRUE COMFORT SAFETY INSULIN SYRINGE 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"OTC	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
TRUE COMFORT SAFETY INSULIN SYRINGE 1 ML 30 GAUGE X 1/2"OTC	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
TRUE COMFORT SAFETY INSULIN SYRINGE 1 ML 30 GAUGE X 5/16"OTC	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
TRUE COMFORT SAFETY INSULIN SYRINGE 1 ML 31 GAUGE X 5/16"OTC	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
TRUE COMFORT SAFETY INSULIN SYRINGE 1 ML 32 GAUGE X 5/16"OTC	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
TRUE COMFORT SAFETY PEN NEEDLE 31 GAUGE X 1/4"OTC	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
TRUE COMFORT SAFETY PEN NEEDLE 31 GAUGE X 3/16"OTC	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
TRUE COMFORT SAFETY PEN NEEDLE 32 GAUGE X 5/32"OTC	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
TRUE METRIX AIR GLUCOSE METEROTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
TRUE METRIX GLUCOSE METEROTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
TRUE METRIX GLUCOSE TEST STRIPOTC	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
TRUE METRIX LEVEL 1 SOLUTIONOTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
TRUE METRIX LEVEL 2 SOLUTIONOTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
TRUE METRIX LEVEL 3 SOLUTIONOTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
TRUE METRIX PRO TEST STRIPOTC	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
TRUE-COMFORT PRO PEN NEEDLE 31 GAUGE X 5/16"OTC	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
TRUEDRAW LANCING DEVICEOTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
TRUENESS BLOOD GLUCOSE MONITOROTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
TRUENESS GLUCOSE TEST STRIPOTC	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
TRUEPLUS INSULIN 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2" SYRINGEOTC	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
TRUEPLUS INSULIN 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16" SYRINGEOTC	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
TRUEPLUS INSULIN 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16" SYRINGEOTC	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
TRUEPLUS INSULIN 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2" SYRINGEOTC	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
TRUEPLUS INSULIN 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16" SYRINGEOTC	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
TRUEPLUS INSULIN 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16" SYRINGEOTC	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS

• MDO: Medicamento de uso únicamente médico • OTC – Medicamentos sin receta • PA – Autorización previa • QL – Límite de cantidad • ST – Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
TRUEPLUS INSULIN 1 ML 28 GAUGE X 1/2" SYRINGE OTC	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
TRUEPLUS INSULIN 1 ML 29 GAUGE X 1/2" SYRINGE OTC	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
TRUEPLUS INSULIN 1 ML 30 GAUGE X 5/16" SYRINGE OTC	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
TRUEPLUS INSULIN 1 ML 31 GAUGE X 5/16" SYRINGE OTC	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
TRUEPLUS INSULIN 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2" SYRINGE OTC	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
TRUEPLUS KETONE STRIPS OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
TRUEPLUS LANCETS 28 GAUGE OTC	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
TRUEPLUS LANCETS 30 GAUGE OTC	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
TRUEPLUS LANCETS 33 GAUGE OTC	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
TRUEPLUS PEN NEEDLE 29 GAUGE X 1/2" OTC	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
TRUEPLUS PEN NEEDLE 31 GAUGE X 1/4" OTC	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
TRUEPLUS PEN NEEDLE 31 GAUGE X 3/16" OTC	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
TRUEPLUS PEN NEEDLE 31 GAUGE X 5/16" OTC	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
TRUEPLUS PEN NEEDLE 32 GAUGE X 5/32" OTC	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
TRUSTEX LATEX CONDOM OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
TRUSTEX LUBRICATED CONDOMS OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
TRUSTEX NON-LUBRICATED CONDOMS OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
TRUSTEX-RIA LUBRICATED CONDOMS OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
TRUSTEX-RIA LUBRICATED/SPERMICIDE CONDOM OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
TRUSTEX-RIA NON-LUBRICATED CONDOMS OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
TUBERCULIN SYRINGE 1 ML 25 GAUGE X 1"	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
TWIST LANCETS 30 GAUGE OTC	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
TWIST LANCETS 32 GAUGE OTC	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
TYR EASY 0.91 GRAM-5 KCAL TABLET OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
TZIELD 1 MG/ML INTRAVENOUS SOLUTION	3	PA,QL(28 cada 14 dÍas)	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
ULTANE 99.97 % INHALATION LIQUID	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
ULTI-LANCE KIT OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS

• MDO: Medicamento de uso únicamente médico • OTC – Medicamentos sin receta • PA – Autorización previa • QL – Límite de cantidad • ST – Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
ULTI-LANCE MISC[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
ULTICARE 0.3 ML 30 GAUGE X 1/2" SYRINGE[OTC]	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
ULTICARE 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16" SYRINGE[OTC]	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
ULTICARE 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2" SYRINGE[OTC]	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
ULTICARE 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16" SYRINGE[OTC]	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
ULTICARE 1 ML 30 GAUGE X 1/2" SYRINGE[OTC]	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
ULTICARE 1 ML 31 GAUGE X 5/16" SYRINGE[OTC]	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
ULTICARE INSULIN SYRINGE (HALF UNIT) 0.3 ML 31 GAUGE X 1/4"[OTC]	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
ULTICARE INSULIN SYRINGE 0.3 ML 31 GAUGE X 1/4"[OTC]	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
ULTICARE INSULIN SYRINGE 1 ML 31 GAUGE X 1/4"[OTC]	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
ULTICARE INSULIN SYRINGE 1/2 ML 31 GAUGE X 1/4"[OTC]	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
ULTICARE PEN NEEDLE 29 GAUGE X 1/2"[OTC]	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
ULTICARE PEN NEEDLE 31 GAUGE X 1/4"[OTC]	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
ULTICARE PEN NEEDLE 31 GAUGE X 3/16"[OTC]	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
ULTICARE PEN NEEDLE 31 GAUGE X 5/16"[OTC]	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
ULTICARE PEN NEEDLE 32 GAUGE X 1/4"[OTC]	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
ULTICARE PEN NEEDLE 32 GAUGE X 5/32"[OTC]	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
ULTICARE SAFETY PEN NEEDLE 30 GAUGE X 3/16"[OTC]	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
ULTICARE SAFETY PEN NEEDLE 30 GAUGE X 5/16"[OTC]	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
ULTIGUARD SAFEPACK-INSULIN SYRINGE 0.3 ML 30 X 1/2"[OTC]	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
ULTIGUARD SAFEPACK-INSULIN SYRINGE 0.3 ML 31 X 5/16"[OTC]	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
ULTIGUARD SAFEPACK-INSULIN SYRINGE 1 ML 30 X 1/2"[OTC]	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
ULTIGUARD SAFEPACK-INSULIN SYRINGE 1 ML 31 X 5/16"[OTC]	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
ULTIGUARD SAFEPACK-INSULIN SYRINGE 1/2 ML 30 X 1/2"[OTC]	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
ULTIGUARD SAFEPACK-PEN NEEDLE 29 GAUGE X 1/2"[OTC]	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
ULTIGUARD SAFEPACK-PEN NEEDLE 31 GAUGE X 1/4"[OTC]	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
ULTIGUARD SAFEPACK-PEN NEEDLE 31 GAUGE X 3/16"[OTC]	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS

• MDO: Medicamento de uso únicamente médico • OTC – Medicamentos sin receta • PA – Autorización previa • QL – Límite de cantidad • ST – Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
ULTIGUARD SAFEPACK-PEN NEEDLE 31 GAUGE X 5/16"OTC	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
ULTIGUARD SAFEPACK-PEN NEEDLE 32 GAUGE X 1/4"OTC	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
ULTIGUARD SAFEPACK-PEN NEEDLE 32 GAUGE X 5/32"OTC	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
ULTILET BASIC LANCETS 30 GAUGEOTC	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
ULTILET CLASSIC LANCETSOTC	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
ULTILET CLASSIC LANCETS 28 GAUGEOTC	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
ULTILET CLASSIC LANCETS 30 GAUGEOTC	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
ULTILET INSULIN SYRINGE 0.3 ML 29 GAUGEOTC	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
ULTILET INSULIN SYRINGE 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2"OTC	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
ULTILET INSULIN SYRINGE 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16"OTC	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
ULTILET INSULIN SYRINGE 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"OTC	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
ULTILET INSULIN SYRINGE 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"OTC	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
ULTILET INSULIN SYRINGE 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"OTC	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
ULTILET INSULIN SYRINGE 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"OTC	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
ULTILET INSULIN SYRINGE 1 ML 29 GAUGEOTC	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
ULTILET INSULIN SYRINGE 1 ML 29 GAUGE X 1/2"OTC	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
ULTILET INSULIN SYRINGE 1 ML 30 GAUGE X 5/16"OTC	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
ULTILET INSULIN SYRINGE 1 ML 31 GAUGE X 5/16"OTC	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
ULTILET INSULIN SYRINGE 1/2 ML 29OTC	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
ULTILET LANCETS 28 GAUGEOTC	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
ULTILET LANCETS 30 GAUGEOTC	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
ULTILET LANCETS 33 GAUGEOTC	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
ULTILET PEN NEEDLE 29 GAUGEOTC	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
ULTILET PEN NEEDLE 32 GAUGE X 5/32"OTC	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
ULTILET SAFETY LANCETS 23 GAUGEOTC	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
ULTIVA 1 MG INTRAVENOUS SOLUTION	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
ULTIVA 2 MG INTRAVENOUS SOLUTION	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS

• MDO: Medicamento de uso únicamente médico • OTC – Medicamentos sin receta • PA – Autorización previa • QL – Límite de cantidad • ST – Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
ULTIVA 5 MG INTRAVENOUS SOLUTION	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
ULTRA COMFORT INSULIN SYRINGE (HALF UNIT) 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2"OTC	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
ULTRA COMFORT INSULIN SYRINGE (HALF UNIT) 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"OTC	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
ULTRA COMFORT INSULIN SYRINGE 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2"OTC	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
ULTRA COMFORT INSULIN SYRINGE 0.3 ML 30OTC	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
ULTRA COMFORT INSULIN SYRINGE 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16"OTC	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
ULTRA COMFORT INSULIN SYRINGE 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"OTC	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
ULTRA COMFORT INSULIN SYRINGE 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"OTC	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
ULTRA COMFORT INSULIN SYRINGE 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"OTC	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
ULTRA COMFORT INSULIN SYRINGE 1 ML 28 GAUGE X 1/2"OTC	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
ULTRA COMFORT INSULIN SYRINGE 1 ML 29 GAUGE X 1/2"OTC	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
ULTRA COMFORT INSULIN SYRINGE 1 ML 30 GAUGE X 5/16"OTC	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
ULTRA COMFORT INSULIN SYRINGE 1 ML 31 GAUGE X 5/16"OTC	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
ULTRA COMFORT INSULIN SYRINGE 1/2 ML 28 GAUGEOTC	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
ULTRA COMFORT INSULIN SYRINGE 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2"OTC	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
ULTRA COMFORT INSULIN SYRINGE 1/2 ML 29OTC	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
ULTRA COMFORT PEN NEEDLE 32 GAUGE X 5/32"OTC	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
ULTRA FINE LANCETS 30 GAUGEOTC	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
ULTRA FLO INSULIN SYRINGE (HALF UNIT) 0.3 ML 30 GAUGE X 1/2"OTC	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
ULTRA FLO INSULIN SYRINGE (HALF UNIT) 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16"OTC	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
ULTRA FLO INSULIN SYRINGE (HALF UNIT) 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"OTC	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
ULTRA FLO INSULIN SYRINGE 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2"OTC	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
ULTRA FLO INSULIN SYRINGE 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16"OTC	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
ULTRA FLO INSULIN SYRINGE 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"OTC	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
ULTRA FLO INSULIN SYRINGE 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"OTC	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
ULTRA FLO PEN NEEDLE 29 GAUGE X 1/2"OTC	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
ULTRA FLO PEN NEEDLE 31 GAUGE X 3/16"OTC	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS

• MDO: Medicamento de uso únicamente médico • OTC – Medicamentos sin receta • PA – Autorización previa • QL – Límite de cantidad • ST – Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
ULTRA FLO PEN NEEDLE 31 GAUGE X 5/16"OTC	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
ULTRA FLO PEN NEEDLE 32 GAUGE X 5/32"OTC	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
ULTRA FLO PEN NEEDLE 33 GAUGE X 5/32"OTC	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
ULTRA THIN II LANCETS 30 GAUGEOTC	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
ULTRA THIN LANCETSOTC	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
ULTRA THIN LANCETS 28 GAUGEOTC	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
ULTRA THIN LANCETS 30 GAUGEOTC	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
ULTRA THIN LANCETS 31 GAUGEOTC	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
ULTRA THIN PEN NEEDLE 32 GAUGE X 5/32"OTC	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
ULTRA TLC LANCETSOTC	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
ULTRA-CARE LANCETS 30 GAUGEOTC	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
ULTRA-FINE INSULIN SYRINGE (HALF UNIT) 0.3 ML 31 GAUGE X 15/64"OTC	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
ULTRA-FINE INSULIN SYRINGE (HALF UNIT) 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"OTC	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
ULTRA-FINE INSULIN SYRINGE 0.3 ML 30 GAUGE X 1/2"OTC	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
ULTRA-FINE INSULIN SYRINGE 0.3 ML 31 GAUGE X 15/64"OTC	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
ULTRA-FINE INSULIN SYRINGE 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"OTC	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
ULTRA-FINE INSULIN SYRINGE 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2"OTC	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
ULTRA-FINE INSULIN SYRINGE 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"OTC	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
ULTRA-FINE INSULIN SYRINGE 1 ML 30 GAUGE X 1/2"OTC	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
ULTRA-FINE INSULIN SYRINGE 1 ML 31 GAUGE X 15/64"OTC	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
ULTRA-FINE INSULIN SYRINGE 1 ML 31 GAUGE X 5/16"OTC	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
ULTRA-FINE INSULIN SYRINGE 1/2 ML 31 GAUGE X 15/64"OTC	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
ULTRA-FINE PEN NEEDLE 29 GAUGE X 1/2"OTC	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
ULTRA-FINE PEN NEEDLE 31 GAUGE X 3/16"OTC	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
ULTRA-FINE PEN NEEDLE 31 GAUGE X 5/16"OTC	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
ULTRA-FINE PEN NEEDLE 32 GAUGE X 1/4"OTC	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
ULTRA-FINE SAFETY INSULIN SYRINGE 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"OTC	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS

• MDO: Medicamento de uso únicamente médico • OTC – Medicamentos sin receta • PA – Autorización previa • QL – Límite de cantidad • ST – Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
ULTRA-FINE SAFETY INSULIN SYRINGE 0.5 ML 31 GAUGE X 15/64"OTC	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
ULTRA-THIN II (SHORT) INSULIN SYRINGE 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16"OTC	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
ULTRA-THIN II (SHORT) INSULIN SYRINGE 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"OTC	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
ULTRA-THIN II (SHORT) INSULIN SYRINGE 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"OTC	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
ULTRA-THIN II (SHORT) INSULIN SYRINGE 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"OTC	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
ULTRA-THIN II (SHORT) INSULIN SYRINGE 1 ML 30 GAUGE X 5/16"OTC	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
ULTRA-THIN II (SHORT) INSULIN SYRINGE 1 ML 31 GAUGE X 5/16"OTC	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
ULTRA-THIN II (SHORT) PEN NDL 31 GAUGE X 5/16" NEEDLEOTC	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
ULTRA-THIN II INSULIN PEN NEEDLES 29 GAUGE X 1/2"OTC	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
ULTRA-THIN II INSULIN SYRINGE 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"OTC	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
ULTRA-THIN II INSULIN SYRINGE 1 ML 29 GAUGE X 1/2"OTC	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
ULTRA-THIN II LANCETS 28 GAUGEOTC	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
ULTRACARE INSULIN SYRINGE 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16"OTC	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
ULTRACARE INSULIN SYRINGE 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"OTC	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
ULTRACARE INSULIN SYRINGE 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2"OTC	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
ULTRACARE INSULIN SYRINGE 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"OTC	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
ULTRACARE INSULIN SYRINGE 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"OTC	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
ULTRACARE INSULIN SYRINGE 1 ML 30 GAUGE X 1/2"OTC	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
ULTRACARE INSULIN SYRINGE 1 ML 30 GAUGE X 5/16"OTC	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
ULTRACARE INSULIN SYRINGE 1 ML 31 GAUGE X 5/16"OTC	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
ULTRACARE PEN NEEDLE 31 GAUGE X 1/4"OTC	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
ULTRACARE PEN NEEDLE 31 GAUGE X 3/16"OTC	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
ULTRACARE PEN NEEDLE 31 GAUGE X 5/16"OTC	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
ULTRACARE PEN NEEDLE 32 GAUGE X 1/4"OTC	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
ULTRACARE PEN NEEDLE 32 GAUGE X 3/16"OTC	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
ULTRACARE PEN NEEDLE 32 GAUGE X 5/32"OTC	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
ULTRACARE PEN NEEDLE 33 GAUGE X 5/32"OTC	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS

• MDO: Medicamento de uso únicamente médico • OTC – Medicamentos sin receta • PA – Autorización previa • QL – Límite de cantidad • ST – Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
ULTRALANCE LANCETS 26 GAUGE[OTC]	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
ULTRALANCE LANCETS 28 GAUGE[OTC]	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
ULTRAVIST 300 MG IODINE/ML INTRAVENOUS SOLUTION[MDO]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
ULTRAVIST 370 MG IODINE/ML INTRAVENOUS SOLUTION[MDO]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
UNIFINE OTC PEN NEEDLE 31 GAUGE X 3/16"[OTC]	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
UNIFINE OTC PEN NEEDLE 32 GAUGE X 5/32"[OTC]	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
UNIFINE PENTIPS 29 GAUGE X 1/2" NEEDLE[OTC]	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
UNIFINE PENTIPS 31 GAUGE X 1/4" NEEDLE[OTC]	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
UNIFINE PENTIPS 31 GAUGE X 3/16" NEEDLE[OTC]	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
UNIFINE PENTIPS 31 GAUGE X 5/16" NEEDLE[OTC]	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
UNIFINE PENTIPS 32 GAUGE X 1/4" NEEDLE[OTC]	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
UNIFINE PENTIPS 32 GAUGE X 5/32" NEEDLE[OTC]	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
UNIFINE PENTIPS 33 GAUGE X 5/32" NEEDLE[OTC]	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
UNIFINE PENTIPS MAXFLOW 30 GAUGE X 3/16" NEEDLE[OTC]	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
UNIFINE PENTIPS PLUS 29 GAUGE X 1/2" NEEDLE[OTC]	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
UNIFINE PENTIPS PLUS 31 GAUGE X 1/4" NEEDLE[OTC]	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
UNIFINE PENTIPS PLUS 31 GAUGE X 3/16" NEEDLE[OTC]	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
UNIFINE PENTIPS PLUS 31 GAUGE X 5/16" NEEDLE[OTC]	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
UNIFINE PENTIPS PLUS 32 GAUGE X 5/32" NEEDLE[OTC]	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
UNIFINE PENTIPS PLUS 33 GAUGE X 5/32" NEEDLE[OTC]	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
UNIFINE PENTIPS PLUS MAXFLOW 30 GAUGE X 3/16" NEEDLE[OTC]	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
UNIFINE PROTECT 30 GAUGE X 3/16" NEEDLE[OTC]	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
UNIFINE PROTECT 30 GAUGE X 5/16" NEEDLE[OTC]	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
UNIFINE PROTECT 32 GAUGE X 5/32" NEEDLE[OTC]	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
UNIFINE SAFECONTROL PEN NEEDLE 30 GAUGE X 3/16"[OTC]	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
UNIFINE SAFECONTROL PEN NEEDLE 30 GAUGE X 5/16"[OTC]	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
UNIFINE SAFECONTROL PEN NEEDLE 31 GAUGE X 1/4"[OTC]	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS

• MDO: Medicamento de uso únicamente médico • OTC – Medicamentos sin receta • PA – Autorización previa • QL – Límite de cantidad • ST – Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
UNIFINE SAFECONTROL PEN NEEDLE 31 GAUGE X 3/16"OTC	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
UNIFINE SAFECONTROL PEN NEEDLE 31 GAUGE X 5/16"OTC	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
UNIFINE SAFECONTROL PEN NEEDLE 32 GAUGE X 5/32"OTC	1	PA	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	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
UNIFINE ULTRA PEN NEEDLE 31 GAUGE X 3/16"OTC	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
UNIFINE ULTRA PEN NEEDLE 31 GAUGE X 5/16"OTC	1	PA	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	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
UNIFINE ULTRA PEN NEEDLE 34 GAUGE X 9/64"OTC	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
UNILET COMFORTOUCH LANCETOTC	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
UNILET COMFORTOUCH LANCET 26 GAUGEOTC	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
UNILET GP LANCETOTC	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
UNILET LANCET 28 GAUGEOTC	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
UNILET LANCET 33 GAUGEOTC	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
UNILET LANCETS 30 GAUGEOTC	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
UNILET SUPER THIN LANCETS 30 GAUGEOTC	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
UNISTIK 3 COMFORT LANCET 28 GAUGEOTC	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
UNISTIK 3 EXTRA LANCET 21 GAUGEOTC	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
UNISTIK 3 GENTLE 30 GAUGEOTC	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
UNISTIK 3 NORMAL LANCET 23 GAUGEOTC	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
UNISTIK CZT LANCET 23 GAUGEOTC	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
UNISTIK CZT LANCET 28 GAUGEOTC	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
UNISTIK NORMAL LANCETS 23 GAUGEOTC	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
UNISTIK PRO LANCET 21 GAUGEOTC	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
UNISTIK PRO LANCET 25 GAUGEOTC	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
UNISTIK PRO LANCET 28 GAUGEOTC	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS

• MDO: Medicamento de uso únicamente médico • OTC – Medicamentos sin receta • PA – Autorización previa • QL – Límite de cantidad • ST – Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
UNISTIK SAFETY 28 GAUGE[OTC]	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
UNISTIK SAFETY 30 GAUGE[OTC]	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
UNISTIK TOUCH LANCETS 21 GAUGE[OTC]	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
UNISTIK TOUCH LANCETS 23 GAUGE[OTC]	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
UNISTIK TOUCH LANCETS 28 GAUGE[OTC]	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
UNISTIK TOUCH LANCETS 30 GAUGE[OTC]	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
UNIVERSAL 1 LANCETS 26 GAUGE[OTC]	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
URE-NA 15 GRAM ORAL POWDER PACKET[OTC]	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
urea 39 % topical cream	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
urea 40 % topical cream	1	QL(198.4 cada 30 dÍas)	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
URSODIOL (BULK) 100 % POWDER	1	QL(9 cada 30 dÍas)	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
VAGINAL CONTRACEPTIVE FILM 28 %[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	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
VANISHPOINT INSULIN SYRINGE 1 ML 30 GAUGE X 3/16"[OTC]	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
VANISHPOINT SYRINGE 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2"[OTC]	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
VANISHPOINT SYRINGE 1 ML 29 GAUGE X 1/2"[OTC]	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
VANRAFIA 0.75 MG TABLET	3	PA,QL(30 cada 30 dÍas)	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
vashe 0.033 % irrigation solution	3	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
vasopressin 20 unit/100 ml (0.2 unit/ml) in 0.9 % sodium chloride iv	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
vasopressin 20 unit/ml intravenous solution[MDO]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
VASOPRESSIN 40 UNIT/100 ML (0.4 UNIT/ML) IN 0.9 % SODIUM CHLORIDE IV	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
VASOSTRICT 0.2 UNIT/ML INTRAVENOUS SOLUTION	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
VASOSTRICT 0.4 UNIT/ML INTRAVENOUS SOLUTION	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
VASOSTRICT 20 UNIT/ML INTRAVENOUS SOLUTION[MDO]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
vecuronium bromide 10 mg intravenous solution	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
vecuronium bromide 20 mg intravenous solution	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS

• MDO: Medicamento de uso únicamente médico • OTC – Medicamentos sin receta • PA – Autorización previa • QL – Límite de cantidad • ST – Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
VEKLURY 100 MG INTRAVENOUS POWDER FOR SOLUTION[MDO]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
VERIFINE INSULIN SYRINGE 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"[OTC]	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
VERIFINE INSULIN SYRINGE 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"[OTC]	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
VERIFINE INSULIN SYRINGE 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"[OTC]	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
VERIFINE INSULIN SYRINGE 1 ML 29 GAUGE X 1/2"[OTC]	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
VERIFINE INSULIN SYRINGE 1 ML 31 GAUGE X 5/16"[OTC]	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
VERIFINE PEN NEEDLE 29 GAUGE X 1/2"[OTC]	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
VERIFINE PEN NEEDLE 31 GAUGE X 1/4"[OTC]	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
VERIFINE PEN NEEDLE 31 GAUGE X 3/16"[OTC]	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
VERIFINE PEN NEEDLE 31 GAUGE X 5/16"[OTC]	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
VERIFINE PEN NEEDLE 32 GAUGE X 1/4"[OTC]	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
VERIFINE PEN NEEDLE 32 GAUGE X 3/16"[OTC]	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
VERIFINE PEN NEEDLE 32 GAUGE X 5/32"[OTC]	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
VERIFINE PLUS PEN NEEDLE 31 GAUGE X 3/16"[OTC]	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
VERIFINE PLUS PEN NEEDLE 31 GAUGE X 5/16"[OTC]	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
VERIFINE PLUS PEN NEEDLE 32 GAUGE X 5/32"[OTC]	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
VERIFINE PLUS PEN NEEDLE-SHARPS CONTAINER 32 GAUGE X 5/32"[OTC]	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
VERIFINE SAFETY LANCET MINI 21 GAUGE[OTC]	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
VERIFINE SAFETY LANCET MINI 23 GAUGE[OTC]	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
VERIFINE SAFETY LANCET MINI 28 GAUGE[OTC]	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
VERIFINE SAFETY LANCET MINI 30 GAUGE[OTC]	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
VERIFINE UNIVERSAL LANCET 28 GAUGE[OTC]	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
VERIFINE UNIVERSAL LANCET 30 GAUGE[OTC]	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
VERIFINE UNIVERSAL LANCET 33 GAUGE[OTC]	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
VISTASEAL-FIBRIN SEALANT 500 UNIT-80 MG/ML (10 ML) TOPICAL SYRINGE[MDO]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
VISTASEAL-FIBRIN SEALANT 500 UNIT-80 MG/ML (2 ML) TOPICAL SYRINGE[MDO]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
VISTASEAL-FIBRIN SEALANT 500 UNIT-80 MG/ML (4 ML) TOPICAL SYRINGE[MDO]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS

• MDO: Medicamento de uso únicamente médico • OTC – Medicamentos sin receta • PA – Autorización previa • QL – Límite de cantidad • ST – Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
vitamin b-6 100 mg tablet[OTC]	3	PA,QL(180 cada 90 días)	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
vitamin b-6 25 mg tablet[OTC]	3	PA,QL(90 cada 90 días)	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
vitamin b-6 250 mg tablet[OTC]	3	PA,QL(90 cada 90 días)	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
vitamin b-6 50 mg capsule[OTC]	3	PA,QL(90 cada 90 días)	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
vitamin b-6 50 mg tablet[OTC]	3	PA,QL(90 cada 90 días)	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
vitamin d2 1,250 mcg (50,000 unit) capsule	3	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
vitamin d3 25 mcg (1,000 unit) chewable tablet[OTC]	3	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
vitamin e (dl, acetate) 22.5 mg (50 unit)/ml oral drops[OTC]	1	PA	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
VIVAGUARD LANCET 30 GAUGE[OTC]	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
VIVAGUARD LANCING DEVICE[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
VIVAGUARD SAFETY LANCET 28 GAUGE[OTC]	1	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
VIZAMYL 185 MBQ (5 MCI) INTRAVENOUS SOLUTION[MDO]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
VONVENDI 1,300 (+/-) UNIT RANGE INTRAVENOUS SOLUTION	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
VONVENDI 650 (+/-) UNIT RANGE INTRAVENOUS SOLUTION	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
VORAXAZE 1,000 UNIT INTRAVENOUS SOLUTION[MDO]	*		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
VORTEX VHC PEDIATRIC MASK	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
VYJUVEK 5 X 10EXP9 PFU/2.5 ML TOPICAL GEL	3	PA,QL(10 cada 28 días)	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
VYKAT XR 150 MG TABLET,EXTENDED RELEASE	3	PA,QL(90 cada 30 días)	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
VYKAT XR 25 MG TABLET,EXTENDED RELEASE	3	PA,QL(120 cada 30 días)	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
VYKAT XR 75 MG TABLET,EXTENDED RELEASE	3	PA,QL(210 cada 30 días)	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
WASKYRA 2 X TO 11.4 X 10EXP6 CELL/ML INTRAVENOUS SUSPENSION[MDO]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
water for injection, bacteriostatic injection solution	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS

• MDO: Medicamento de uso únicamente médico • OTC – Medicamentos sin receta • PA – Autorización previa • QL – Límite de cantidad • ST – Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
water for injection, sterile 100 % injection solution	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
water for injection, sterile 100 % intravenous solution	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
water for irrigation, sterile solution	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
WEGOVY 0.25 MG/0.5 ML SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR	3	PA,QL(2 cada 28 días)	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
WEGOVY 0.5 MG/0.5 ML SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR	3	PA,QL(2 cada 28 días)	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
WEGOVY 1 MG/0.5 ML SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR	3	PA,QL(2 cada 28 días)	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
WEGOVY 1.5 MG TABLET	3	PA,QL(30 cada 30 días)	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
WEGOVY 1.7 MG/0.75 ML SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR	3	PA,QL(3 cada 28 días)	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
WEGOVY 2.4 MG/0.75 ML SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR	3	PA,QL(3 cada 28 días)	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
WEGOVY 25 MG TABLET	3	PA,QL(30 cada 30 días)	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
WEGOVY 4 MG TABLET	3	PA,QL(30 cada 30 días)	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
WEGOVY 9 MG TABLET	3	PA,QL(30 cada 30 días)	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
wilzin 25 mg (zinc) capsule	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
XDEMVY 0.25 % EYE DROPS	3	PA,QL(10 cada 42 días)	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
xenon xe-133 370 mbq (10 mci) gas for inhalation[MDO]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
xenon xe-133 740 mbq (20 mci) gas for inhalation[MDO]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
XEOMIN 100 UNIT INTRAMUSCULAR SOLUTION[MDO]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
XEOMIN 200 UNIT INTRAMUSCULAR SOLUTION[MDO]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
XEOMIN 50 UNIT INTRAMUSCULAR SOLUTION[MDO]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
XERAC AC 6.25 % TOPICAL SOLUTION[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
XIAFLEX 0.9 MG SOLUTION FOR INJECTION[MDO]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
XOFIGO 1,100 KBQ/ML (30 MICROCURIE/ML) INTRAVENOUS SOLUTION[MDO]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
XPHE MAXAMAID 25 GRAM-324 KCAL/100 GRAM ORAL POWDER[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
XPHE MAXAMUM 40 GRAM-305 KCAL/100 GRAM ORAL POWDER PACKET[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
XPHE, XTRP MAXAMAID 25 GRAM-324 KCAL/100 GRAM ORAL POWDER[OTC]	1		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
XROMI 100 MG/ML ORAL SOLUTION	3		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
YCANTH 0.7 % TOPICAL SOLUTION, APPLICATOR	3	PA,QL(2 cada 21 días)	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS

• MDO: Medicamento de uso únicamente médico • OTC – Medicamentos sin receta • PA – Autorización previa • QL – Límite de cantidad • ST – Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
zaditor 0.025 % (0.035 %) eye drops[OTC]	1	QL(5 cada 30 días)	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
ZEPBOUND 10 MG/0.5 ML SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR	3	PA,QL(2 cada 28 días)	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
ZEPBOUND 12.5 MG/0.5 ML SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR	3	PA,QL(2 cada 28 días)	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
ZEPBOUND 15 MG/0.5 ML SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR	3	PA,QL(2 cada 28 días)	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
ZEPBOUND 2.5 MG/0.5 ML SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR	3	PA,QL(2 cada 28 días)	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
ZEPBOUND 5 MG/0.5 ML SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR	3	PA,QL(2 cada 28 días)	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
ZEPBOUND 7.5 MG/0.5 ML SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR	3	PA,QL(2 cada 28 días)	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
ZEPBOUND KWIKPEN 10 MG/0.6 ML (40 MG/2.4 ML) SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR	3	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	3	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	3	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	3	PA,QL(2.4 cada 28 días)	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
ZEPBOUND KWIKPEN 5 MG/0.6 ML (20 MG/2.4 ML) SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR	3	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	3	PA,QL(2.4 cada 28 días)	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
ZEVASKYN 5.5 CM X 7.5 CM TOPICAL SHEETS	3	PA	AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
ZYNRELEF 200 MG-6 MG/7 ML SURGICAL SITE INSTILLATION SOLN, ER[MDO]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
ZYNRELEF 400 MG-12 MG/14 ML SURGICAL SITE INSTILLATION SOLN, ER[MDO]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
ZYNTEGLO 2 X 10EXP6 TO 20 X 10EXP6 CELL/ML INTRAVENOUS SUSPENSION[MDO]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
ZYOGREEN 2.5 MG/ML INJECTION SOLUTION[MDO]	*		AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS
acetaminophen 120 mg-codeine 12 mg/5 ml (5 ml) oral solution	3	PA,QL(4050 cada 30 días)	ANALGÉSICOS
acetaminophen 120 mg-codeine 12 mg/5 ml oral solution	3	PA,QL(4050 cada 30 días)	ANALGÉSICOS
acetaminophen 300 mg-codeine 15 mg tablet	1	QL(120 cada 30 días)	ANALGÉSICOS
acetaminophen 300 mg-codeine 30 mg tablet	1	QL(120 cada 30 días)	ANALGÉSICOS
acetaminophen 300 mg-codeine 30 mg/12.5 ml (12.5 ml) oral solution	3	PA,QL(4050 cada 30 días)	ANALGÉSICOS
acetaminophen 300 mg-codeine 60 mg tablet	1	QL(120 cada 30 días)	ANALGÉSICOS
ARTHROTEC 50 MG-200 MCG TABLET,FILM-COATED	2	PA,ST	ANALGÉSICOS
ARTHROTEC 75 75 MG-200 MCG TABLET,FILM-COATED	2	PA,ST	ANALGÉSICOS
ascomp with codeine 30 mg-50 mg-325 mg-40 mg capsule	1	QL(120 cada 30 días)	ANALGÉSICOS

• MDO: Medicamento de uso únicamente médico • OTC – Medicamentos sin receta • PA – Autorización previa • QL – Límite de cantidad • ST – Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
BELBUCA 150 MCG BUCCAL FILM	3	PA,QL(60 cada 30 días)	ANALGÉSICOS
BELBUCA 300 MCG BUCCAL FILM	3	PA,QL(60 cada 30 días)	ANALGÉSICOS
BELBUCA 450 MCG BUCCAL FILM	3	PA,QL(60 cada 30 días)	ANALGÉSICOS
BELBUCA 600 MCG BUCCAL FILM	3	PA,QL(60 cada 30 días)	ANALGÉSICOS
BELBUCA 75 MCG BUCCAL FILM	3	PA,QL(60 cada 30 días)	ANALGÉSICOS
BELBUCA 750 MCG BUCCAL FILM	3	PA,QL(60 cada 30 días)	ANALGÉSICOS
BELBUCA 900 MCG BUCCAL FILM	3	PA,QL(60 cada 30 días)	ANALGÉSICOS
buprenorphine 10 mcg/hour weekly transdermal patch	3	PA,QL(4 cada 28 días)	ANALGÉSICOS
buprenorphine 15 mcg/hour weekly transdermal patch	3	PA,QL(4 cada 28 días)	ANALGÉSICOS
buprenorphine 20 mcg/hour weekly transdermal patch	3	PA,QL(4 cada 28 días)	ANALGÉSICOS
buprenorphine 5 mcg/hour weekly transdermal patch	3	PA,QL(4 cada 28 días)	ANALGÉSICOS
buprenorphine 7.5 mcg/hour weekly transdermal patch	3	PA,QL(4 cada 28 días)	ANALGÉSICOS
buprenorphine hcl 0.3 mg/ml injection solution	1		ANALGÉSICOS
buprenorphine hcl 0.3 mg/ml injection syringe	1		ANALGÉSICOS
butorphanol 1 mg/ml injection solution	1		ANALGÉSICOS
butorphanol 10 mg/ml nasal spray	1	QL(10 cada 30 días)	ANALGÉSICOS
butorphanol 2 mg/ml injection solution	1		ANALGÉSICOS
BUTRANS 10 MCG/HOUR TRANSDERMAL PATCH	1	QL(4 cada 28 días)	ANALGÉSICOS
BUTRANS 15 MCG/HOUR TRANSDERMAL PATCH	1	QL(4 cada 28 días)	ANALGÉSICOS
BUTRANS 20 MCG/HOUR TRANSDERMAL PATCH	1	QL(4 cada 28 días)	ANALGÉSICOS
BUTRANS 5 MCG/HOUR TRANSDERMAL PATCH	1	QL(4 cada 28 días)	ANALGÉSICOS
BUTRANS 7.5 MCG/HOUR TRANSDERMAL PATCH	1	QL(4 cada 28 días)	ANALGÉSICOS
CALDOLOR 800 MG/200 ML (4 MG/ML) INTRAVENOUS PIGGYBACK	3	PA	ANALGÉSICOS
CALDOLOR 800 MG/8 ML (100 MG/ML) INTRAVENOUS SOLUTION	3	PA	ANALGÉSICOS
CELEBREX 100 MG CAPSULE	1	PA	ANALGÉSICOS
CELEBREX 200 MG CAPSULE	1	PA	ANALGÉSICOS
CELEBREX 400 MG CAPSULE	1	PA	ANALGÉSICOS
CELEBREX 50 MG CAPSULE	1	PA	ANALGÉSICOS
celecoxib 100 mg capsule	1		ANALGÉSICOS
celecoxib 200 mg capsule	1		ANALGÉSICOS
celecoxib 400 mg capsule	1		ANALGÉSICOS
celecoxib 50 mg capsule	1		ANALGÉSICOS
codeine sulfate 15 mg tablet	1	QL(120 cada 30 días)	ANALGÉSICOS
codeine sulfate 30 mg tablet	1	QL(120 cada 30 días)	ANALGÉSICOS
codeine sulfate 60 mg tablet	1	QL(120 cada 30 días)	ANALGÉSICOS

• MDO: Medicamento de uso únicamente médico • OTC – Medicamentos sin receta • PA – Autorización previa • QL – Límite de cantidad • ST – Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
codeine-butalbital-asa-caffeine 30 mg-50 mg-325 mg-40 mg capsule	1	QL(120 cada 30 días)	ANALGÉSICOS
CONZIP 100 MG CAPSULE,EXTENDED RELEASE	3	PA,QL(30 cada 30 días)	ANALGÉSICOS
CONZIP 200 MG CAPSULE,EXTENDED RELEASE	3	PA,QL(30 cada 30 días)	ANALGÉSICOS
CONZIP 300 MG CAPSULE, EXTENDED RELEASE	3	PA,QL(30 cada 30 días)	ANALGÉSICOS
COXANTO 300 MG CAPSULE	3	PA,QL(120 cada 30 días)	ANALGÉSICOS
DEMEROL (PF) 25 MG/ML INJECTION SYRINGE	1		ANALGÉSICOS
DEMEROL (PF) 50 MG/ML INJECTION SYRINGE	1		ANALGÉSICOS
DEMEROL (PF) 75 MG/ML INJECTION SYRINGE	1		ANALGÉSICOS
DEMEROL 50 MG/ML INJECTION SOLUTION	1		ANALGÉSICOS
diclofenac 1 % topical gel	1		ANALGÉSICOS
diclofenac 1 % topical gel[OTC]	1		ANALGÉSICOS
diclofenac 1.5 % topical drops	3	PA,QL(150 cada 30 días)	ANALGÉSICOS
diclofenac 20 mg/gram/actuation (2 %) topical soln metered-dose pump	3	PA,QL(112 cada 30 días)	ANALGÉSICOS
diclofenac 50 mg-misoprostol 200 mcg tablet,immed.and delayed release	2	ST	ANALGÉSICOS
diclofenac 75 mg-misoprostol 200 mcg tablet,immediate,delayed release	2	ST	ANALGÉSICOS
diclofenac epolamine 1.3 % transdermal 12 hour patch	3	PA,QL(60 cada 30 días)	ANALGÉSICOS
diclofenac er 100 mg tablet,extended release 24 hr	1	ST	ANALGÉSICOS
diclofenac potassium 25 mg capsule	3	PA	ANALGÉSICOS
diclofenac potassium 25 mg tablet	3	PA	ANALGÉSICOS
diclofenac potassium 50 mg oral powder packet	3	PA	ANALGÉSICOS
diclofenac potassium 50 mg tablet	1		ANALGÉSICOS
diclofenac sodium 25 mg tablet,delayed release	2	ST,QL(60 cada 30 días)	ANALGÉSICOS
diclofenac sodium 50 mg tablet,delayed release	1		ANALGÉSICOS
diclofenac sodium 75 mg tablet,delayed release	1		ANALGÉSICOS
diflunisal 500 mg tablet	2	ST	ANALGÉSICOS
DILAUDID (PF) 0.2 MG/ML INJECTION SYRINGE	1		ANALGÉSICOS
DILAUDID (PF) 0.5 MG/0.5 ML INJECTION SYRINGE	1		ANALGÉSICOS
DILAUDID (PF) 1 MG/ML INJECTION SYRINGE	1		ANALGÉSICOS
DILAUDID (PF) 2 MG/ML INJECTION SYRINGE	1		ANALGÉSICOS
DILAUDID 1 MG/ML ORAL LIQUID	1	PA	ANALGÉSICOS
DILAUDID 2 MG TABLET	1	PA,QL(120 cada 30 días)	ANALGÉSICOS
DILAUDID 4 MG TABLET	1	PA,QL(120 cada 30 días)	ANALGÉSICOS
DILAUDID 8 MG TABLET	1	PA,QL(120 cada 30 días)	ANALGÉSICOS
dolobid 250 mg tablet	3	PA,QL(90 cada 30 días)	ANALGÉSICOS
DOLOBID 375 MG TABLET	3	PA,QL(90 cada 30 días)	ANALGÉSICOS

• MDO: Medicamento de uso únicamente médico • OTC – Medicamentos sin receta • PA – Autorización previa • QL – Límite de cantidad • ST – Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
DURAMORPH (PF) 0.5 MG/ML INJECTION SOLUTION	1		ANALGÉSICOS
DURAMORPH (PF) 1 MG/ML INJECTION SOLUTION	1		ANALGÉSICOS
ENDOCET 10 MG-325 MG TABLET	1	QL(120 cada 30 días)	ANALGÉSICOS
ENDOCET 5 MG-325 MG TABLET	1	QL(120 cada 30 días)	ANALGÉSICOS
ENDOCET 7.5 MG-325 MG TABLET	1	QL(120 cada 30 días)	ANALGÉSICOS
etodolac 200 mg capsule	1		ANALGÉSICOS
etodolac 300 mg capsule	1		ANALGÉSICOS
etodolac 400 mg tablet	1		ANALGÉSICOS
etodolac 500 mg tablet	1		ANALGÉSICOS
etodolac er 400 mg tablet,extended release 24 hr	2	ST	ANALGÉSICOS
etodolac er 500 mg tablet,extended release 24 hr	2	ST	ANALGÉSICOS
etodolac er 600 mg tablet,extended release 24 hr	2	ST	ANALGÉSICOS
fenoprofen 200 mg capsule	3	PA	ANALGÉSICOS
fenoprofen 300 mg capsule	3	PA,QL(240 cada 30 días)	ANALGÉSICOS
fenoprofen 400 mg capsule	3	PA	ANALGÉSICOS
fenopron 300 mg capsule	3	PA,QL(240 cada 30 días)	ANALGÉSICOS
fentanyl (pf) 100 mcg/2 ml (50 mcg/ml) injection syringe	1		ANALGÉSICOS
fentanyl (pf) 25 mcg/0.5 ml injection syringe	1		ANALGÉSICOS
fentanyl (pf) 50 mcg/ml injection solution	1		ANALGÉSICOS
fentanyl (pf) 50 mcg/ml injection syringe	1		ANALGÉSICOS
fentanyl 100 mcg/hr transdermal patch	3	PA,QL(20 cada 30 días)	ANALGÉSICOS
fentanyl 12 mcg/hr transdermal patch	3	PA,QL(10 cada 30 días)	ANALGÉSICOS
fentanyl 25 mcg/hr transdermal patch	3	PA,QL(10 cada 30 días)	ANALGÉSICOS
fentanyl 37.5 mcg/hour transdermal patch	3	PA,QL(10 cada 30 días)	ANALGÉSICOS
fentanyl 50 mcg/hr transdermal patch	3	PA,QL(10 cada 30 días)	ANALGÉSICOS
fentanyl 62.5 mcg/hour transdermal patch	3	PA,QL(10 cada 30 días)	ANALGÉSICOS
fentanyl 75 mcg/hr transdermal patch	3	PA,QL(10 cada 30 días)	ANALGÉSICOS
fentanyl 87.5 mcg/hour transdermal patch	3	PA,QL(10 cada 30 días)	ANALGÉSICOS
flurbiprofen 100 mg tablet	2	ST	ANALGÉSICOS
hydrocodone 10 mg-acetaminophen 300 mg tablet	3	PA,QL(120 cada 30 días)	ANALGÉSICOS
hydrocodone 10 mg-acetaminophen 300 mg/15 ml oral solution	3	PA,QL(2940 cada 30 días)	ANALGÉSICOS
hydrocodone 10 mg-acetaminophen 325 mg tablet	1	QL(120 cada 30 días)	ANALGÉSICOS
hydrocodone 10 mg-acetaminophen 325 mg/15 ml oral solution	3	PA,QL(4470 cada 30 días)	ANALGÉSICOS

• MDO: Medicamento de uso únicamente médico • OTC – Medicamentos sin receta • PA – Autorización previa • QL – Límite de cantidad • ST – Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
hydrocodone 10 mg-ibuprofen 200 mg tablet	3	PA,QL(120 cada 30 días)	ANALGÉSICOS
hydrocodone 2.5 mg-acetaminophen 325 mg tablet	1	QL(120 cada 30 días)	ANALGÉSICOS
hydrocodone 5 mg-acetaminophen 300 mg tablet	3	PA,QL(120 cada 30 días)	ANALGÉSICOS
hydrocodone 5 mg-acetaminophen 325 mg tablet	1	QL(120 cada 30 días)	ANALGÉSICOS
hydrocodone 5 mg-ibuprofen 200 mg tablet	2	PA,QL(120 cada 30 días)	ANALGÉSICOS
hydrocodone 7.5 mg-acetaminophen 300 mg tablet	3	PA,QL(120 cada 30 días)	ANALGÉSICOS
hydrocodone 7.5 mg-acetaminophen 325 mg tablet	1	QL(120 cada 30 días)	ANALGÉSICOS
hydrocodone 7.5 mg-acetaminophen 325 mg/15 ml oral solution	3	PA,QL(4560 cada 30 días)	ANALGÉSICOS
hydrocodone 7.5 mg-ibuprofen 200 mg tablet	2	PA,QL(120 cada 30 días)	ANALGÉSICOS
hydrocodone bitartrate er 10 mg capsule, oral only, extended rel 12 hr	3	PA,QL(60 cada 30 días)	ANALGÉSICOS
hydrocodone bitartrate er 100 mg tablet, crush resist,extend.rel. 24hr	3	PA,QL(30 cada 30 días)	ANALGÉSICOS
hydrocodone bitartrate er 120 mg tablet, crush resist,extend.rel. 24hr	3	PA,QL(30 cada 30 días)	ANALGÉSICOS
hydrocodone bitartrate er 15 mg capsule, oral only, extended rel 12 hr	3	PA,QL(60 cada 30 días)	ANALGÉSICOS
hydrocodone bitartrate er 20 mg capsule, oral only, extended rel 12 hr	3	PA,QL(60 cada 30 días)	ANALGÉSICOS
hydrocodone bitartrate er 20 mg tablet,crush resist,extended rel. 24hr	3	PA,QL(30 cada 30 días)	ANALGÉSICOS
hydrocodone bitartrate er 30 mg capsule, oral only, extended rel 12 hr	3	PA,QL(60 cada 30 días)	ANALGÉSICOS
hydrocodone bitartrate er 30 mg tablet,crush resist,extended rel. 24hr	3	PA,QL(30 cada 30 días)	ANALGÉSICOS
hydrocodone bitartrate er 40 mg capsule, oral only, extended rel 12 hr	3	PA,QL(60 cada 30 días)	ANALGÉSICOS
hydrocodone bitartrate er 40 mg tablet,crush resist,extended rel. 24hr	3	PA,QL(30 cada 30 días)	ANALGÉSICOS
hydrocodone bitartrate er 50 mg capsule, oral only, extended rel 12 hr	3	PA,QL(60 cada 30 días)	ANALGÉSICOS
hydrocodone bitartrate er 60 mg tablet,crush resist,extended rel. 24hr	3	PA,QL(30 cada 30 días)	ANALGÉSICOS
hydrocodone bitartrate er 80 mg tablet,crush resist,extended rel. 24hr	3	PA,QL(30 cada 30 días)	ANALGÉSICOS
hydromorphone (pf) 0.2 mg/ml injection syringe	1		ANALGÉSICOS
hydromorphone (pf) 0.5 mg/0.5 ml injection syringe	1		ANALGÉSICOS
hydromorphone (pf) 1 mg/ml injection solution	1		ANALGÉSICOS
hydromorphone (pf) 1 mg/ml injection syringe	1		ANALGÉSICOS
hydromorphone (pf) 10 mg/ml injection solution	1		ANALGÉSICOS
hydromorphone (pf) 2 mg/ml injection solution	1		ANALGÉSICOS
hydromorphone (pf) 2 mg/ml injection syringe	1		ANALGÉSICOS
hydromorphone (pf) 4 mg/ml injection solution	1		ANALGÉSICOS
hydromorphone 0.5 mg/0.5 ml injection syringe	1		ANALGÉSICOS

• MDO: Medicamento de uso únicamente médico • OTC – Medicamentos sin receta • PA – Autorización previa • QL – Límite de cantidad • ST – Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
hydromorphone 1 mg/ml injection syringe	1		ANALGÉSICOS
hydromorphone 1 mg/ml oral liquid	1		ANALGÉSICOS
hydromorphone 2 mg tablet	1	QL(120 cada 30 días)	ANALGÉSICOS
hydromorphone 2 mg/ml injection solution	1		ANALGÉSICOS
hydromorphone 2 mg/ml injection syringe	1		ANALGÉSICOS
hydromorphone 3 mg rectal suppository	1		ANALGÉSICOS
hydromorphone 4 mg tablet	1	QL(120 cada 30 días)	ANALGÉSICOS
hydromorphone 4 mg/ml injection syringe	1		ANALGÉSICOS
hydromorphone 8 mg tablet	1	QL(120 cada 30 días)	ANALGÉSICOS
hydromorphone er 12 mg tablet,extended release 24 hr	3	PA,QL(90 cada 30 días)	ANALGÉSICOS
hydromorphone er 16 mg tablet,extended release 24 hr	3	PA,QL(30 cada 30 días)	ANALGÉSICOS
hydromorphone er 32 mg tablet,extended release 24 hr	3	PA,QL(30 cada 30 días)	ANALGÉSICOS
hydromorphone er 8 mg tablet,extended release 24 hr	3	PA,QL(30 cada 30 días)	ANALGÉSICOS
HYSINGLA ER 100 MG TABLET, CRUSH RESISTANT, EXTENDED RELEASE	3	PA,QL(30 cada 30 días)	ANALGÉSICOS
HYSINGLA ER 20 MG TABLET, CRUSH RESISTANT, EXTENDED RELEASE	3	PA,QL(30 cada 30 días)	ANALGÉSICOS
HYSINGLA ER 30 MG TABLET, CRUSH RESISTANT, EXTENDED RELEASE	3	PA,QL(30 cada 30 días)	ANALGÉSICOS
HYSINGLA ER 40 MG TABLET, CRUSH RESISTANT, EXTENDED RELEASE	3	PA,QL(30 cada 30 días)	ANALGÉSICOS
HYSINGLA ER 60 MG TABLET, CRUSH RESISTANT, EXTENDED RELEASE	3	PA,QL(30 cada 30 días)	ANALGÉSICOS
HYSINGLA ER 80 MG TABLET, CRUSH RESISTANT, EXTENDED RELEASE	3	PA,QL(30 cada 30 días)	ANALGÉSICOS
ibu 400 mg tablet	1		ANALGÉSICOS
ibu 600 mg tablet	1		ANALGÉSICOS
ibu 800 mg tablet	1		ANALGÉSICOS
ibuprofen 100 mg/5 ml oral suspension	3	PA,QL(120 cada 5 días)	ANALGÉSICOS
ibuprofen 100 mg/5 ml oral suspension[OTC]	3	PA,QL(120 cada 5 días)	ANALGÉSICOS
ibuprofen 300 mg tablet	3	PA	ANALGÉSICOS
ibuprofen 400 mg tablet	1		ANALGÉSICOS
ibuprofen 600 mg tablet	1		ANALGÉSICOS
ibuprofen 800 mg tablet	1		ANALGÉSICOS
ibuprofen 800 mg-famotidine 26.6 mg tablet	3	PA	ANALGÉSICOS
ibuprofen lysine (pf) 20 mg/2 ml intravenous solution	1		ANALGÉSICOS
indomethacin 1 mg intravenous solution	3	PA	ANALGÉSICOS
indomethacin 25 mg capsule	1	QL(240 cada 30 días)	ANALGÉSICOS
indomethacin 25 mg/5 ml oral suspension	3	PA	ANALGÉSICOS
indomethacin 50 mg capsule	1	QL(240 cada 30 días)	ANALGÉSICOS
indomethacin 50 mg rectal suppository	3	PA	ANALGÉSICOS

• MDO: Medicamento de uso únicamente médico • OTC – Medicamentos sin receta • PA – Autorización previa • QL – Límite de cantidad • ST – Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
indomethacin er 75 mg capsule,extended release	2	ST	ANALGÉSICOS
INFUMORPH P/F 10 MG/ML INJECTION SOLUTION	1		ANALGÉSICOS
INFUMORPH P/F 25 MG/ML INJECTION SOLUTION	1		ANALGÉSICOS
ketoprofen 25 mg capsule	3	PA	ANALGÉSICOS
ketoprofen 50 mg capsule	3	PA,QL(120 cada 30 días)	ANALGÉSICOS
ketoprofen 75 mg capsule	3	PA,QL(120 cada 30 días)	ANALGÉSICOS
ketoprofen er 200 mg 24 hr capsule,extended release	3	PA	ANALGÉSICOS
ketorolac 10 mg tablet	1	QL(20 cada 5 días)	ANALGÉSICOS
ketorolac 15 mg/ml injection solution	1		ANALGÉSICOS
ketorolac 30 mg/ml (1 ml) injection solution	1		ANALGÉSICOS
ketorolac 30 mg/ml injection syringe	1		ANALGÉSICOS
ketorolac 60 mg/2 ml intramuscular solution	1		ANALGÉSICOS
ketorolac 60 mg/2 ml intramuscular syringe	1		ANALGÉSICOS
levorphanol tartrate 2 mg tablet	3	PA,QL(120 cada 30 días)	ANALGÉSICOS
levorphanol tartrate 3 mg tablet	3	PA,QL(120 cada 30 días)	ANALGÉSICOS
lofena 25 mg tablet	3	PA	ANALGÉSICOS
lurbiro 100 mg tablet	2	ST	ANALGÉSICOS
meclofenamate 100 mg capsule	3	PA	ANALGÉSICOS
meclofenamate 50 mg capsule	3	PA	ANALGÉSICOS
mefenamic acid 250 mg capsule	2	ST	ANALGÉSICOS
meloxicam 15 mg tablet	1		ANALGÉSICOS
meloxicam 7.5 mg tablet	1		ANALGÉSICOS
meloxicam submicronized 10 mg capsule	3	PA,QL(30 cada 30 días)	ANALGÉSICOS
meloxicam submicronized 5 mg capsule	3	PA,QL(30 cada 30 días)	ANALGÉSICOS
meperidine (pf) 100 mg/ml injection solution	1		ANALGÉSICOS
meperidine (pf) 25 mg/ml injection solution	1		ANALGÉSICOS
meperidine (pf) 50 mg/ml injection solution	1		ANALGÉSICOS
meperidine 50 mg tablet	1	QL(240 cada 30 días)	ANALGÉSICOS
meperidine 50 mg/5 ml oral solution	1		ANALGÉSICOS
methadone 10 mg tablet	3	PA,QL(120 cada 30 días)	ANALGÉSICOS
methadone 10 mg/5 ml oral solution	1	QL(30 cada 30 días)	ANALGÉSICOS
methadone 10 mg/ml injection solution	1		ANALGÉSICOS
methadone 10 mg/ml oral concentrate	3	PA,QL(120 cada 30 días)	ANALGÉSICOS
methadone 40 mg soluble tablet[MDO]	*		ANALGÉSICOS
methadone 5 mg tablet	3	PA,QL(120 cada 30 días)	ANALGÉSICOS
methadone 5 mg/5 ml oral solution	1	QL(60 cada 30 días)	ANALGÉSICOS
methadone intensol 10 mg/ml oral concentrate	3	PA,QL(120 cada 30 días)	ANALGÉSICOS

• MDO: Medicamento de uso únicamente médico • OTC – Medicamentos sin receta • PA – Autorización previa • QL – Límite de cantidad • ST – Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
METHADOSE 10 MG/ML ORAL CONCENTRATE	3	PA,QL(120 cada 30 días)	ANALGÉSICOS
mitigo (pf) 10 mg/ml injection solution	1		ANALGÉSICOS
mitigo (pf) 25 mg/ml injection solution	1		ANALGÉSICOS
morphine (pf) 0.5 mg/ml injection solution	1		ANALGÉSICOS
morphine (pf) 1 mg/ml injection solution	1		ANALGÉSICOS
morphine (pf) 30 mg/30 ml (1 mg/ml) pca intravenous solution	1		ANALGÉSICOS
morphine 10 mg rectal suppository	1		ANALGÉSICOS
morphine 10 mg/5 ml (2 mg/ml) oral solution	1		ANALGÉSICOS
morphine 10 mg/ml injection solution	1		ANALGÉSICOS
morphine 10 mg/ml intravenous solution	1		ANALGÉSICOS
morphine 10 mg/ml intravenous syringe	1		ANALGÉSICOS
morphine 15 mg immediate release tablet	1	QL(120 cada 30 días)	ANALGÉSICOS
morphine 2 mg/ml injection solution	1		ANALGÉSICOS
morphine 2 mg/ml injection syringe	1		ANALGÉSICOS
morphine 2 mg/ml intravenous syringe	1		ANALGÉSICOS
morphine 20 mg rectal suppository	1		ANALGÉSICOS
morphine 20 mg/5 ml (4 mg/ml) oral solution	1		ANALGÉSICOS
morphine 30 mg immediate release tablet	1	QL(120 cada 30 días)	ANALGÉSICOS
morphine 30 mg rectal suppository	1		ANALGÉSICOS
morphine 4 mg/ml injection solution	1		ANALGÉSICOS
morphine 4 mg/ml injection syringe	1		ANALGÉSICOS
morphine 4 mg/ml intravenous solution	1		ANALGÉSICOS
morphine 4 mg/ml intravenous syringe	1		ANALGÉSICOS
morphine 5 mg rectal suppository	1		ANALGÉSICOS
morphine 50 mg/ml intravenous solution	1		ANALGÉSICOS
morphine 8 mg/ml intravenous solution	1		ANALGÉSICOS
morphine concentrate 100 mg/5 ml (20 mg/ml) oral solution	1		ANALGÉSICOS
morphine er 10 mg capsule,extended release pellets	3	PA,QL(60 cada 30 días)	ANALGÉSICOS
morphine er 100 mg capsule,extended release pellets	3	PA,QL(60 cada 30 días)	ANALGÉSICOS
morphine er 100 mg tablet,extended release	3	PA,QL(90 cada 30 días)	ANALGÉSICOS
morphine er 120 mg capsule,extended release 24 hr multiphase	3	PA,QL(30 cada 30 días)	ANALGÉSICOS
morphine er 15 mg tablet,extended release	3	PA,QL(90 cada 30 días)	ANALGÉSICOS
morphine er 20 mg capsule,extended release pellets	3	PA,QL(60 cada 30 días)	ANALGÉSICOS
morphine er 200 mg tablet,extended release	3	PA	ANALGÉSICOS
morphine er 30 mg capsule,extended release 24 hr multiphase	3	PA,QL(30 cada 30 días)	ANALGÉSICOS
morphine er 30 mg capsule,extended release pellets	3	PA,QL(60 cada 30 días)	ANALGÉSICOS
morphine er 30 mg tablet,extended release	3	PA,QL(90 cada 30 días)	ANALGÉSICOS

• MDO: Medicamento de uso únicamente médico • OTC – Medicamentos sin receta • PA – Autorización previa • QL – Límite de cantidad • ST – Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
morphine er 45 mg capsule,extended release 24 hr multiphase	3	PA,QL(30 cada 30 días)	ANALGÉSICOS
morphine er 50 mg capsule,extended release pellets	3	PA,QL(60 cada 30 días)	ANALGÉSICOS
morphine er 60 mg capsule,extended release 24 hr multiphase	3	PA,QL(30 cada 30 días)	ANALGÉSICOS
morphine er 60 mg capsule,extended release pellets	3	PA,QL(60 cada 30 días)	ANALGÉSICOS
morphine er 60 mg tablet,extended release	3	PA,QL(90 cada 30 días)	ANALGÉSICOS
morphine er 75 mg capsule,extended release 24 hr multiphase	3	PA,QL(30 cada 30 días)	ANALGÉSICOS
morphine er 80 mg capsule,extended release pellets	3	PA,QL(60 cada 30 días)	ANALGÉSICOS
morphine er 90 mg capsule,extended release 24 hr multiphase	3	PA,QL(30 cada 30 días)	ANALGÉSICOS
MS CONTIN 15 MG TABLET,EXTENDED RELEASE	3	PA,QL(90 cada 30 días)	ANALGÉSICOS
MS CONTIN 30 MG TABLET,EXTENDED RELEASE	3	PA,QL(90 cada 30 días)	ANALGÉSICOS
MS CONTIN 60 MG TABLET,EXTENDED RELEASE	3	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		ANALGÉSICOS
nalbuphine 20 mg/ml injection solution	1		ANALGÉSICOS
nalocet 2.5 mg-300 mg tablet	3	PA,QL(120 cada 30 días)	ANALGÉSICOS
NAPRELAN CR 375 MG TAB,EXTENDED RELEASE 24 HR MPHASE	3	PA	ANALGÉSICOS
NAPRELAN CR 500 MG TAB,EXTENDED RELEASE 24 HR MPHASE	3	PA	ANALGÉSICOS
naproxen 125 mg/5 ml oral suspension	1		ANALGÉSICOS
naproxen 250 mg tablet	1		ANALGÉSICOS
naproxen 375 mg tablet	1		ANALGÉSICOS
naproxen 375 mg tablet,delayed release	2	ST	ANALGÉSICOS
naproxen 375 mg-esomeprazole 20 mg tablet,immediate and delay release	3	PA	ANALGÉSICOS
naproxen 500 mg tablet	1		ANALGÉSICOS
naproxen 500 mg tablet,delayed release	2	ST	ANALGÉSICOS
naproxen 500 mg-esomeprazole 20 mg tablet,immediate and delay release	3	PA	ANALGÉSICOS
naproxen sodium 275 mg tablet	2	ST	ANALGÉSICOS
naproxen sodium 550 mg tablet	2	ST	ANALGÉSICOS
naproxen sodium er (cr) 375 mg tablet,extended release 24 hr mphase	3	PA	ANALGÉSICOS
naproxen sodium er (cr) 500 mg tablet,extended release 24 hr mphase	3	PA	ANALGÉSICOS
naproxen sodium er (cr) 750 mg tablet,extended release 24 hr mphase	3	PA	ANALGÉSICOS
NEOPROFEN (PF) 20 MG/2 ML INTRAVENOUS SOLUTION	1		ANALGÉSICOS

• MDO: Medicamento de uso únicamente médico • OTC – Medicamentos sin receta • PA – Autorización previa • QL – Límite de cantidad • ST – Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
orudis 75 mg capsule	3	PA,QL(120 cada 30 días)	ANALGÉSICOS
OXAPROZIN 300 MG CAPSULE	3	PA,QL(120 cada 30 días)	ANALGÉSICOS
oxaprozin 600 mg tablet	2	ST	ANALGÉSICOS
oxycodone 10 mg tablet	1	QL(120 cada 30 días)	ANALGÉSICOS
oxycodone 15 mg tablet	1	QL(120 cada 30 días)	ANALGÉSICOS
oxycodone 20 mg tablet	1	QL(120 cada 30 días)	ANALGÉSICOS
oxycodone 20 mg/ml oral concentrate	1	QL(120 cada 30 días)	ANALGÉSICOS
oxycodone 30 mg tablet	1	QL(120 cada 30 días)	ANALGÉSICOS
oxycodone 5 mg capsule	1	QL(120 cada 30 días)	ANALGÉSICOS
oxycodone 5 mg tablet	1	QL(120 cada 30 días)	ANALGÉSICOS
oxycodone 5 mg/5 ml oral solution	1		ANALGÉSICOS
oxycodone er 20 mg tablet,crush resistant,extended release 12 hr	3	QL(60 cada 30 días)	ANALGÉSICOS
oxycodone er 40 mg tablet,crush resistant,extended release 12 hr	2	PA,QL(60 cada 30 días)	ANALGÉSICOS
oxycodone-acetaminophen 10 mg-325 mg tablet	1	QL(120 cada 30 días)	ANALGÉSICOS
oxycodone-acetaminophen 2.5 mg-325 mg tablet	1	QL(120 cada 30 días)	ANALGÉSICOS
oxycodone-acetaminophen 5 mg-325 mg tablet	1	QL(120 cada 30 días)	ANALGÉSICOS
oxycodone-acetaminophen 7.5 mg-325 mg tablet	1	QL(120 cada 30 días)	ANALGÉSICOS
OXYCONTIN 10 MG TABLET,CRUSH RESISTANT,EXTENDED RELEASE	1	QL(60 cada 30 días)	ANALGÉSICOS
OXYCONTIN 15 MG TABLET,CRUSH RESISTANT,EXTENDED RELEASE	1	QL(60 cada 30 días)	ANALGÉSICOS
OXYCONTIN 20 MG TABLET,CRUSH RESISTANT,EXTENDED RELEASE	1	QL(60 cada 30 días)	ANALGÉSICOS
OXYCONTIN 30 MG TABLET,CRUSH RESISTANT,EXTENDED RELEASE	2	PA,QL(60 cada 30 días)	ANALGÉSICOS
OXYCONTIN 40 MG TABLET,CRUSH RESISTANT,EXTENDED RELEASE	2	PA,QL(60 cada 30 días)	ANALGÉSICOS
OXYCONTIN 60 MG TABLET,CRUSH RESISTANT,EXTENDED RELEASE	2	PA,QL(60 cada 30 días)	ANALGÉSICOS
OXYCONTIN 80 MG TABLET,CRUSH RESISTANT,EXTENDED RELEASE	2	PA	ANALGÉSICOS
oxymorphone 10 mg tablet	3	PA,QL(120 cada 30 días)	ANALGÉSICOS
oxymorphone 5 mg tablet	3	PA,QL(120 cada 30 días)	ANALGÉSICOS
oxymorphone er 10 mg tablet,extended release,12 hr	3	PA,QL(60 cada 30 días)	ANALGÉSICOS
oxymorphone er 15 mg tablet,extended release,12 hr	3	PA,QL(60 cada 30 días)	ANALGÉSICOS

• MDO: Medicamento de uso únicamente médico • OTC – Medicamentos sin receta • PA – Autorización previa • QL – Límite de cantidad • ST – Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
oxymorphone er 20 mg tablet,extended release,12 hr	3	PA,QL(60 cada 30 días)	ANALGÉSICOS
oxymorphone er 30 mg tablet,extended release,12 hr	3	PA,QL(60 cada 30 días)	ANALGÉSICOS
oxymorphone er 40 mg tablet,extended release,12 hr	3	PA,QL(120 cada 30 días)	ANALGÉSICOS
oxymorphone er 5 mg tablet,extended release,12 hr	3	PA,QL(60 cada 30 días)	ANALGÉSICOS
oxymorphone er 7.5 mg tablet,extended release,12 hr	3	PA,QL(60 cada 30 días)	ANALGÉSICOS
PENNSAID 20 MG/GRAM/ACTUATION (2 %) TOPICAL SOLN IN METERED-DOSE PUMP	3	PA,QL(112 cada 30 días)	ANALGÉSICOS
pentazocine 50 mg-naloxone 0.5 mg tablet	1	QL(240 cada 30 días)	ANALGÉSICOS
PERCOCET 10 MG-325 MG TABLET	1	PA,QL(120 cada 30 días)	ANALGÉSICOS
PERCOCET 5 MG-325 MG TABLET	1	PA,QL(120 cada 30 días)	ANALGÉSICOS
PERCOCET 7.5 MG-325 MG TABLET	1	PA,QL(120 cada 30 días)	ANALGÉSICOS
piroxicam 10 mg capsule	1		ANALGÉSICOS
piroxicam 20 mg capsule	1		ANALGÉSICOS
prolate 10 mg-300 mg tablet	3	PA,QL(120 cada 30 días)	ANALGÉSICOS
PROLATE 10 MG-300 MG/5 ML ORAL SOLUTION	3	PA,QL(1500 cada 30 días)	ANALGÉSICOS
prolate 5 mg-300 mg tablet	3	PA,QL(120 cada 30 días)	ANALGÉSICOS
prolate 7.5 mg-300 mg tablet	3	PA,QL(120 cada 30 días)	ANALGÉSICOS
RELAFEN DS 1,000 MG TABLET	3	PA,QL(30 cada 30 días)	ANALGÉSICOS
ROXICODONE 15 MG TABLET	1	PA,QL(120 cada 30 días)	ANALGÉSICOS
ROXICODONE 30 MG TABLET	1	PA,QL(120 cada 30 días)	ANALGÉSICOS
ROXYBOND 10 MG TABLET,ORAL ONLY (NOT FEEDING TUBES)	3	PA,QL(120 cada 30 días)	ANALGÉSICOS
ROXYBOND 15 MG TABLET,ORAL ONLY (NOT FEEDING TUBES)	3	PA,QL(120 cada 30 días)	ANALGÉSICOS
ROXYBOND 30 MG TABLET,ORAL ONLY (NOT FEEDING TUBES)	3	PA,QL(120 cada 30 días)	ANALGÉSICOS
ROXYBOND 5 MG TABLET,ORAL ONLY (NOT FEEDING TUBES)	3	PA,QL(120 cada 30 días)	ANALGÉSICOS
sulindac 150 mg tablet	1		ANALGÉSICOS
sulindac 200 mg tablet	1		ANALGÉSICOS
tapentadol 100 mg tablet	3	PA,QL(120 cada 30 días)	ANALGÉSICOS
tapentadol 20 mg/ml oral solution	3	PA,QL(900 cada 30 días)	ANALGÉSICOS
tapentadol 50 mg tablet	3	PA,QL(120 cada 30 días)	ANALGÉSICOS
tapentadol 75 mg tablet	3	PA,QL(120 cada 30 días)	ANALGÉSICOS

• MDO: Medicamento de uso únicamente médico • OTC – Medicamentos sin receta • PA – Autorización previa • QL – Límite de cantidad • ST – Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
tapentadol er 100 mg tablet,extended release,12 hr	3	PA,QL(60 cada 30 días)	ANALGÉSICOS
tapentadol er 150 mg tablet,extended release,12 hr	3	PA,QL(60 cada 30 días)	ANALGÉSICOS
tapentadol er 200 mg tablet,extended release,12 hr	3	PA,QL(60 cada 30 días)	ANALGÉSICOS
tapentadol er 250 mg tablet,extended release,12 hr	3	PA,QL(60 cada 30 días)	ANALGÉSICOS
tapentadol er 50 mg tablet,extended release,12 hr	3	PA,QL(60 cada 30 días)	ANALGÉSICOS
tolectin 600 600 mg tablet	3	PA	ANALGÉSICOS
tolectin ds 400 mg capsule	3	PA	ANALGÉSICOS
tolmetin 200 mg tablet	1		ANALGÉSICOS
tolmetin 400 mg capsule	3	PA	ANALGÉSICOS
tolmetin 600 mg tablet	3	PA	ANALGÉSICOS
tramadol 100 mg tablet	3	PA,QL(120 cada 30 días)	ANALGÉSICOS
tramadol 25 mg tablet	3	PA,QL(120 cada 30 días)	ANALGÉSICOS
tramadol 37.5 mg-acetaminophen 325 mg tablet	1	QL(180 cada 30 días)	ANALGÉSICOS
tramadol 5 mg/ml oral solution	3	PA	ANALGÉSICOS
tramadol 50 mg tablet	1	QL(240 cada 30 días)	ANALGÉSICOS
tramadol 75 mg tablet	3	PA,QL(150 cada 30 días)	ANALGÉSICOS
tramadol er 100 mg capsule 24h,extended release(25-75)	3	PA,QL(30 cada 30 días)	ANALGÉSICOS
tramadol er 100 mg tablet,extended release 24 hr	1	QL(30 cada 30 días)	ANALGÉSICOS
tramadol er 100 mg tablet,extended release 24hr mphase	3	PA,QL(30 cada 30 días)	ANALGÉSICOS
tramadol er 200 mg capsule 24h,extended release(25-75)	3	PA,QL(30 cada 30 días)	ANALGÉSICOS
tramadol er 200 mg tablet,extended release 24 hr	1	QL(30 cada 30 días)	ANALGÉSICOS
tramadol er 200 mg tablet,extended release 24hr mphase	3	PA,QL(30 cada 30 días)	ANALGÉSICOS
tramadol er 300 mg capsule 24 hr,extended release	3	PA,QL(30 cada 30 días)	ANALGÉSICOS
tramadol er 300 mg tablet,extended release 24 hr	1	QL(30 cada 30 días)	ANALGÉSICOS
tramadol er 300 mg tablet,extended release 24hr mphase	3	PA,QL(30 cada 30 días)	ANALGÉSICOS
VYSCOXA 10 MG/ML ORAL SUSPENSION	3	PA	ANALGÉSICOS
XIFYRM 30 MG/ML INTRAVENOUS SOLUTION	3	PA,QL(3 cada 3 días)	ANALGÉSICOS
ZYBIC 7.5 MG/5 ML ORAL SUSPENSION	3	PA,QL(300 cada 30 días)	ANALGÉSICOS
bupivacaine (pf) 0.25 % (2.5 mg/ml) injection solution	1		ANESTÉSICOS
bupivacaine (pf) 0.5 % (5 mg/ml) injection solution	1		ANESTÉSICOS

• MDO: Medicamento de uso únicamente médico • OTC – Medicamentos sin receta • PA – Autorización previa • QL – Límite de cantidad • ST – Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
bupivacaine (pf) 0.75 % (7.5 mg/ml) in 8.25 % dextrose injection	1		ANESTÉSICOS
bupivacaine (pf) 0.75 % (7.5 mg/ml) injection solution	1		ANESTÉSICOS
bupivacaine hcl 0.25 % (2.5 mg/ml) injection solution	1		ANESTÉSICOS
bupivacaine hcl 0.5 % (5 mg/ml) injection solution	1		ANESTÉSICOS
bupivacaine-epinephrine (pf) 0.25 %-1:200,000 injection solution	1		ANESTÉSICOS
bupivacaine-epinephrine (pf) 0.5 %-1:200,000 injection solution	1		ANESTÉSICOS
bupivacaine-epinephrine 0.25 %-1:200,000 injection solution	1		ANESTÉSICOS
bupivacaine-epinephrine 0.5 %-1:200,000 injection solution	1		ANESTÉSICOS
chloroprocaine (pf) 20 mg/ml (2 %) injection solution	1		ANESTÉSICOS
chloroprocaine (pf) 30 mg/ml (3 %) injection solution	1		ANESTÉSICOS
EXPAREL (PF) 1.3 % (13.3 MG/ML) SUSPENSION FOR LOCAL INFILTRATION[MDO]	*		ANESTÉSICOS
glydo 2 % mucosal jelly in applicator	1		ANESTÉSICOS
lidocaine (pf) 10 mg/ml (1 %) injection solution	1		ANESTÉSICOS
lidocaine (pf) 15 mg/ml (1.5 %) injection solution	1		ANESTÉSICOS
lidocaine (pf) 20 mg/ml (2 %) injection solution	1		ANESTÉSICOS
lidocaine (pf) 40 mg/ml (4 %) injection solution	1		ANESTÉSICOS
lidocaine (pf) 5 mg/ml (0.5 %) injection solution	1		ANESTÉSICOS
lidocaine 1 %-epinephrine 1:100,000 injection solution	1		ANESTÉSICOS
lidocaine 2 % mucosal jelly in applicator	1		ANESTÉSICOS
lidocaine 20 mg/ml (2 %)-epinephrine 1:100,000 injection solution	1		ANESTÉSICOS
lidocaine 5 % topical ointment	1	QL(240 cada 30 días)	ANESTÉSICOS
lidocaine 5 % topical patch	1	QL(90 cada 30 días)	ANESTÉSICOS
lidocaine hcl 10 mg/ml (1 %) injection solution	1		ANESTÉSICOS
lidocaine hcl 2 % mucosal jelly	1		ANESTÉSICOS
lidocaine hcl 2 % mucosal solution	1		ANESTÉSICOS
lidocaine hcl 20 mg/ml (2 %) injection solution	1		ANESTÉSICOS
lidocaine hcl 3 % topical cream	1	QL(85 cada 7 días)	ANESTÉSICOS
lidocaine hcl 4 % (40 mg/ml) mucosal solution	1		ANESTÉSICOS
lidocaine hcl 4 % laryngotracheal solution	1		ANESTÉSICOS
lidocaine-epinephrine (pf) 1.5 %-1:200,000 injection solution	1		ANESTÉSICOS
lidocaine-epinephrine (pf) 2 %-1:200,000 injection solution	1		ANESTÉSICOS
lidocaine-epinephrine 0.5 %-1:200,000 injection solution	1		ANESTÉSICOS
lidocaine-prilocaine 2.5 %-2.5 % topical cream	1	QL(30 cada 30 días)	ANESTÉSICOS
lidocan iii 5 % topical patch	1	QL(90 cada 30 días)	ANESTÉSICOS

• MDO: Medicamento de uso únicamente médico • OTC – Medicamentos sin receta • PA – Autorización previa • QL – Límite de cantidad • ST – Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
lidocan iv 5 % topical patch	1	QL(90 cada 30 días)	ANESTÉSICOS
lidocan v 5 % topical patch	1	QL(90 cada 30 días)	ANESTÉSICOS
MARCAINE (PF) 0.25 % (2.5 MG/ML) INJECTION SOLUTION	1		ANESTÉSICOS
MARCAINE (PF) 0.5 % (5 MG/ML) INJECTION SOLUTION	1		ANESTÉSICOS
MARCAINE (PF) 0.75 % (7.5 MG/ML) INJECTION SOLUTION	1		ANESTÉSICOS
MARCAINE 0.25 % (2.5 MG/ML) INJECTION SOLUTION	1		ANESTÉSICOS
MARCAINE 0.5 % (5 MG/ML) INJECTION SOLUTION	1		ANESTÉSICOS
MARCAINE SPINAL (PF) 0.75 % (7.5 MG/ML) INJECTION SOLUTION	1		ANESTÉSICOS
MARCAINE-EPINEPHRINE (PF) 0.25 %-1:200,000 INJECTION SOLUTION	1		ANESTÉSICOS
MARCAINE-EPINEPHRINE (PF) 0.5 %-1:200,000 INJECTION SOLUTION	1		ANESTÉSICOS
MARCAINE-EPINEPHRINE 0.25 %-1:200,000 INJECTION SOLUTION	1		ANESTÉSICOS
MARCAINE-EPINEPHRINE 0.5 %-1:200,000 INJECTION SOLUTION	1		ANESTÉSICOS
NAROPIN (PF) 10 MG/ML (1 %) INJECTION SOLUTION	1		ANESTÉSICOS
NAROPIN (PF) 2 MG/ML (0.2 %) INJECTION SOLUTION	1		ANESTÉSICOS
NAROPIN (PF) 5 MG/ML (0.5 %) INJECTION SOLUTION	1		ANESTÉSICOS
NAROPIN (PF) 7.5 MG/ML (0.75 %) INJECTION SOLUTION	1		ANESTÉSICOS
NESACAINE-MPF 20 MG/ML (2 %) INJECTION SOLUTION	1		ANESTÉSICOS
NESACAINE-MPF 30 MG/ML (3 %) INJECTION SOLUTION	1		ANESTÉSICOS
polocaine 1 % (10 mg/ml) injection solution	1		ANESTÉSICOS
polocaine 2 % injection solution	1		ANESTÉSICOS
polocaine-mpf 10 mg/ml (1 %) injection solution	1		ANESTÉSICOS
polocaine-mpf 15 mg/ml (1.5 %) injection solution	1		ANESTÉSICOS
polocaine-mpf 20 mg/ml (2 %) injection solution	1		ANESTÉSICOS
ropivacaine (pf) 10 mg/ml (1 %) injection solution	1		ANESTÉSICOS
ropivacaine (pf) 2 mg/ml (0.2 %) injection solution	1		ANESTÉSICOS
ropivacaine (pf) 5 mg/ml (0.5 %) injection solution	1		ANESTÉSICOS
ropivacaine (pf) 7.5 mg/ml (0.75 %) injection solution	1		ANESTÉSICOS
SENSORCAINE 0.25 % (2.5 MG/ML) INJECTION SOLUTION	1		ANESTÉSICOS
SENSORCAINE 0.5 % (5 MG/ML) INJECTION SOLUTION	1		ANESTÉSICOS
sensorcaine-epinephrine 0.25 %-1:200,000 injection solution	1		ANESTÉSICOS

• MDO: Medicamento de uso únicamente médico • OTC – Medicamentos sin receta • PA – Autorización previa • QL – Límite de cantidad • ST – Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
sensorcaine-epinephrine 0.5 %-1:200,000 injection solution	1		ANESTÉSICOS
sensorcaine-mpf 0.25 % (2.5 mg/ml) injection solution	1		ANESTÉSICOS
SENSORCAINE-MPF 0.5 % (5 MG/ML) INJECTION SOLUTION	1		ANESTÉSICOS
sensorcaine-mpf 0.75 % (7.5 mg/ml) injection solution	1		ANESTÉSICOS
sensorcaine-mpf/epinephrine 0.25 %-1:200,000 injection solution	1		ANESTÉSICOS
SENSORCAINE-MPF/EPINEPHRINE 0.5 %-1:200,000 INJECTION SOLUTION	1		ANESTÉSICOS
SENSORCAINE-MPF/EPINEPHRINE 0.75 %-1:200,000 INJECTION SOLUTION	1		ANESTÉSICOS
XYLOCAINE 10 MG/ML (1 %) INJECTION SOLUTION	1	PA	ANESTÉSICOS
XYLOCAINE 20 MG/ML (2 %) INJECTION SOLUTION	1		ANESTÉSICOS
XYLOCAINE WITH EPINEPHRINE 0.5 %-1:200,000 INJECTION SOLUTION	1		ANESTÉSICOS
XYLOCAINE WITH EPINEPHRINE 1 %-1:100,000 INJECTION SOLUTION	1	PA	ANESTÉSICOS
XYLOCAINE WITH EPINEPHRINE 2 %-1:100,000 INJECTION SOLUTION	1		ANESTÉSICOS
XYLOCAINE-MPF 10 MG/ML (1 %) INJECTION SOLUTION	1	PA	ANESTÉSICOS
XYLOCAINE-MPF 15 MG/ML (1.5 %) INJECTION SOLUTION	1		ANESTÉSICOS
XYLOCAINE-MPF 20 MG/ML (2 %) INJECTION SOLUTION	1		ANESTÉSICOS
XYLOCAINE-MPF 5 MG/ML (0.5 %) INJECTION SOLUTION	1		ANESTÉSICOS
XYLOCAINE-MPF/EPINEPHRINE 1 %-1:200,000 INJECTION SOLUTION	1		ANESTÉSICOS
XYLOCAINE-MPF/EPINEPHRINE 1.5 %-1:200,000 INJECTION SOLUTION	1		ANESTÉSICOS
XYLOCAINE-MPF/EPINEPHRINE 2 %-1:200,000 INJECTION SOLUTION	1		ANESTÉSICOS
ZTLIDO 1.8 % TOPICAL PATCH	3	PA,QL(90 cada 30 días)	ANESTÉSICOS
alprazolam 0.25 mg disintegrating tablet	3	PA,QL(90 cada 30 días)	ANSIOLÍTICOS
alprazolam 0.25 mg tablet	1	QL(90 cada 30 días)	ANSIOLÍTICOS
alprazolam 0.5 mg disintegrating tablet	3	PA,QL(90 cada 30 días)	ANSIOLÍTICOS
alprazolam 0.5 mg tablet	1	QL(90 cada 30 días)	ANSIOLÍTICOS
alprazolam 1 mg disintegrating tablet	3	PA,QL(90 cada 30 días)	ANSIOLÍTICOS
alprazolam 1 mg tablet	1	QL(90 cada 30 días)	ANSIOLÍTICOS
alprazolam 2 mg disintegrating tablet	3	PA,QL(60 cada 30 días)	ANSIOLÍTICOS

• MDO: Medicamento de uso únicamente médico • OTC – Medicamentos sin receta • PA – Autorización previa • QL – Límite de cantidad • ST – Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
alprazolam 2 mg tablet	1	QL(60 cada 30 días)	ANSIOLÍTICOS
alprazolam er 0.5 mg tablet,extended release 24 hr	1	QL(30 cada 30 días)	ANSIOLÍTICOS
alprazolam er 1 mg tablet,extended release 24 hr	1	QL(30 cada 30 días)	ANSIOLÍTICOS
alprazolam er 2 mg tablet,extended release 24 hr	1	QL(60 cada 30 días)	ANSIOLÍTICOS
alprazolam er 3 mg tablet,extended release 24 hr	1	QL(30 cada 30 días)	ANSIOLÍTICOS
alprazolam intensol 1 mg/ml oral concentrate	1	QL(30 cada 30 días)	ANSIOLÍTICOS
ATIVAN 2 MG/ML INJECTION SOLUTION	1	PA,QL(60 cada 30 días)	ANSIOLÍTICOS
ATIVAN 4 MG/ML INJECTION SOLUTION	1	QL(60 cada 30 días)	ANSIOLÍTICOS
BUCAPSOL 10 MG CAPSULE	3	PA,QL(90 cada 30 días)	ANSIOLÍTICOS
BUCAPSOL 15 MG CAPSULE	3	PA,QL(120 cada 30 días)	ANSIOLÍTICOS
BUCAPSOL 5 MG CAPSULE	3	PA,QL(60 cada 30 días)	ANSIOLÍTICOS
BUCAPSOL 7.5 MG CAPSULE	3	PA,QL(90 cada 30 días)	ANSIOLÍTICOS
buspirone 10 mg tablet	1	QL(90 cada 30 días)	ANSIOLÍTICOS
buspirone 12.5 mg tablet	3	PA,QL(60 cada 30 días)	ANSIOLÍTICOS
buspirone 15 mg tablet	1	QL(90 cada 30 días)	ANSIOLÍTICOS
buspirone 2.5 mg tablet	3	PA,QL(60 cada 30 días)	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(60 cada 30 días)	ANSIOLÍTICOS
chlordiazepoxide 10 mg capsule	1	QL(90 cada 30 días)	ANSIOLÍTICOS
chlordiazepoxide 25 mg capsule	1	QL(90 cada 30 días)	ANSIOLÍTICOS
chlordiazepoxide 5 mg capsule	1	QL(90 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 0.25 mg tablet	3	PA,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

• MDO: Medicamento de uso únicamente médico • OTC – Medicamentos sin receta • PA – Autorización previa • QL – Límite de cantidad • ST – Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
clonazepam 1 mg disintegrating tablet	1	QL(90 cada 30 días)	ANSIOLÍTICOS
clonazepam 1 mg tablet	1	QL(90 cada 30 días)	ANSIOLÍTICOS
clonazepam 2 mg disintegrating tablet	1	QL(60 cada 30 días)	ANSIOLÍTICOS
clonazepam 2 mg tablet	1	QL(60 cada 30 días)	ANSIOLÍTICOS
clorazepate dipotassium 15 mg tablet	1	QL(90 cada 30 días)	ANSIOLÍTICOS
clorazepate dipotassium 3.75 mg tablet	1	QL(90 cada 30 días)	ANSIOLÍTICOS
clorazepate dipotassium 7.5 mg tablet	1	QL(90 cada 30 días)	ANSIOLÍTICOS
diazepam 10 mg tablet	1	QL(90 cada 30 días)	ANSIOLÍTICOS
diazepam 2 mg tablet	1	QL(90 cada 30 días)	ANSIOLÍTICOS
diazepam 5 mg tablet	1	QL(90 cada 30 días)	ANSIOLÍTICOS
diazepam 5 mg/5 ml (1 mg/ml) oral solution	1	QL(900 cada 30 días)	ANSIOLÍTICOS
diazepam 5 mg/5 ml (1 mg/ml, 5 ml) oral solution	1	QL(150 cada 30 días)	ANSIOLÍTICOS
diazepam 5 mg/ml injection solution	1	QL(30 cada 30 días)	ANSIOLÍTICOS
diazepam 5 mg/ml injection syringe	1	QL(30 cada 30 días)	ANSIOLÍTICOS
diazepam 5 mg/ml oral concentrate	1	QL(30 cada 30 días)	ANSIOLÍTICOS
diazepam intensol 5 mg/ml oral concentrate	1	QL(30 cada 30 días)	ANSIOLÍTICOS
doxepin 10 mg capsule	1		ANSIOLÍTICOS
doxepin 10 mg/ml oral concentrate	1		ANSIOLÍTICOS
doxepin 100 mg capsule	1		ANSIOLÍTICOS
doxepin 150 mg capsule	1		ANSIOLÍTICOS
doxepin 25 mg capsule	1		ANSIOLÍTICOS
doxepin 50 mg capsule	1		ANSIOLÍTICOS
doxepin 75 mg capsule	1		ANSIOLÍTICOS
hydroxyzine hcl 10 mg tablet	1		ANSIOLÍTICOS
hydroxyzine hcl 10 mg/5 ml oral solution	1		ANSIOLÍTICOS
hydroxyzine hcl 25 mg tablet	1	QL(360 cada 90 días)	ANSIOLÍTICOS
hydroxyzine hcl 25 mg/ml intramuscular solution	1		ANSIOLÍTICOS
hydroxyzine hcl 50 mg tablet	1	QL(360 cada 90 días)	ANSIOLÍTICOS
hydroxyzine hcl 50 mg/ml intramuscular solution	1		ANSIOLÍTICOS
KLONOPIN 0.5 MG TABLET	1	PA,QL(90 cada 30 días)	ANSIOLÍTICOS
KLONOPIN 1 MG TABLET	1	PA,QL(90 cada 30 días)	ANSIOLÍTICOS
KLONOPIN 2 MG TABLET	1	PA,QL(60 cada 30 días)	ANSIOLÍTICOS

• MDO: Medicamento de uso únicamente médico • OTC – Medicamentos sin receta • PA – Autorización previa • QL – Límite de cantidad • ST – Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
lorazepam 0.5 mg tablet	1	QL(90 cada 30 días)	ANSIOLÍTICOS
lorazepam 1 mg tablet	1	QL(90 cada 30 días)	ANSIOLÍTICOS
lorazepam 2 mg tablet	1	QL(90 cada 30 días)	ANSIOLÍTICOS
lorazepam 2 mg/ml injection solution	1	QL(60 cada 30 días)	ANSIOLÍTICOS
lorazepam 2 mg/ml injection syringe	1		ANSIOLÍTICOS
lorazepam 2 mg/ml injection syringe	1	QL(60 cada 30 días)	ANSIOLÍTICOS
lorazepam 2 mg/ml oral concentrate	1	QL(30 cada 30 días)	ANSIOLÍTICOS
lorazepam 4 mg/ml injection solution	1	QL(60 cada 30 días)	ANSIOLÍTICOS
lorazepam intensol 2 mg/ml oral concentrate	1	QL(30 cada 30 días)	ANSIOLÍTICOS
LOREEV XR 1 MG CAPSULE,EXTENDED RELEASE	3	PA,QL(30 cada 30 días)	ANSIOLÍTICOS
LOREEV XR 1.5 MG CAPSULE,EXTENDED RELEASE	3	PA,QL(30 cada 30 días)	ANSIOLÍTICOS
LOREEV XR 2 MG CAPSULE,EXTENDED RELEASE	3	PA,QL(30 cada 30 días)	ANSIOLÍTICOS
LOREEV XR 3 MG CAPSULE,EXTENDED RELEASE	3	PA,QL(30 cada 30 días)	ANSIOLÍTICOS
meprobamate 200 mg tablet	1		ANSIOLÍTICOS
meprobamate 400 mg tablet	1		ANSIOLÍTICOS
oxazepam 10 mg capsule	1	QL(90 cada 30 días)	ANSIOLÍTICOS
oxazepam 15 mg capsule	1	QL(90 cada 30 días)	ANSIOLÍTICOS
oxazepam 30 mg capsule	1	QL(90 cada 30 días)	ANSIOLÍTICOS
XANAX 0.25 MG TABLET	1	PA,QL(90 cada 30 días)	ANSIOLÍTICOS
XANAX 0.5 MG TABLET	1	PA,QL(90 cada 30 días)	ANSIOLÍTICOS
XANAX 1 MG TABLET	1	PA,QL(90 cada 30 días)	ANSIOLÍTICOS
XANAX 2 MG TABLET	1	PA,QL(60 cada 30 días)	ANSIOLÍTICOS
XANAX XR 0.5 MG TABLET,EXTENDED RELEASE	1	PA,QL(30 cada 30 días)	ANSIOLÍTICOS
XANAX XR 1 MG TABLET,EXTENDED RELEASE	1	PA,QL(30 cada 30 días)	ANSIOLÍTICOS
XANAX XR 2 MG TABLET,EXTENDED RELEASE	1	PA,QL(60 cada 30 días)	ANSIOLÍTICOS
XANAX XR 3 MG TABLET,EXTENDED RELEASE	1	PA,QL(30 cada 30 días)	ANSIOLÍTICOS
acetic acid 2 % ear solution	1	QL(15 cada 30 días)	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

• MDO: Medicamento de uso únicamente médico • OTC – Medicamentos sin receta • PA – Autorización previa • QL – Límite de cantidad • ST – Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
amoxicillin 125 mg/5 ml oral suspension	1		ANTIBACTERIANOS
amoxicillin 200 mg-potassium clavulanate 28.5 mg chewable tablet	1		ANTIBACTERIANOS
amoxicillin 200 mg-potassium clavulanate 28.5 mg/5 ml oral suspension	1		ANTIBACTERIANOS
amoxicillin 200 mg/5 ml oral suspension	1		ANTIBACTERIANOS
amoxicillin 250 mg capsule	1		ANTIBACTERIANOS
amoxicillin 250 mg chewable tablet	1		ANTIBACTERIANOS
amoxicillin 250 mg-potassium clavulanate 125 mg tablet	1		ANTIBACTERIANOS
amoxicillin 250 mg-potassium clavulanate 62.5 mg/5 ml oral suspension	1		ANTIBACTERIANOS
amoxicillin 250 mg/5 ml oral suspension	1		ANTIBACTERIANOS
amoxicillin 400 mg-potassium clavulanate 57 mg chewable tablet	1		ANTIBACTERIANOS
amoxicillin 400 mg-potassium clavulanate 57 mg/5 ml oral suspension	1		ANTIBACTERIANOS
amoxicillin 400 mg/5 ml oral suspension	1		ANTIBACTERIANOS
amoxicillin 500 mg capsule	1		ANTIBACTERIANOS
amoxicillin 500 mg tablet	1		ANTIBACTERIANOS
amoxicillin 500 mg-potassium clavulanate 125 mg tablet	1		ANTIBACTERIANOS
amoxicillin 600 mg-potassium clavulanate 42.9 mg/5 ml oral suspension	1		ANTIBACTERIANOS
amoxicillin 875 mg tablet	1		ANTIBACTERIANOS
amoxicillin 875 mg-potassium clavulanate 125 mg tablet	1		ANTIBACTERIANOS
amoxicillin-potassium clavulanate 1,000 mg-62.5 mg tablet,ext.rel 12hr	3	PA,QL(40 cada 10 dÍas)	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 2 gram intravenous solution	1		ANTIBACTERIANOS
ampicillin 2 gram solution for injection	1		ANTIBACTERIANOS
ampicillin 250 mg solution for injection	1		ANTIBACTERIANOS
ampicillin 500 mg capsule	1		ANTIBACTERIANOS
ampicillin 500 mg solution for injection	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 solution for injection	1		ANTIBACTERIANOS
ARIKAYCE 590 MG/8.4 ML SUSPENSION FOR INHALATION VIA NEBULIZATION	3	PA,QL(235.2 cada 28 dÍas)	ANTIBACTERIANOS
AUGMENTIN 125 MG-31.25 MG/5 ML ORAL SUSPENSION	1		ANTIBACTERIANOS
AUGMENTIN ES-600 600 MG-42.9 MG/5 ML ORAL SUSPENSION	1	PA	ANTIBACTERIANOS
AVYCAZ 2.5 GRAM INTRAVENOUS SOLUTION	3	PA,QL(42 cada 14 dÍas)	ANTIBACTERIANOS
AZACTAM 1 GRAM SOLUTION FOR INJECTION	1		ANTIBACTERIANOS
AZACTAM 2 GRAM SOLUTION FOR INJECTION	1		ANTIBACTERIANOS

• MDO: Medicamento de uso únicamente médico • OTC – Medicamentos sin receta • PA – Autorización previa • QL – Límite de cantidad • ST – Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
azithromycin 100 mg/5 ml oral suspension	1	QL(45 cada 5 dÍas)	ANTIBACTERIANOS
azithromycin 200 mg/5 ml oral suspension	1	QL(60 cada 5 dÍas)	ANTIBACTERIANOS
azithromycin 250 mg tablet	1		ANTIBACTERIANOS
azithromycin 500 mg intravenous solution	1		ANTIBACTERIANOS
azithromycin 500 mg tablet	1		ANTIBACTERIANOS
azithromycin 600 mg tablet	1		ANTIBACTERIANOS
aztreonam 1 gram solution for injection	1		ANTIBACTERIANOS
aztreonam 2 gram solution for injection	1		ANTIBACTERIANOS
bacitracin 50,000 unit intramuscular solution	1		ANTIBACTERIANOS
BACTRIM 400 MG-80 MG TABLET	1	PA	ANTIBACTERIANOS
BACTRIM DS 800 MG-160 MG TABLET	1	PA	ANTIBACTERIANOS
BAXDELA 300 MG INTRAVENOUS SOLUTION	3	PA,QL(60 cada 30 dÍas)	ANTIBACTERIANOS
BAXDELA 450 MG TABLET	3	PA,QL(28 cada 14 dÍas)	ANTIBACTERIANOS
BETHKIS 300 MG/4 ML SOLUTION FOR NEBULIZATION	3	PA,QL(224 cada 56 dÍas)	ANTIBACTERIANOS
BICILLIN C-R 1,200,000 UNIT/2 ML INTRAMUSCULAR SYRINGE	1		ANTIBACTERIANOS
BICILLIN C-R 900,000 UNIT-300K UNIT/2 ML INTRAMUSCULAR SYRINGE	1		ANTIBACTERIANOS
BICILLIN L-A 1,200,000 UNIT/2 ML INTRAMUSCULAR SYRINGE	2		ANTIBACTERIANOS
BICILLIN L-A 2,400,000 UNIT/4 ML INTRAMUSCULAR SYRINGE	2		ANTIBACTERIANOS
BICILLIN L-A 600,000 UNIT/ML INTRAMUSCULAR SYRINGE	1		ANTIBACTERIANOS
BLUJEPA 750 MG TABLET	3	PA,QL(20 cada 5 dÍas)	ANTIBACTERIANOS
cefaclor 125 mg/5 ml oral suspension	1		ANTIBACTERIANOS
cefaclor 250 mg capsule	1		ANTIBACTERIANOS
cefaclor 375 mg/5 ml oral suspension	1		ANTIBACTERIANOS
cefaclor 500 mg capsule	1		ANTIBACTERIANOS
cefaclor er 500 mg tablet,extended release,12 hr	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 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

• MDO: Medicamento de uso únicamente médico • OTC – Medicamentos sin receta • PA – Autorización previa • QL – Límite de cantidad • ST – Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
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
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	3	PA,QL(100 cada 10 dÍas)	ANTIBACTERIANOS
cefixime 200 mg/5 ml oral suspension	3	PA,QL(100 cada 10 dÍas)	ANTIBACTERIANOS
cefixime 400 mg capsule	3	PA,QL(10 cada 10 dÍas)	ANTIBACTERIANOS
cefixime 400 mg tablet	3	PA,QL(10 cada 10 dÍas)	ANTIBACTERIANOS
CEFOTAN 1 GRAM SOLUTION FOR INJECTION	2		ANTIBACTERIANOS
CEFOTAN 2 GRAM SOLUTION FOR INJECTION	2		ANTIBACTERIANOS
cefotaxime 1 gram solution for injection	1		ANTIBACTERIANOS
cefotetan 1 gram solution for injection	1		ANTIBACTERIANOS
cefotetan 2 gram solution for injection	1		ANTIBACTERIANOS
cefoxitin 1 gram intravenous solution	1		ANTIBACTERIANOS
cefoxitin 1 gram/50 ml in dextrose, iso-osmotic intravenous piggyback	1		ANTIBACTERIANOS
cefoxitin 10 gram intravenous solution	1		ANTIBACTERIANOS
cefoxitin 2 gram intravenous solution	1		ANTIBACTERIANOS
cefoxitin 2 gram/50 ml in dextrose(iso-osmotic) intravenous piggyback	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
ceftaroline fosamil 400 mg intravenous solution	1		ANTIBACTERIANOS
ceftaroline fosamil 600 mg intravenous solution	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

• MDO: Medicamento de uso únicamente médico • OTC – Medicamentos sin receta • PA – Autorización previa • QL – Límite de cantidad • ST – Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
ceftriaxone 1 gram intravenous solution	1		ANTIBACTERIANOS
ceftriaxone 1 gram solution for injection	1		ANTIBACTERIANOS
ceftriaxone 1 gram/50 ml in dextrose (iso-osmot) intravenous piggyback	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 2 gram/50 ml in dextrose (iso-osm) intravenous piggyback	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
cefuroxime sodium 1.5 gram intravenous solution	1		ANTIBACTERIANOS
cefuroxime sodium 750 mg solution for injection	1		ANTIBACTERIANOS
cephalexin 125 mg/5 ml oral suspension	1		ANTIBACTERIANOS
cephalexin 250 mg capsule	1		ANTIBACTERIANOS
cephalexin 250 mg tablet	3	PA	ANTIBACTERIANOS
cephalexin 250 mg/5 ml oral suspension	1		ANTIBACTERIANOS
cephalexin 500 mg capsule	1		ANTIBACTERIANOS
cephalexin 500 mg tablet	3	PA	ANTIBACTERIANOS
cephalexin 750 mg capsule	3	PA	ANTIBACTERIANOS
CIPRO 250 MG TABLET	1	PA	ANTIBACTERIANOS
CIPRO 250 MG/5 ML ORAL SUSPENSION	1		ANTIBACTERIANOS
CIPRO 500 MG TABLET	1	PA	ANTIBACTERIANOS
CIPRO 500 MG/5 ML ORAL SUSPENSION	1		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
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	QL(28 cada 14 dÍas)	ANTIBACTERIANOS
CLEOCIN 100 MG VAGINAL SUPPOSITORY	1		ANTIBACTERIANOS
CLEOCIN 150 MG/ML INJECTION SOLUTION	1	PA	ANTIBACTERIANOS
CLEOCIN 2 % VAGINAL CREAM	1	PA	ANTIBACTERIANOS
CLEOCIN HCL 150 MG CAPSULE	1	PA	ANTIBACTERIANOS
CLEOCIN HCL 300 MG CAPSULE	1	PA	ANTIBACTERIANOS
CLEOCIN HCL 75 MG CAPSULE	1	PA	ANTIBACTERIANOS
CLEOCIN PEDIATRIC 75 MG/5 ML ORAL SOLUTION	1	PA	ANTIBACTERIANOS
clindamycin 150 mg/ml injection solution	1		ANTIBACTERIANOS
clindamycin 2 % vaginal cream	1		ANTIBACTERIANOS
clindamycin 300 mg/50 ml in 0.9% sodium chloride intravenous piggyback	1		ANTIBACTERIANOS

• MDO: Medicamento de uso únicamente médico • OTC – Medicamentos sin receta • PA – Autorización previa • QL – Límite de cantidad • ST – Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
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	3	PA,QL(5.8 cada 1 dÍas)	ANTIBACTERIANOS
colistin (colistimethate sodium) 150 mg solution for injection	1		ANTIBACTERIANOS
COLY-MYCIN M PARENTERAL 150 MG SOLUTION FOR INJECTION	1	PA	ANTIBACTERIANOS
CONTEPO 6 GRAM INTRAVENOUS SOLUTION	3	PA,QL(42 cada 14 dÍas)	ANTIBACTERIANOS
dalbavancin 500 mg intravenous solution	3	PA,QL(3 cada 7 dÍas)	ANTIBACTERIANOS
DALVANCE 500 MG INTRAVENOUS SOLUTION	3	PA,QL(3 cada 7 dÍas)	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
DEFENCATH 13.5 MG-1,000 UNIT/ML INTRA-CATHETER SOLUTION	3	PA,QL(72 cada 28 dÍas)	ANTIBACTERIANOS
demeclocycline 150 mg tablet	1		ANTIBACTERIANOS
demeclocycline 300 mg tablet	1		ANTIBACTERIANOS
dicloxacillin 250 mg capsule	1		ANTIBACTERIANOS
dicloxacillin 500 mg capsule	1		ANTIBACTERIANOS
DIFICID 200 MG TABLET	1	QL(20 cada 10 dÍas)	ANTIBACTERIANOS
DIFICID 40 MG/ML ORAL SUSPENSION	1	QL(136 cada 12 dÍas)	ANTIBACTERIANOS
DORYX 80 MG TABLET,DELAYED RELEASE	3	PA	ANTIBACTERIANOS
DORYX MPC 60 MG TABLET,DELAYED RELEASE	3	PA,QL(60 cada 30 dÍas)	ANTIBACTERIANOS
doxy-100 100 mg intravenous solution	1		ANTIBACTERIANOS
doxycycline hyclate 100 mg capsule	1		ANTIBACTERIANOS

• MDO: Medicamento de uso únicamente médico • OTC – Medicamentos sin receta • PA – Autorización previa • QL – Límite de cantidad • ST – Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
doxycycline hyclate 100 mg intravenous powder for solution	1		ANTIBACTERIANOS
doxycycline hyclate 100 mg tablet	1		ANTIBACTERIANOS
doxycycline hyclate 100 mg tablet,delayed release	3	PA	ANTIBACTERIANOS
doxycycline hyclate 150 mg tablet	3	PA	ANTIBACTERIANOS
doxycycline hyclate 150 mg tablet,delayed release	3	PA	ANTIBACTERIANOS
doxycycline hyclate 20 mg tablet	1		ANTIBACTERIANOS
doxycycline hyclate 200 mg tablet,delayed release	3	PA	ANTIBACTERIANOS
doxycycline hyclate 50 mg capsule	1		ANTIBACTERIANOS
doxycycline hyclate 50 mg tablet	3	PA	ANTIBACTERIANOS
doxycycline hyclate 50 mg tablet,delayed release	3	PA	ANTIBACTERIANOS
doxycycline hyclate 75 mg capsule	3	PA	ANTIBACTERIANOS
doxycycline hyclate 75 mg tablet	3	PA	ANTIBACTERIANOS
doxycycline hyclate 75 mg tablet,delayed release	3	PA	ANTIBACTERIANOS
doxycycline monohydrate 100 mg capsule	1		ANTIBACTERIANOS
doxycycline monohydrate 100 mg tablet	1		ANTIBACTERIANOS
doxycycline monohydrate 150 mg capsule	3	PA	ANTIBACTERIANOS
doxycycline monohydrate 150 mg tablet	3	PA	ANTIBACTERIANOS
doxycycline monohydrate 25 mg/5 ml oral suspension	1		ANTIBACTERIANOS
doxycycline monohydrate 40 mg capsule,immediate - delay release	3	PA	ANTIBACTERIANOS
doxycycline monohydrate 50 mg capsule	1		ANTIBACTERIANOS
doxycycline monohydrate 50 mg tablet	1		ANTIBACTERIANOS
doxycycline monohydrate 75 mg capsule	3	PA	ANTIBACTERIANOS
doxycycline monohydrate 75 mg tablet	1		ANTIBACTERIANOS
E.E.S. 400 MG TABLET	1	PA	ANTIBACTERIANOS
E.E.S. GRANULES 200 MG/5 ML ORAL SUSPENSION	1	PA	ANTIBACTERIANOS
EMBLAVEO 2 GRAM INTRAVENOUS SOLUTION	3	PA,QL(57 cada 14 dÍas)	ANTIBACTERIANOS
ertapenem 1 gram solution for injection	1		ANTIBACTERIANOS
ERY-TAB 250 MG TABLET,DELAYED RELEASE	1	PA	ANTIBACTERIANOS
ERY-TAB 333 MG TABLET,DELAYED RELEASE	1	PA	ANTIBACTERIANOS
ERY-TAB 500 MG TABLET,DELAYED RELEASE	1	PA	ANTIBACTERIANOS
ERYPED 200 200 MG/5 ML ORAL SUSPENSION	1	PA	ANTIBACTERIANOS
ERYPED 400 MG/5 ML ORAL SUSPENSION	1	PA	ANTIBACTERIANOS
ERYTHROCIN 500 MG INTRAVENOUS SOLUTION	1		ANTIBACTERIANOS
erythromycin 250 mg capsule,delayed release	1		ANTIBACTERIANOS
erythromycin 250 mg tablet	1		ANTIBACTERIANOS
erythromycin 250 mg tablet,delayed release	1		ANTIBACTERIANOS
erythromycin 333 mg tablet,delayed release	1		ANTIBACTERIANOS
erythromycin 500 mg tablet	1		ANTIBACTERIANOS
erythromycin 500 mg tablet,delayed release	1		ANTIBACTERIANOS
erythromycin ethylsuccinate 200 mg/5 ml oral powder for suspension	1		ANTIBACTERIANOS
erythromycin ethylsuccinate 400 mg tablet	1		ANTIBACTERIANOS
erythromycin ethylsuccinate 400 mg/5 ml oral powder for suspension	1		ANTIBACTERIANOS

• MDO: Medicamento de uso únicamente médico • OTC – Medicamentos sin receta • PA – Autorización previa • QL – Límite de cantidad • ST – Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
erythromycin lactobionate 500 mg intravenous solution	1		ANTIBACTERIANOS
FETROJA 1 GRAM INTRAVENOUS SOLUTION	3	PA	ANTIBACTERIANOS
fidaxomicin 200 mg tablet	1	QL(20 cada 10 días)	ANTIBACTERIANOS
FIRVANQ 25 MG/ML ORAL SOLUTION	1	QL(300 cada 7 días)	ANTIBACTERIANOS
FIRVANQ 50 MG/ML ORAL SOLUTION	1	QL(600 cada 10 días)	ANTIBACTERIANOS
fosfomycin tromethamine 3 gram oral packet	1		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
KIMYRSA 1,200 MG INTRAVENOUS SOLUTION	3	PA,QL(1 cada 30 días)	ANTIBACTERIANOS
KITABIS PAK 300 MG/5 ML SOLUTION FOR NEBULIZATION	3	PA,QL(280 cada 56 días)	ANTIBACTERIANOS
levofloxacin 25 mg/ml intravenous solution	1		ANTIBACTERIANOS
levofloxacin 250 mg tablet	1		ANTIBACTERIANOS
levofloxacin 250 mg/10 ml oral solution	1		ANTIBACTERIANOS
levofloxacin 250 mg/50 ml in 5 % dextrose intravenous piggyback	1		ANTIBACTERIANOS
levofloxacin 500 mg tablet	1		ANTIBACTERIANOS
levofloxacin 500 mg/100 ml in 5 % dextrose intravenous piggyback	1		ANTIBACTERIANOS
levofloxacin 750 mg tablet	1	QL(30 cada 30 días)	ANTIBACTERIANOS
levofloxacin 750 mg/150 ml in 5 % dextrose intravenous piggyback	1		ANTIBACTERIANOS
LIKMEZ 500 MG/5 ML ORAL SUSPENSION	3	PA,QL(675 cada 30 días)	ANTIBACTERIANOS
LINCOCIN 300 MG/ML INJECTION SOLUTION	1		ANTIBACTERIANOS
lincomycin 300 mg/ml injection solution	1		ANTIBACTERIANOS
linezolid 100 mg/5 ml oral suspension	1	QL(150 cada 10 días)	ANTIBACTERIANOS
linezolid 600 mg tablet	1	QL(28 cada 14 días)	ANTIBACTERIANOS

• MDO: Medicamento de uso únicamente médico • OTC – Medicamentos sin receta • PA – Autorización previa • QL – Límite de cantidad • ST – Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
linezolid 600 mg/300 ml in 0.9 % sodium chloride intravenous piggyback	1	QL(8400 cada 14 dÍas)	ANTIBACTERIANOS
linezolid in 5% dextrose in water 600 mg/300 ml intravenous piggyback	1	QL(8400 cada 14 dÍas)	ANTIBACTERIANOS
MACROBID 100 MG CAPSULE	1	PA	ANTIBACTERIANOS
meropenem 1 gram intravenous solution	1		ANTIBACTERIANOS
meropenem 1 gram/50 ml in 0.9% sodium chloride intravenous piggyback	1		ANTIBACTERIANOS
MEROPENEM 2 GRAM INTRAVENOUS SOLUTION	3	PA	ANTIBACTERIANOS
meropenem 500 mg intravenous solution	1		ANTIBACTERIANOS
meropenem 500 mg/50 ml in 0.9% sodium chloride intravenous piggyback	1		ANTIBACTERIANOS
methenamine hippurate 1 gram tablet	1		ANTIBACTERIANOS
methenamine mandelate 0.5 gram tablet	1		ANTIBACTERIANOS
methenamine mandelate 1 gram tablet	1		ANTIBACTERIANOS
metronidazole 0.75 % (37.5 mg/5 gram) vaginal gel	1	QL(70 cada 5 dÍas)	ANTIBACTERIANOS
metronidazole 0.75 % lotion	1		ANTIBACTERIANOS
metronidazole 0.75 % topical cream	1		ANTIBACTERIANOS
metronidazole 0.75 % topical gel	1		ANTIBACTERIANOS
metronidazole 1 % topical gel	3	PA	ANTIBACTERIANOS
metronidazole 1 % topical gel with pump	3	PA	ANTIBACTERIANOS
metronidazole 1.3 % (65 mg/5 gram) vaginal gel	3	PA,QL(5 cada 1 dÍas)	ANTIBACTERIANOS
metronidazole 125 mg tablet	3	PA	ANTIBACTERIANOS
metronidazole 250 mg tablet	1		ANTIBACTERIANOS
metronidazole 375 mg capsule	3	PA	ANTIBACTERIANOS
metronidazole 500 mg tablet	1		ANTIBACTERIANOS
metronidazole 500 mg/100 ml in sodium chlor(iso) intravenous piggyback	1		ANTIBACTERIANOS
MINOCIN 100 MG INTRAVENOUS SOLUTION	1		ANTIBACTERIANOS
minocycline 100 mg capsule	1		ANTIBACTERIANOS
minocycline 100 mg tablet	1	PA,QL(60 cada 30 dÍas)	ANTIBACTERIANOS
minocycline 50 mg capsule	1		ANTIBACTERIANOS
minocycline 50 mg tablet	1	PA,QL(60 cada 30 dÍas)	ANTIBACTERIANOS
minocycline 75 mg capsule	1		ANTIBACTERIANOS
minocycline 75 mg tablet	1	PA,QL(60 cada 30 dÍas)	ANTIBACTERIANOS
minocycline er 105 mg tablet,extended release 24 hr	3	PA	ANTIBACTERIANOS
minocycline er 115 mg tablet,extended release 24 hr	3	PA	ANTIBACTERIANOS
minocycline er 135 mg tablet,extended release 24 hr	3	PA	ANTIBACTERIANOS
minocycline er 45 mg tablet,extended release 24 hr	3	PA	ANTIBACTERIANOS
minocycline er 55 mg tablet,extended release 24 hr	3	PA	ANTIBACTERIANOS
minocycline er 65 mg tablet,extended release 24 hr	3	PA	ANTIBACTERIANOS

• MDO: Medicamento de uso únicamente médico • OTC – Medicamentos sin receta • PA – Autorización previa • QL – Límite de cantidad • ST – Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
minocycline er 80 mg tablet,extended release 24 hr	3	PA	ANTIBACTERIANOS
minocycline er 90 mg tablet,extended release 24 hr	3	PA	ANTIBACTERIANOS
morgidox 50 mg capsule	1		ANTIBACTERIANOS
moxifloxacin 400 mg tablet	1	QL(21 cada 21 dÍas)	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
nafcillin 1 gram solution for injection	1		ANTIBACTERIANOS
nafcillin 10 gram solution for injection	1		ANTIBACTERIANOS
nafcillin 2 gram solution for injection	1		ANTIBACTERIANOS
nafcillin 2 gram/100 ml in dextrose(iso-osmotic) intravenous piggyback	1		ANTIBACTERIANOS
neomycin 500 mg tablet	1		ANTIBACTERIANOS
nitrofurantoin 25 mg/5 ml oral suspension	1	QL(1200 cada 30 dÍas)	ANTIBACTERIANOS
nitrofurantoin 50 mg/5 ml oral suspension	3	PA,QL(1200 cada 30 dÍas)	ANTIBACTERIANOS
nitrofurantoin macrocrystal 100 mg capsule	1		ANTIBACTERIANOS
nitrofurantoin macrocrystal 25 mg capsule	1		ANTIBACTERIANOS
nitrofurantoin macrocrystal 50 mg capsule	1		ANTIBACTERIANOS
nitrofurantoin monohydrate/macrocrystals 100 mg capsule	1		ANTIBACTERIANOS
NUVESSA 1.3 % (65 MG/5 GRAM) VAGINAL GEL	3	PA,QL(5 cada 1 dÍas)	ANTIBACTERIANOS
NUZOLVENCE 3 GRAM ORAL GRANULES IN PACKET	3	PA,QL(1 cada 1 dÍas)	ANTIBACTERIANOS
NUZYRA 100 MG INTRAVENOUS SOLUTION	3	PA	ANTIBACTERIANOS
NUZYRA 150 MG TABLET	3	PA	ANTIBACTERIANOS
ofloxacin 400 mg tablet	3	PA,QL(60 cada 30 dÍas)	ANTIBACTERIANOS
ORBACTIV 400 MG INTRAVENOUS SOLUTION	1	QL(3 cada 30 dÍas)	ANTIBACTERIANOS
ORLYNVAH 500 MG-500 MG TABLET	3	PA,QL(10 cada 5 dÍas)	ANTIBACTERIANOS
oxacillin 1 gram solution for injection	1		ANTIBACTERIANOS
oxacillin 10 gram solution for injection	1		ANTIBACTERIANOS
oxacillin 2 gram solution for injection	1		ANTIBACTERIANOS
oxacillin 2 gram/50 ml in dextrose (iso-osmotic) intravenous piggyback	1		ANTIBACTERIANOS
penicillin g pot 2 million unit/50 ml-dextrose intravenous piggyback	1		ANTIBACTERIANOS
penicillin g pot 3 million unit/50 ml-dextrose intravenous piggyback	1		ANTIBACTERIANOS
penicillin g potassium 20 million unit solution for injection	1		ANTIBACTERIANOS
penicillin g potassium 5 million unit solution for injection	1		ANTIBACTERIANOS
penicillin g sodium 5 million unit solution for injection	1		ANTIBACTERIANOS
penicillin v potassium 125 mg/5 ml oral solution	1		ANTIBACTERIANOS

• MDO: Medicamento de uso únicamente médico • OTC – Medicamentos sin receta • PA – Autorización previa • QL – Límite de cantidad • ST – Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
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
pfizerpen-g 20 million unit solution for injection	1		ANTIBACTERIANOS
pfizerpen-g 5 million unit solution for injection	1		ANTIBACTERIANOS
piperacillin-tazobactam 13.5 gram intravenous solution	1		ANTIBACTERIANOS
piperacillin-tazobactam 2.25 gram intravenous solution	1		ANTIBACTERIANOS
PIPERACILLIN-TAZOBACTAM 2.25 GRAM/50 ML INTRAVENOUS PIGGYBACK	1		ANTIBACTERIANOS
piperacillin-tazobactam 3.375 gram intravenous solution	1		ANTIBACTERIANOS
PIPERACILLIN-TAZOBACTAM 3.375 GRAM/50 ML INTRAVENOUS PIGGYBACK	1		ANTIBACTERIANOS
piperacillin-tazobactam 4.5 gram intravenous solution	1		ANTIBACTERIANOS
PIPERACILLIN-TAZOBACTAM 4.5 GRAM/100 ML INTRAVENOUS PIGGYBACK	1		ANTIBACTERIANOS
piperacillin-tazobactam 40.5 gram intravenous solution	1		ANTIBACTERIANOS
PIVYA 185 MG TABLET	3	PA,QL(21 cada 7 dÍas)	ANTIBACTERIANOS
polymyxin b sulfate 500,000 unit solution for injection	1		ANTIBACTERIANOS
RECARBRIO 1.25 GRAM INTRAVENOUS SOLUTION	3	PA,QL(56 cada 14 dÍas)	ANTIBACTERIANOS
silver nitrate 0.5 % topical solution	1		ANTIBACTERIANOS
SIVEXTRO 200 MG INTRAVENOUS SOLUTION	3	PA,QL(6 cada 6 dÍas)	ANTIBACTERIANOS
SIVEXTRO 200 MG TABLET	3	PA,QL(6 cada 6 dÍas)	ANTIBACTERIANOS
SOLOSEC 2 GRAM ORAL DR GRANULES IN PACKET	3	PA,QL(1 cada 30 dÍas)	ANTIBACTERIANOS
streptomycin 1 gram intramuscular solution	1		ANTIBACTERIANOS
sulfacetamide sodium (acne) 10 % lotion (suspension)	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 400 mg-trimethoprim 80 mg/5 ml intravenous solution	1		ANTIBACTERIANOS
sulfamethoxazole 800 mg-trimethoprim 160 mg tablet	1		ANTIBACTERIANOS
SULFATRIM 200 MG-40 MG/5 ML ORAL SUSPENSION	1	PA	ANTIBACTERIANOS
tazicef 1 gram solution for injection	1		ANTIBACTERIANOS
tazicef 2 gram solution for injection	1		ANTIBACTERIANOS
tazicef 6 gram solution for injection	1		ANTIBACTERIANOS
TEFLARO 400 MG INTRAVENOUS SOLUTION	1		ANTIBACTERIANOS
TEFLARO 600 MG INTRAVENOUS SOLUTION	1		ANTIBACTERIANOS

• MDO: Medicamento de uso únicamente médico • OTC – Medicamentos sin receta • PA – Autorización previa • QL – Límite de cantidad • ST – Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
tetracycline 250 mg capsule	1	QL(56 cada 14 días)	ANTIBACTERIANOS
tetracycline 250 mg tablet	3	PA,QL(56 cada 14 días)	ANTIBACTERIANOS
tetracycline 500 mg capsule	1	QL(56 cada 14 días)	ANTIBACTERIANOS
tetracycline 500 mg tablet	3	PA,QL(56 cada 14 días)	ANTIBACTERIANOS
tigecycline 50 mg intravenous solution	1		ANTIBACTERIANOS
tinidazole 250 mg tablet	1		ANTIBACTERIANOS
tinidazole 500 mg tablet	1		ANTIBACTERIANOS
TOBI 300 MG/5 ML SOLUTION FOR NEBULIZATION	3	PA,QL(280 cada 56 días)	ANTIBACTERIANOS
tobramycin 1.2 gram solution for injection	1		ANTIBACTERIANOS
tobramycin 10 mg/ml injection solution	1		ANTIBACTERIANOS
tobramycin 300 mg/4 ml solution for nebulization	3	PA,QL(224 cada 56 días)	ANTIBACTERIANOS
tobramycin 300 mg/5 ml in 0.225 % sodium chloride for nebulization	3	PA,QL(280 cada 56 días)	ANTIBACTERIANOS
tobramycin 40 mg/ml injection solution	1		ANTIBACTERIANOS
tobramycin with nebulizer 300 mg/5 ml solution for nebulization	3	PA,QL(280 cada 56 días)	ANTIBACTERIANOS
trimethoprim 100 mg tablet	1		ANTIBACTERIANOS
TYGACIL 50 MG INTRAVENOUS SOLUTION	1		ANTIBACTERIANOS
TYZAVAN 1 GRAM/200 ML INTRAVENOUS PIGGYBACK	1		ANTIBACTERIANOS
TYZAVAN 1.25 GRAM/250 ML INTRAVENOUS PIGGYBACK	1		ANTIBACTERIANOS
TYZAVAN 1.5 GRAM/300 ML INTRAVENOUS PIGGYBACK	1		ANTIBACTERIANOS
TYZAVAN 1.75 GRAM/350 ML INTRAVENOUS PIGGYBACK	1		ANTIBACTERIANOS
TYZAVAN 2 GRAM/400 ML INTRAVENOUS PIGGYBACK	1		ANTIBACTERIANOS
TYZAVAN 500 MG/100 ML INTRAVENOUS PIGGYBACK	1		ANTIBACTERIANOS
TYZAVAN 750 MG/150 ML INTRAVENOUS PIGGYBACK	1		ANTIBACTERIANOS
UNASYN 1.5 GRAM SOLUTION FOR INJECTION	1	PA	ANTIBACTERIANOS
UNASYN 15 GRAM SOLUTION FOR INJECTION	1	PA	ANTIBACTERIANOS
UNASYN 3 GRAM SOLUTION FOR INJECTION	1	PA	ANTIBACTERIANOS
VABOMERE 2 GRAM INTRAVENOUS SOLUTION	3	PA,QL(84 cada 14 días)	ANTIBACTERIANOS
VANCOCIN 125 MG CAPSULE	1	PA	ANTIBACTERIANOS
VANCOCIN 250 MG CAPSULE	1	PA	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

• MDO: Medicamento de uso únicamente médico • OTC – Medicamentos sin receta • PA – Autorización previa • QL – Límite de cantidad • ST – Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
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	QL(300 cada 7 dÍas)	ANTIBACTERIANOS
vancomycin 250 mg capsule	1		ANTIBACTERIANOS
vancomycin 5 gram intravenous solution	1		ANTIBACTERIANOS
vancomycin 50 mg/ml oral solution	1	QL(600 cada 10 dÍas)	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	1	PA,QL(70 cada 5 dÍas)	ANTIBACTERIANOS
VIBATIV 750 MG INTRAVENOUS SOLUTION	1		ANTIBACTERIANOS
XACDURO 1 GRAM-1 GRAM (0.5 GRAM X 2) INTRAVENOUS SOLUTION	3	PA	ANTIBACTERIANOS
XACIATO 2 % VAGINAL GEL	3	PA,QL(8 cada 1 dÍas)	ANTIBACTERIANOS
XERAVA 100 MG INTRAVENOUS SOLUTION[MDO]	*		ANTIBACTERIANOS
XERAVA 50 MG INTRAVENOUS SOLUTION[MDO]	*		ANTIBACTERIANOS
ZERBAXA 1.5 GRAM INTRAVENOUS SOLUTION	3	PA,QL(84 cada 14 dÍas)	ANTIBACTERIANOS
ZEVTERA 667 MG INTRAVENOUS SOLUTION	3	PA	ANTIBACTERIANOS
ZITHROMAX 200 MG/5 ML ORAL SUSPENSION	1	PA,QL(60 cada 5 dÍas)	ANTIBACTERIANOS
ZITHROMAX 250 MG TABLET	1	PA	ANTIBACTERIANOS
ZITHROMAX 500 MG INTRAVENOUS SOLUTION	1	PA	ANTIBACTERIANOS

• MDO: Medicamento de uso únicamente médico • OTC – Medicamentos sin receta • PA – Autorización previa • QL – Límite de cantidad • ST – Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
ZITHROMAX 500 MG TABLET	1	PA	ANTIBACTERIANOS
ZITHROMAX TRI-PAK 500 MG TABLET	1	PA	ANTIBACTERIANOS
ZITHROMAX Z-PAK 250 MG TABLET	1	PA	ANTIBACTERIANOS
ZOSYN 2.25 GRAM/50 ML IN DEXTROSE (ISO-OSMOTIC) INTRAVENOUS PIGGYBACK	1		ANTIBACTERIANOS
ZOSYN 3.375 GRAM/50 ML IN DEXTROSE (ISO-OSMOTIC) INTRAVENOUS PIGGYBACK	1		ANTIBACTERIANOS
ZOSYN 4.5 GRAM/100 ML IN DEXTROSE (ISO-OSMOTIC) INTRAVENOUS PIGGYBACK	1		ANTIBACTERIANOS
ZYVOX 100 MG/5 ML ORAL SUSPENSION	1	PA,QL(150 cada 10 días)	ANTIBACTERIANOS
ZYVOX 600 MG TABLET	1	PA,QL(28 cada 14 días)	ANTIBACTERIANOS
ZYVOX 600 MG/300 ML INTRAVENOUS PIGGYBACK	1	QL(8400 cada 14 días)	ANTIBACTERIANOS
APTIOM 200 MG TABLET	3	PA,QL(30 cada 30 días)	ANTICONVULSIVOS
APTIOM 400 MG TABLET	3	PA,QL(30 cada 30 días)	ANTICONVULSIVOS
APTIOM 600 MG TABLET	3	PA,QL(60 cada 30 días)	ANTICONVULSIVOS
APTIOM 800 MG TABLET	3	PA,QL(60 cada 30 días)	ANTICONVULSIVOS
BANZEL 200 MG TABLET	3	PA,QL(240 cada 30 días)	ANTICONVULSIVOS
BANZEL 40 MG/ML ORAL SUSPENSION	3	PA,QL(2400 cada 30 días)	ANTICONVULSIVOS
BANZEL 400 MG TABLET	3	PA,QL(240 cada 30 días)	ANTICONVULSIVOS
brivaracetam 10 mg tablet	3	PA,QL(60 cada 30 días)	ANTICONVULSIVOS
brivaracetam 10 mg/ml oral solution	3	PA	ANTICONVULSIVOS
brivaracetam 100 mg tablet	3	PA,QL(60 cada 30 días)	ANTICONVULSIVOS
brivaracetam 25 mg tablet	3	PA,QL(60 cada 30 días)	ANTICONVULSIVOS
brivaracetam 50 mg tablet	3	PA,QL(60 cada 30 días)	ANTICONVULSIVOS
brivaracetam 50 mg/5 ml intravenous solution	3	PA	ANTICONVULSIVOS
brivaracetam 75 mg tablet	3	PA,QL(60 cada 30 días)	ANTICONVULSIVOS
BRIVIACT 10 MG TABLET	3	PA,QL(60 cada 30 días)	ANTICONVULSIVOS
BRIVIACT 10 MG/ML ORAL SOLUTION	3	PA	ANTICONVULSIVOS
BRIVIACT 100 MG TABLET	3	PA,QL(60 cada 30 días)	ANTICONVULSIVOS
BRIVIACT 25 MG TABLET	3	PA,QL(60 cada 30 días)	ANTICONVULSIVOS
BRIVIACT 50 MG TABLET	3	PA,QL(60 cada 30 días)	ANTICONVULSIVOS
BRIVIACT 50 MG/5 ML INTRAVENOUS SOLUTION	3	PA	ANTICONVULSIVOS
BRIVIACT 75 MG TABLET	3	PA,QL(60 cada 30 días)	ANTICONVULSIVOS

• MDO: Medicamento de uso únicamente médico • OTC – Medicamentos sin receta • PA – Autorización previa • QL – Límite de cantidad • ST – Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
carbamazepine 100 mg chewable tablet	1	QL(240 cada 30 días)	ANTICONVULSIVOS
carbamazepine 100 mg/5 ml (5 ml) oral suspension	1		ANTICONVULSIVOS
carbamazepine 100 mg/5 ml oral suspension	1	QL(4500 cada 90 días)	ANTICONVULSIVOS
carbamazepine 200 mg chewable tablet	3	PA,QL(720 cada 90 días)	ANTICONVULSIVOS
carbamazepine 200 mg tablet	1	QL(240 cada 30 días)	ANTICONVULSIVOS
carbamazepine 200 mg/10 ml oral suspension	1		ANTICONVULSIVOS
carbamazepine er 100 mg capsule,extended release mphase12hr	1	QL(150 cada 30 días)	ANTICONVULSIVOS
carbamazepine er 100 mg tablet,extended release,12 hr	1	QL(90 cada 30 días)	ANTICONVULSIVOS
carbamazepine er 200 mg capsule,extended release mphase12hr	1	QL(150 cada 30 días)	ANTICONVULSIVOS
carbamazepine er 200 mg tablet,extended release,12 hr	1	QL(90 cada 30 días)	ANTICONVULSIVOS
carbamazepine er 300 mg capsule,extended release mphase12hr	1	QL(150 cada 30 días)	ANTICONVULSIVOS
carbamazepine er 400 mg tablet,extended release,12 hr	1	QL(120 cada 30 días)	ANTICONVULSIVOS
CARBATROL 100 MG CAPSULE, EXTENDED RELEASE	1	QL(150 cada 30 días)	ANTICONVULSIVOS
CARBATROL 200 MG CAPSULE, EXTENDED RELEASE	1	QL(150 cada 30 días)	ANTICONVULSIVOS
CARBATROL 300 MG CAPSULE, EXTENDED RELEASE	1	QL(150 cada 30 días)	ANTICONVULSIVOS
CELONTIN 300 MG CAPSULE	1		ANTICONVULSIVOS
CEREBYX 100 MG PE/2 ML INJECTION SOLUTION	1		ANTICONVULSIVOS
CEREBYX 500 MG PE/10 ML INJECTION SOLUTION	1		ANTICONVULSIVOS
clobazam 10 mg tablet	1	QL(60 cada 30 días)	ANTICONVULSIVOS
clobazam 2.5 mg/ml oral suspension	1	QL(480 cada 30 días)	ANTICONVULSIVOS
clobazam 20 mg tablet	1	QL(60 cada 30 días)	ANTICONVULSIVOS
DEPAKOTE 125 MG TABLET,DELAYED RELEASE	1	QL(90 cada 30 días)	ANTICONVULSIVOS
DEPAKOTE 250 MG TABLET,DELAYED RELEASE	1	PA,QL(90 cada 30 días)	ANTICONVULSIVOS
DEPAKOTE 500 MG TABLET,DELAYED RELEASE	1	PA,QL(270 cada 30 días)	ANTICONVULSIVOS
DEPAKOTE ER 250 MG TABLET,EXTENDED RELEASE	1	PA,QL(90 cada 30 días)	ANTICONVULSIVOS
DEPAKOTE ER 500 MG TABLET,EXTENDED RELEASE	1	PA,QL(150 cada 30 días)	ANTICONVULSIVOS
DEPAKOTE SPRINKLES 125 MG CAPSULE,DELAYED RELEASE	1	QL(360 cada 30 días)	ANTICONVULSIVOS
DIACOMIT 250 MG CAPSULE	3	PA	ANTICONVULSIVOS
DIACOMIT 250 MG ORAL POWDER PACKET	3	PA	ANTICONVULSIVOS
DIACOMIT 500 MG CAPSULE	3	PA	ANTICONVULSIVOS
DIACOMIT 500 MG ORAL POWDER PACKET	3	PA	ANTICONVULSIVOS

• MDO: Medicamento de uso únicamente médico • OTC – Medicamentos sin receta • PA – Autorización previa • QL – Límite de cantidad • ST – Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
diazepam 12.5 mg-15 mg-17.5 mg-20 mg rectal kit	1		ANTICONVULSIVOS
diazepam 2.5 mg rectal kit	1		ANTICONVULSIVOS
diazepam 5 mg-7.5 mg-10 mg rectal kit	1		ANTICONVULSIVOS
DILANTIN 30 MG CAPSULE	1		ANTICONVULSIVOS
DILANTIN EXTENDED 100 MG CAPSULE	1	QL(180 cada 30 días)	ANTICONVULSIVOS
DILANTIN INFATABS 50 MG CHEWABLE TABLET	1	QL(180 cada 30 días)	ANTICONVULSIVOS
DILANTIN-125 125 MG/5 ML ORAL SUSPENSION	1	QL(360 cada 30 días)	ANTICONVULSIVOS
divalproex 125 mg capsule,delayed release sprinkle	1	QL(360 cada 30 días)	ANTICONVULSIVOS
divalproex 125 mg tablet,delayed release	1	QL(90 cada 30 días)	ANTICONVULSIVOS
divalproex 250 mg tablet,delayed release	1	QL(90 cada 30 días)	ANTICONVULSIVOS
divalproex 500 mg tablet,delayed release	1	QL(270 cada 30 días)	ANTICONVULSIVOS
divalproex er 250 mg tablet,extended release 24 hr	1	QL(90 cada 30 días)	ANTICONVULSIVOS
divalproex er 500 mg tablet,extended release 24 hr	1	QL(150 cada 30 días)	ANTICONVULSIVOS
ELEPSIA XR 1,000 MG TABLET,EXTENDED RELEASE	3	PA,QL(60 cada 30 días)	ANTICONVULSIVOS
ELEPSIA XR 1,500 MG TABLET,EXTENDED RELEASE	3	PA,QL(60 cada 30 días)	ANTICONVULSIVOS
EPIDIOLEX 100 MG/ML ORAL SOLUTION	3	PA	ANTICONVULSIVOS
EPRONTIA 25 MG/ML ORAL SOLUTION	3	PA,QL(473 cada 29 días)	ANTICONVULSIVOS
EQUETRO 100 MG CAPSULE, EXTENDED RELEASE	1	QL(90 cada 30 días)	ANTICONVULSIVOS
EQUETRO 200 MG CAPSULE, EXTENDED RELEASE	1	QL(120 cada 30 días)	ANTICONVULSIVOS
EQUETRO 300 MG CAPSULE, EXTENDED RELEASE	1	QL(120 cada 30 días)	ANTICONVULSIVOS
eslicarbazepine 200 mg tablet	3	PA,QL(30 cada 30 días)	ANTICONVULSIVOS
eslicarbazepine 400 mg tablet	3	PA,QL(30 cada 30 días)	ANTICONVULSIVOS
eslicarbazepine 600 mg tablet	3	PA,QL(60 cada 30 días)	ANTICONVULSIVOS
eslicarbazepine 800 mg tablet	3	PA,QL(60 cada 30 días)	ANTICONVULSIVOS
ethosuximide 250 mg capsule	1	QL(180 cada 30 días)	ANTICONVULSIVOS
ethosuximide 250 mg/5 ml oral solution	1		ANTICONVULSIVOS
felbamate 400 mg tablet	3	PA,QL(240 cada 30 días)	ANTICONVULSIVOS
felbamate 600 mg tablet	3	PA	ANTICONVULSIVOS
felbamate 600 mg/5 ml oral suspension	3	PA	ANTICONVULSIVOS
FELBATOL 400 MG TABLET	3	PA,QL(240 cada 30 días)	ANTICONVULSIVOS
FELBATOL 600 MG TABLET	3	PA	ANTICONVULSIVOS

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
FINTEPLA 2.2 MG/ML ORAL SOLUTION	3	PA,QL(360 cada 30 días)	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	1	PA,QL(720 cada 30 días)	ANTICONVULSIVOS
FYCOMPA 10 MG TABLET	1	PA,QL(30 cada 30 días)	ANTICONVULSIVOS
FYCOMPA 12 MG TABLET	1	PA,QL(30 cada 30 días)	ANTICONVULSIVOS
FYCOMPA 2 MG TABLET	1	PA,QL(30 cada 30 días)	ANTICONVULSIVOS
FYCOMPA 4 MG TABLET	1	PA,QL(30 cada 30 días)	ANTICONVULSIVOS
FYCOMPA 6 MG TABLET	1	PA,QL(30 cada 30 días)	ANTICONVULSIVOS
FYCOMPA 8 MG TABLET	1	PA,QL(30 cada 30 días)	ANTICONVULSIVOS
gabapentin 100 mg capsule	1	QL(150 cada 30 días)	ANTICONVULSIVOS
gabapentin 200 mg capsule	3	PA,QL(270 cada 30 días)	ANTICONVULSIVOS
gabapentin 250 mg/5 ml (5 ml) oral solution	1	QL(2250 cada 30 días)	ANTICONVULSIVOS
gabapentin 250 mg/5 ml oral solution	1	QL(2250 cada 30 días)	ANTICONVULSIVOS
gabapentin 300 mg capsule	1	QL(300 cada 30 días)	ANTICONVULSIVOS
gabapentin 300 mg/6 ml (6 ml) oral solution	1	QL(2250 cada 30 días)	ANTICONVULSIVOS
gabapentin 400 mg capsule	1	QL(90 cada 30 días)	ANTICONVULSIVOS
gabapentin 600 mg tablet	1	QL(180 cada 30 días)	ANTICONVULSIVOS
gabapentin 800 mg tablet	1	QL(180 cada 30 días)	ANTICONVULSIVOS
GABARONE 100 MG TABLET	3	PA	ANTICONVULSIVOS
GABARONE 400 MG TABLET	3	PA	ANTICONVULSIVOS
KEPPRA 1,000 MG TABLET	1	PA,QL(90 cada 30 días)	ANTICONVULSIVOS
KEPPRA 100 MG/ML ORAL SOLUTION	1	PA,QL(900 cada 30 días)	ANTICONVULSIVOS
KEPPRA 250 MG TABLET	1	PA,QL(60 cada 30 días)	ANTICONVULSIVOS
KEPPRA 500 MG TABLET	1	PA,QL(120 cada 30 días)	ANTICONVULSIVOS
KEPPRA 500 MG/5 ML INTRAVENOUS SOLUTION	1		ANTICONVULSIVOS
KEPPRA 750 MG TABLET	1	PA,QL(120 cada 30 días)	ANTICONVULSIVOS
KEPPRA XR 500 MG TABLET,EXTENDED RELEASE	1	PA,QL(60 cada 30 días)	ANTICONVULSIVOS
KEPPRA XR 750 MG TABLET,EXTENDED RELEASE	1	PA,QL(150 cada 30 días)	ANTICONVULSIVOS

• MDO: Medicamento de uso únicamente médico • OTC – Medicamentos sin receta • PA – Autorización previa • QL – Límite de cantidad • ST – Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
lacosamide 10 mg/ml oral solution	1	QL(1200 cada 30 días)	ANTICONVULSIVOS
lacosamide 100 mg tablet	1	QL(60 cada 30 días)	ANTICONVULSIVOS
lacosamide 150 mg tablet	1	QL(60 cada 30 días)	ANTICONVULSIVOS
lacosamide 200 mg tablet	1	QL(60 cada 30 días)	ANTICONVULSIVOS
lacosamide 200 mg/20 ml intravenous solution	1		ANTICONVULSIVOS
lacosamide 50 mg tablet	1	QL(60 cada 30 días)	ANTICONVULSIVOS
LAMICTAL 100 MG TABLET	1	PA,QL(60 cada 30 días)	ANTICONVULSIVOS
LAMICTAL 150 MG TABLET	1	PA,QL(120 cada 30 días)	ANTICONVULSIVOS
LAMICTAL 200 MG TABLET	1	PA,QL(840 cada 90 días)	ANTICONVULSIVOS
LAMICTAL 25 MG CHEWABLE DISPERSIBLE TABLET	1	PA,QL(120 cada 30 días)	ANTICONVULSIVOS
LAMICTAL 25 MG TABLET	1	PA,QL(180 cada 30 días)	ANTICONVULSIVOS
LAMICTAL 5 MG CHEWABLE DISPERSIBLE TABLET	1	PA,QL(240 cada 30 días)	ANTICONVULSIVOS
LAMICTAL ODT 100 MG DISINTEGRATING TABLET	1	PA,QL(90 cada 30 días)	ANTICONVULSIVOS
LAMICTAL ODT 200 MG DISINTEGRATING TABLET	1	PA,QL(90 cada 30 días)	ANTICONVULSIVOS
LAMICTAL ODT 25 MG DISINTEGRATING TABLET	1	PA,QL(90 cada 30 días)	ANTICONVULSIVOS
LAMICTAL ODT 50 MG DISINTEGRATING TABLET	1	PA,QL(60 cada 30 días)	ANTICONVULSIVOS
LAMICTAL ODT STARTER (BLUE) 25 MG (21)-50 MG (7) TABLET,DISINTEGRATING	3	PA	ANTICONVULSIVOS
LAMICTAL ODT STARTER (GREEN) 50 MG (42)-100 MG (14) TABLET,DISINTEGRAT	3	PA	ANTICONVULSIVOS
LAMICTAL ODT STARTER(ORANGE) 25 MG(14)-50 MG(14)-100 MG(7) TAB,DISINT	3	PA	ANTICONVULSIVOS
LAMICTAL STARTER (BLUE) KIT 25 MG (35) TABLETS IN A DOSE PACK	3	PA	ANTICONVULSIVOS
LAMICTAL STARTER (GREEN) KIT 25 MG (84)-100 MG (14) TABLETS, DOSE PACK	3	PA	ANTICONVULSIVOS
LAMICTAL STARTER (ORANGE) KIT 25 MG (42)-100 MG (7) TABLETS, DOSE PACK	3	PA	ANTICONVULSIVOS
LAMICTAL XR 100 MG TABLET,EXTENDED RELEASE	3	PA,QL(30 cada 30 días)	ANTICONVULSIVOS
LAMICTAL XR 200 MG TABLET,EXTENDED RELEASE	3	PA,QL(60 cada 30 días)	ANTICONVULSIVOS
LAMICTAL XR 25 MG TABLET,EXTENDED RELEASE	3	PA,QL(30 cada 30 días)	ANTICONVULSIVOS
LAMICTAL XR 250 MG TABLET,EXTENDED RELEASE	3	PA,QL(60 cada 30 días)	ANTICONVULSIVOS
LAMICTAL XR 300 MG TABLET,EXTENDED RELEASE	3	PA,QL(90 cada 30 días)	ANTICONVULSIVOS

• MDO: Medicamento de uso únicamente médico • OTC – Medicamentos sin receta • PA – Autorización previa • QL – Límite de cantidad • ST – Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
LAMICTAL XR 50 MG TABLET,EXTENDED RELEASE	3	PA,QL(30 cada 30 días)	ANTICONVULSIVOS
LAMICTAL XR STARTER (BLUE) 25 MG (21)-50 MG (7) TABLET,EXTEND RELEASE	3	PA	ANTICONVULSIVOS
LAMICTAL XR STARTER (GREEN) 50 MG(14)-100 MG(14)-200 MG(7) TAB,EXT.REL	3	PA	ANTICONVULSIVOS
LAMICTAL XR STARTER (ORANGE) 25 MG(14)-50 MG(14)-100 MG(7) TAB,EXT.REL	3	PA	ANTICONVULSIVOS
lamotrigine 100 mg disintegrating tablet	1	QL(90 cada 30 días)	ANTICONVULSIVOS
lamotrigine 100 mg tablet	1	QL(60 cada 30 días)	ANTICONVULSIVOS
lamotrigine 150 mg tablet	1	QL(120 cada 30 días)	ANTICONVULSIVOS
lamotrigine 200 mg disintegrating tablet	1	QL(90 cada 30 días)	ANTICONVULSIVOS
lamotrigine 200 mg tablet	1	QL(840 cada 90 días)	ANTICONVULSIVOS
lamotrigine 25 mg (21)-50 mg (7) tablet,disintegrating, pack	3	PA	ANTICONVULSIVOS
lamotrigine 25 mg (35) tablets in a dose pack	3	PA	ANTICONVULSIVOS
lamotrigine 25 mg (42)-100 mg (7) tablets in a dose pack	3	PA	ANTICONVULSIVOS
lamotrigine 25 mg (84)-100 mg (14) tablets in a dose pack	3	PA	ANTICONVULSIVOS
lamotrigine 25 mg chewable dispersible tablet	1	QL(120 cada 30 días)	ANTICONVULSIVOS
lamotrigine 25 mg disintegrating tablet	1	QL(90 cada 30 días)	ANTICONVULSIVOS
lamotrigine 25 mg tablet	1	QL(180 cada 30 días)	ANTICONVULSIVOS
lamotrigine 25 mg(14)-50 mg(14)-100 mg(7) tablet,disintegrating, pack	3	PA	ANTICONVULSIVOS
lamotrigine 5 mg chewable dispersible tablet	1	QL(240 cada 30 días)	ANTICONVULSIVOS
lamotrigine 50 mg (42)-100 mg (14) tablet,disintegrating, pack	3	PA	ANTICONVULSIVOS
lamotrigine 50 mg disintegrating tablet	1	QL(60 cada 30 días)	ANTICONVULSIVOS
lamotrigine er 100 mg tablet,extended release 24 hr	3	PA,QL(30 cada 30 días)	ANTICONVULSIVOS
lamotrigine er 200 mg tablet,extended release 24 hr	3	PA,QL(60 cada 30 días)	ANTICONVULSIVOS
lamotrigine er 25 mg tablet,extended release 24 hr	3	PA,QL(30 cada 30 días)	ANTICONVULSIVOS
lamotrigine er 250 mg tablet,extended release 24 hr	3	PA,QL(60 cada 30 días)	ANTICONVULSIVOS
lamotrigine er 300 mg tablet,extended release 24 hr	3	PA,QL(90 cada 30 días)	ANTICONVULSIVOS
lamotrigine er 50 mg tablet,extended release 24 hr	3	PA,QL(30 cada 30 días)	ANTICONVULSIVOS
levetiracetam 1,000 mg tablet	1	QL(90 cada 30 días)	ANTICONVULSIVOS

• MDO: Medicamento de uso únicamente médico • OTC – Medicamentos sin receta • PA – Autorización previa • QL – Límite de cantidad • ST – Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
levetiracetam 1,000 mg/100 ml in sodium chloride(iso-osm) iv piggyback	1		ANTICONVULSIVOS
levetiracetam 1,500 mg/100 ml in sodium chloride(iso-osm) iv piggyback	1		ANTICONVULSIVOS
levetiracetam 100 mg/ml oral solution	1	QL(900 cada 30 días)	ANTICONVULSIVOS
levetiracetam 250 mg tablet	1	QL(60 cada 30 días)	ANTICONVULSIVOS
levetiracetam 250 mg tablet for oral suspension	3	PA,QL(60 cada 30 días)	ANTICONVULSIVOS
levetiracetam 500 mg tablet	1	QL(120 cada 30 días)	ANTICONVULSIVOS
levetiracetam 500 mg tablet for oral suspension	3	PA,QL(60 cada 30 días)	ANTICONVULSIVOS
levetiracetam 500 mg/100 ml in sodium chloride (iso-osm) iv piggyback	1		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	QL(120 cada 30 días)	ANTICONVULSIVOS
levetiracetam er 500 mg tablet,extended release 24 hr	1	QL(60 cada 30 días)	ANTICONVULSIVOS
levetiracetam er 750 mg tablet,extended release 24 hr	1	QL(150 cada 30 días)	ANTICONVULSIVOS
methsuximide 300 mg capsule	1		ANTICONVULSIVOS
MOTPOLY XR 100 MG CAPSULE,EXTENDED RELEASE	3	PA,QL(30 cada 30 días)	ANTICONVULSIVOS
MOTPOLY XR 150 MG CAPSULE,EXTENDED RELEASE	3	PA,QL(60 cada 30 días)	ANTICONVULSIVOS
MOTPOLY XR 200 MG CAPSULE,EXTENDED RELEASE	3	PA,QL(60 cada 30 días)	ANTICONVULSIVOS
NAYZILAM 5 MG/SPRAY (0.1 ML) NASAL SPRAY	1	QL(10 cada 30 días)	ANTICONVULSIVOS
NEURONTIN 100 MG CAPSULE	1	PA,QL(150 cada 30 días)	ANTICONVULSIVOS
NEURONTIN 250 MG/5 ML ORAL SOLUTION	1	PA,QL(2250 cada 30 días)	ANTICONVULSIVOS
NEURONTIN 300 MG CAPSULE	1	PA,QL(300 cada 30 días)	ANTICONVULSIVOS
NEURONTIN 400 MG CAPSULE	1	PA,QL(90 cada 30 días)	ANTICONVULSIVOS
NEURONTIN 600 MG TABLET	1	PA,QL(180 cada 30 días)	ANTICONVULSIVOS
NEURONTIN 800 MG TABLET	1	PA,QL(180 cada 30 días)	ANTICONVULSIVOS
ONFI 10 MG TABLET	1	PA,QL(60 cada 30 días)	ANTICONVULSIVOS
ONFI 2.5 MG/ML ORAL SUSPENSION	1	PA,QL(480 cada 30 días)	ANTICONVULSIVOS
ONFI 20 MG TABLET	1	QL(60 cada 30 días)	ANTICONVULSIVOS
oxcarbazepine 150 mg tablet	1	QL(90 cada 30 días)	ANTICONVULSIVOS

• MDO: Medicamento de uso únicamente médico • OTC – Medicamentos sin receta • PA – Autorización previa • QL – Límite de cantidad • ST – Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
oxcarbazepine 300 mg tablet	1	QL(90 cada 30 días)	ANTICONVULSIVOS
oxcarbazepine 300 mg/5 ml (60 mg/ml) oral suspension	1	QL(3600 cada 90 días)	ANTICONVULSIVOS
oxcarbazepine 600 mg tablet	1	QL(120 cada 30 días)	ANTICONVULSIVOS
oxcarbazepine er 150 mg tablet,extended release 24 hr	3	PA,QL(30 cada 30 días)	ANTICONVULSIVOS
oxcarbazepine er 300 mg tablet,extended release 24 hr	3	PA,QL(30 cada 30 días)	ANTICONVULSIVOS
oxcarbazepine er 600 mg tablet,extended release 24 hr	3	PA,QL(120 cada 30 días)	ANTICONVULSIVOS
OXTELLAR XR 150 MG TABLET,EXTENDED RELEASE	3	PA,QL(30 cada 30 días)	ANTICONVULSIVOS
OXTELLAR XR 300 MG TABLET,EXTENDED RELEASE	3	PA,QL(30 cada 30 días)	ANTICONVULSIVOS
OXTELLAR XR 600 MG TABLET,EXTENDED RELEASE	3	PA,QL(120 cada 30 días)	ANTICONVULSIVOS
pentobarbital sodium 50 mg/ml injection solution	1	QL(30 cada 30 días)	ANTICONVULSIVOS
perampanel 0.5 mg/ml oral suspension	1	PA,QL(720 cada 30 días)	ANTICONVULSIVOS
perampanel 10 mg tablet	1	PA,QL(30 cada 30 días)	ANTICONVULSIVOS
perampanel 12 mg tablet	1	PA,QL(30 cada 30 días)	ANTICONVULSIVOS
perampanel 2 mg tablet	1	PA,QL(30 cada 30 días)	ANTICONVULSIVOS
perampanel 4 mg tablet	1	PA,QL(30 cada 30 días)	ANTICONVULSIVOS
perampanel 6 mg tablet	1	PA,QL(30 cada 30 días)	ANTICONVULSIVOS
perampanel 8 mg tablet	1	PA,QL(30 cada 30 días)	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	QL(90 cada 30 días)	ANTICONVULSIVOS
PHENYTEK 300 MG CAPSULE	1	QL(60 cada 30 días)	ANTICONVULSIVOS
phenytoin 125 mg/5 ml oral suspension	1	QL(360 cada 30 días)	ANTICONVULSIVOS

• MDO: Medicamento de uso únicamente médico • OTC – Medicamentos sin receta • PA – Autorización previa • QL – Límite de cantidad • ST – Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
phenytoin 50 mg chewable tablet	1	QL(180 cada 30 días)	ANTICONVULSIVOS
phenytoin sodium 50 mg/ml intravenous solution	1		ANTICONVULSIVOS
phenytoin sodium extended 100 mg capsule	1	QL(180 cada 30 días)	ANTICONVULSIVOS
primidone 125 mg tablet	3	PA,QL(100 cada 33 días)	ANTICONVULSIVOS
primidone 250 mg tablet	1		ANTICONVULSIVOS
primidone 50 mg tablet	1	QL(120 cada 30 días)	ANTICONVULSIVOS
RELGAABI 200 MG CAPSULE	3	PA,QL(270 cada 30 días)	ANTICONVULSIVOS
relgaabi 300 mg capsule	1	QL(300 cada 30 días)	ANTICONVULSIVOS
relgaabi 400 mg capsule	1	QL(90 cada 30 días)	ANTICONVULSIVOS
roweepra 500 mg tablet	1	QL(120 cada 30 días)	ANTICONVULSIVOS
rufinamide 200 mg tablet	3	PA,QL(240 cada 30 días)	ANTICONVULSIVOS
rufinamide 40 mg/ml oral suspension	3	PA,QL(2400 cada 30 días)	ANTICONVULSIVOS
rufinamide 400 mg tablet	3	PA,QL(240 cada 30 días)	ANTICONVULSIVOS
SABRIL 500 MG ORAL POWDER PACKET	3	PA	ANTICONVULSIVOS
SABRIL 500 MG TABLET	3	PA	ANTICONVULSIVOS
SEZABY 100 MG INTRAVENOUS SOLUTION[MDO]	*		ANTICONVULSIVOS
SPRITAM 1,000 MG TABLET FOR ORAL SUSPENSION	3	PA,QL(60 cada 30 días)	ANTICONVULSIVOS
SPRITAM 250 MG TABLET FOR ORAL SUSPENSION	3	PA,QL(60 cada 30 días)	ANTICONVULSIVOS
SPRITAM 500 MG TABLET FOR ORAL SUSPENSION	3	PA,QL(60 cada 30 días)	ANTICONVULSIVOS
SPRITAM 750 MG TABLET FOR ORAL SUSPENSION	3	PA,QL(60 cada 30 días)	ANTICONVULSIVOS
SUBVENITE 10 MG/ML ORAL SUSPENSION	1	QL(1200 cada 30 días)	ANTICONVULSIVOS
subvenite 100 mg tablet	1	QL(60 cada 30 días)	ANTICONVULSIVOS
subvenite 150 mg tablet	1	QL(120 cada 30 días)	ANTICONVULSIVOS
subvenite 200 mg tablet	1	QL(840 cada 90 días)	ANTICONVULSIVOS
subvenite 25 mg tablet	1	QL(180 cada 30 días)	ANTICONVULSIVOS
subvenite starter (blue) kit 25 mg (35) tablets in a dose pack	3	PA	ANTICONVULSIVOS
subvenite starter (green) kit 25 mg (84)-100 mg (14) tablet, dose pack	3	PA	ANTICONVULSIVOS
subvenite starter (orange) kit 25 mg (42)-100 mg (7) tablet, dose pack	3	PA	ANTICONVULSIVOS
SYMPAZAN 10 MG ORAL FILM	3	PA,QL(60 cada 30 días)	ANTICONVULSIVOS

• MDO: Medicamento de uso únicamente médico • OTC – Medicamentos sin receta • PA – Autorización previa • QL – Límite de cantidad • ST – Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
SYMPAZAN 20 MG ORAL FILM	3	PA,QL(60 cada 30 días)	ANTICONVULSIVOS
SYMPAZAN 5 MG ORAL FILM	3	PA,QL(60 cada 30 días)	ANTICONVULSIVOS
TEGRETOL 100 MG/5 ML ORAL SUSPENSION	1	QL(4500 cada 90 días)	ANTICONVULSIVOS
TEGRETOL 200 MG TABLET	1	QL(240 cada 30 días)	ANTICONVULSIVOS
TEGRETOL XR 100 MG TABLET,EXTENDED RELEASE	1	QL(90 cada 30 días)	ANTICONVULSIVOS
TEGRETOL XR 200 MG TABLET,EXTENDED RELEASE	1	QL(90 cada 30 días)	ANTICONVULSIVOS
TEGRETOL XR 400 MG TABLET,EXTENDED RELEASE	1	QL(120 cada 30 días)	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	1	PA,QL(90 cada 30 días)	ANTICONVULSIVOS
TOPAMAX 15 MG SPRINKLE CAPSULE	1	PA,QL(120 cada 30 días)	ANTICONVULSIVOS
TOPAMAX 200 MG TABLET	1	PA,QL(270 cada 30 días)	ANTICONVULSIVOS
TOPAMAX 25 MG SPRINKLE CAPSULE	1	PA,QL(120 cada 30 días)	ANTICONVULSIVOS
TOPAMAX 25 MG TABLET	1	PA,QL(90 cada 30 días)	ANTICONVULSIVOS
TOPAMAX 50 MG TABLET	1	PA,QL(90 cada 30 días)	ANTICONVULSIVOS
topiramate 100 mg tablet	1	QL(90 cada 30 días)	ANTICONVULSIVOS
topiramate 15 mg sprinkle capsule	1	QL(120 cada 30 días)	ANTICONVULSIVOS
topiramate 200 mg tablet	1	QL(270 cada 30 días)	ANTICONVULSIVOS
topiramate 25 mg sprinkle capsule	1	QL(120 cada 30 días)	ANTICONVULSIVOS
topiramate 25 mg tablet	1	QL(90 cada 30 días)	ANTICONVULSIVOS
topiramate 25 mg/ml oral solution	3	PA,QL(473 cada 29 días)	ANTICONVULSIVOS
topiramate 50 mg sprinkle capsule	3	PA,QL(240 cada 30 días)	ANTICONVULSIVOS
topiramate 50 mg tablet	1	QL(90 cada 30 días)	ANTICONVULSIVOS
topiramate xr 100 mg capsule sprinkle,extended release 24 hr	3	PA,QL(30 cada 30 días)	ANTICONVULSIVOS
topiramate xr 100 mg capsule,extended release 24 hr	3	PA,QL(30 cada 30 días)	ANTICONVULSIVOS
topiramate xr 150 mg capsule sprinkle,extended release 24 hr	3	PA,QL(60 cada 30 días)	ANTICONVULSIVOS
topiramate xr 200 mg capsule sprinkle,extended release 24 hr	3	PA,QL(60 cada 30 días)	ANTICONVULSIVOS

• MDO: Medicamento de uso únicamente médico • OTC – Medicamentos sin receta • PA – Autorización previa • QL – Límite de cantidad • ST – Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
topiramate xr 200 mg capsule,extended release 24 hr	3	PA,QL(60 cada 30 días)	ANTICONVULSIVOS
topiramate xr 25 mg capsule sprinkle,extended release 24 hr	3	PA,QL(30 cada 30 días)	ANTICONVULSIVOS
topiramate xr 25 mg capsule,extended release 24 hr	3	PA,QL(30 cada 30 días)	ANTICONVULSIVOS
topiramate xr 50 mg capsule sprinkle,extended release 24 hr	3	PA,QL(30 cada 30 días)	ANTICONVULSIVOS
topiramate xr 50 mg capsule,extended release 24 hr	3	PA,QL(30 cada 30 días)	ANTICONVULSIVOS
TRILEPTAL 150 MG TABLET	1	PA,QL(90 cada 30 días)	ANTICONVULSIVOS
TRILEPTAL 300 MG TABLET	1	PA,QL(90 cada 30 días)	ANTICONVULSIVOS
TRILEPTAL 300 MG/5 ML (60 MG/ML) ORAL SUSPENSION	1	QL(3600 cada 90 días)	ANTICONVULSIVOS
TRILEPTAL 600 MG TABLET	1	PA,QL(120 cada 30 días)	ANTICONVULSIVOS
TROKENDI XR 100 MG CAPSULE, EXTENDED RELEASE	3	PA,QL(30 cada 30 días)	ANTICONVULSIVOS
TROKENDI XR 200 MG CAPSULE, EXTENDED RELEASE	3	PA,QL(60 cada 30 días)	ANTICONVULSIVOS
TROKENDI XR 25 MG CAPSULE,EXTENDED RELEASE	3	PA,QL(30 cada 30 días)	ANTICONVULSIVOS
TROKENDI XR 50 MG CAPSULE, EXTENDED RELEASE	3	PA,QL(30 cada 30 días)	ANTICONVULSIVOS
valproate sodium 500 mg/5 ml (100 mg/ml) intravenous solution	1	QL(1350 cada 30 días)	ANTICONVULSIVOS
valproic acid (as sodium salt) 250 mg/5 ml (5 ml) oral solution	1	QL(900 cada 30 días)	ANTICONVULSIVOS
valproic acid (as sodium salt) 250 mg/5 ml oral solution	1	QL(3060 cada 90 días)	ANTICONVULSIVOS
valproic acid (as sodium salt) 500 mg/10 ml (10 ml) oral solution	1	QL(900 cada 30 días)	ANTICONVULSIVOS
valproic acid 250 mg capsule	1	QL(210 cada 30 días)	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	3	PA	ANTICONVULSIVOS
vigabatrin 500 mg tablet	3	PA	ANTICONVULSIVOS
vigadrone 500 mg oral powder packet	3	PA	ANTICONVULSIVOS
vigadrone 500 mg tablet	3	PA	ANTICONVULSIVOS
VIGAFYDE 100 MG/ML ORAL SOLUTION	3	PA,QL(900 cada 30 días)	ANTICONVULSIVOS
VIMPAT 10 MG/ML ORAL SOLUTION	1	PA,QL(1200 cada 30 días)	ANTICONVULSIVOS
VIMPAT 100 MG TABLET	1	QL(60 cada 30 días)	ANTICONVULSIVOS

• MDO: Medicamento de uso únicamente médico • OTC – Medicamentos sin receta • PA – Autorización previa • QL – Límite de cantidad • ST – Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
VIMPAT 150 MG TABLET	1	QL(60 cada 30 días)	ANTICONVULSIVOS
VIMPAT 200 MG TABLET	1	QL(60 cada 30 días)	ANTICONVULSIVOS
VIMPAT 200 MG/20 ML INTRAVENOUS SOLUTION	1		ANTICONVULSIVOS
VIMPAT 50 MG TABLET	1	QL(60 cada 30 días)	ANTICONVULSIVOS
XCOPRI 100 MG TABLET	3	PA,QL(30 cada 30 días)	ANTICONVULSIVOS
XCOPRI 150 MG TABLET	3	PA,QL(60 cada 30 días)	ANTICONVULSIVOS
XCOPRI 200 MG TABLET	3	PA,QL(60 cada 30 días)	ANTICONVULSIVOS
XCOPRI 25 MG TABLET	3	PA,QL(30 cada 30 días)	ANTICONVULSIVOS
XCOPRI 50 MG TABLET	3	PA,QL(30 cada 30 días)	ANTICONVULSIVOS
XCOPRI MAINTENANCE PACK 250MG/DAY (150 MG X 1 AND 100 MG X 1) TABLETS	3	PA,QL(56 cada 28 días)	ANTICONVULSIVOS
XCOPRI MAINTENANCE PACK 350 MG/DAY (200 MG X 1 AND 150 MG X 1) TABLETS	3	PA,QL(56 cada 28 días)	ANTICONVULSIVOS
XCOPRI TITRATION PACK 12.5 MG (14)-25 MG (14) TABLETS IN A DOSE PACK	3	PA,QL(28 cada 28 días)	ANTICONVULSIVOS
XCOPRI TITRATION PACK 150 MG (14)-200 MG (14) TABLETS IN A DOSE PACK	3	PA,QL(28 cada 28 días)	ANTICONVULSIVOS
XCOPRI TITRATION PACK 50 MG (14)-100 MG (14) TABLETS IN A DOSE PACK	3	PA,QL(28 cada 28 días)	ANTICONVULSIVOS
ZARONTIN 250 MG CAPSULE	1	QL(180 cada 30 días)	ANTICONVULSIVOS
ZARONTIN 250 MG/5 ML ORAL SOLUTION	1	PA	ANTICONVULSIVOS
ZONISADE 100 MG/5 ML ORAL SUSPENSION	3	PA,QL(900 cada 30 días)	ANTICONVULSIVOS
zonisamide 100 mg capsule	1	QL(240 cada 30 días)	ANTICONVULSIVOS
zonisamide 25 mg capsule	1	QL(90 cada 30 días)	ANTICONVULSIVOS
zonisamide 50 mg capsule	1	QL(90 cada 30 días)	ANTICONVULSIVOS
ZTALMY 50 MG/ML ORAL SUSPENSION	3	PA,QL(1100 cada 30 días)	ANTICONVULSIVOS
amitriptyline 10 mg tablet	1		ANTIDEPRESIVOS
amitriptyline 100 mg tablet	1		ANTIDEPRESIVOS
amitriptyline 150 mg tablet	1		ANTIDEPRESIVOS
amitriptyline 25 mg tablet	1		ANTIDEPRESIVOS
amitriptyline 50 mg tablet	1		ANTIDEPRESIVOS
amitriptyline 75 mg tablet	1		ANTIDEPRESIVOS
amitriptyline-chlordiazepoxide 12.5 mg-5 mg tablet	1		ANTIDEPRESIVOS
amitriptyline-chlordiazepoxide 25 mg-10 mg tablet	1		ANTIDEPRESIVOS
amoxapine 100 mg tablet	1		ANTIDEPRESIVOS
amoxapine 150 mg tablet	1		ANTIDEPRESIVOS
amoxapine 25 mg tablet	1		ANTIDEPRESIVOS

• MDO: Medicamento de uso únicamente médico • OTC – Medicamentos sin receta • PA – Autorización previa • QL – Límite de cantidad • ST – Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
amoxapine 50 mg tablet	1		ANTIDEPRESIVOS
ANAFRANIL 25 MG CAPSULE	1	PA	ANTIDEPRESIVOS
ANAFRANIL 50 MG CAPSULE	1	PA	ANTIDEPRESIVOS
ANAFRANIL 75 MG CAPSULE	1	PA	ANTIDEPRESIVOS
AUVELITY 30 MG-105 MG/45 MG-105 MG ORAL TABLET, IR ER, DOSE PACK	3	PA,QL(51 cada 29 días)	ANTIDEPRESIVOS
AUVELITY 45 MG-105 MG TABLET, EXTENDED RELEASE	3	PA,QL(60 cada 30 días)	ANTIDEPRESIVOS
bupropion hcl 100 mg tablet	1	QL(90 cada 30 días)	ANTIDEPRESIVOS
bupropion hcl 75 mg tablet	1	QL(90 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	3	PA,QL(30 cada 30 días)	ANTIDEPRESIVOS
CELEXA 10 MG TABLET	1	PA,QL(45 cada 30 días)	ANTIDEPRESIVOS
CELEXA 20 MG TABLET	1	PA,QL(45 cada 30 días)	ANTIDEPRESIVOS
CELEXA 40 MG TABLET	1	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		ANTIDEPRESIVOS
citalopram 20 mg tablet	1	QL(45 cada 30 días)	ANTIDEPRESIVOS
citalopram 30 mg capsule	3	PA,QL(30 cada 30 días)	ANTIDEPRESIVOS
citalopram 40 mg tablet	1	QL(30 cada 30 días)	ANTIDEPRESIVOS
clomipramine 25 mg capsule	1		ANTIDEPRESIVOS
clomipramine 50 mg capsule	1		ANTIDEPRESIVOS
clomipramine 75 mg capsule	1		ANTIDEPRESIVOS
desipramine 10 mg tablet	1		ANTIDEPRESIVOS
desipramine 100 mg tablet	1		ANTIDEPRESIVOS
desipramine 150 mg tablet	1		ANTIDEPRESIVOS
desipramine 25 mg tablet	1		ANTIDEPRESIVOS
desipramine 50 mg tablet	1		ANTIDEPRESIVOS
desipramine 75 mg tablet	1		ANTIDEPRESIVOS
desvenlafaxine er 100 mg tablet,extended release 24 hr	3	ST,QL(30 cada 30 días)	ANTIDEPRESIVOS
desvenlafaxine er 50 mg tablet,extended release 24 hr	3	ST,QL(30 cada 30 días)	ANTIDEPRESIVOS

• MDO: Medicamento de uso únicamente médico • OTC – Medicamentos sin receta • PA – Autorización previa • QL – Límite de cantidad • ST – Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
desvenlafaxine succinate er 100 mg tablet,extended release 24 hr	2	ST,QL(30 cada 30 días)	ANTIDEPRESIVOS
desvenlafaxine succinate er 25 mg tablet,extended release 24 hr	2	ST,QL(30 cada 30 días)	ANTIDEPRESIVOS
desvenlafaxine succinate er 50 mg tablet,extended release 24 hr	2	ST,QL(30 cada 30 días)	ANTIDEPRESIVOS
EFFEXOR XR 150 MG CAPSULE,EXTENDED RELEASE	1	PA,QL(60 cada 30 días)	ANTIDEPRESIVOS
EFFEXOR XR 37.5 MG CAPSULE,EXTENDED RELEASE	1	PA,QL(30 cada 30 días)	ANTIDEPRESIVOS
EFFEXOR XR 75 MG CAPSULE,EXTENDED RELEASE	1	PA,QL(30 cada 30 días)	ANTIDEPRESIVOS
EMSAM 12 MG/24 HR TRANSDERMAL 24 HOUR PATCH	3	ST,QL(30 cada 30 días)	ANTIDEPRESIVOS
EMSAM 6 MG/24 HR TRANSDERMAL 24 HOUR PATCH	3	ST,QL(30 cada 30 días)	ANTIDEPRESIVOS
EMSAM 9 MG/24 HR TRANSDERMAL 24 HOUR PATCH	3	ST,QL(30 cada 30 días)	ANTIDEPRESIVOS
escitalopram 10 mg tablet	1	QL(45 cada 30 días)	ANTIDEPRESIVOS
escitalopram 15 mg capsule	3	PA,QL(30 cada 30 días)	ANTIDEPRESIVOS
escitalopram 20 mg tablet	1	QL(60 cada 30 días)	ANTIDEPRESIVOS
escitalopram 5 mg tablet	1	QL(60 cada 30 días)	ANTIDEPRESIVOS
escitalopram 5 mg/5 ml oral solution	1		ANTIDEPRESIVOS
EXXUA 18.2 MG (32 TABS) TABLET, ER 24 HR DOSE PACK	3	PA,QL(32 cada 14 días)	ANTIDEPRESIVOS
EXXUA 18.2 MG TABLET,EXTENDED RELEASE	3	PA,QL(30 cada 30 días)	ANTIDEPRESIVOS
EXXUA 36.3 MG TABLET,EXTENDED RELEASE	3	PA,QL(30 cada 30 días)	ANTIDEPRESIVOS
EXXUA 54.5 MG TABLET,EXTENDED RELEASE	3	PA,QL(30 cada 30 días)	ANTIDEPRESIVOS
EXXUA 72.6 MG TABLET,EXTENDED RELEASE	3	PA,QL(30 cada 30 días)	ANTIDEPRESIVOS
FETZIMA 120 MG CAPSULE,EXTENDED RELEASE	3	ST,QL(30 cada 30 días)	ANTIDEPRESIVOS
FETZIMA 20 MG (2)-40 MG (26) CAPSULE,EXTENDED RELEASE,24 HR,DOSE PACK	3	ST,QL(28 cada 28 días)	ANTIDEPRESIVOS
FETZIMA 20 MG CAPSULE,EXTENDED RELEASE	3	ST,QL(30 cada 30 días)	ANTIDEPRESIVOS
FETZIMA 40 MG CAPSULE,EXTENDED RELEASE	3	ST,QL(30 cada 30 días)	ANTIDEPRESIVOS
FETZIMA 80 MG CAPSULE,EXTENDED RELEASE	3	ST,QL(30 cada 30 días)	ANTIDEPRESIVOS
fluoxetine 10 mg capsule	1	QL(90 cada 30 días)	ANTIDEPRESIVOS
fluoxetine 10 mg tablet	3	PA,QL(45 cada 30 días)	ANTIDEPRESIVOS
fluoxetine 20 mg capsule	1	QL(120 cada 30 días)	ANTIDEPRESIVOS

• MDO: Medicamento de uso únicamente médico • OTC – Medicamentos sin receta • PA – Autorización previa • QL – Límite de cantidad • ST – Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
fluoxetine 20 mg tablet	3	PA,QL(45 cada 30 días)	ANTIDEPRESIVOS
fluoxetine 20 mg/5 ml (4 mg/ml) oral solution	1		ANTIDEPRESIVOS
fluoxetine 40 mg capsule	1	QL(60 cada 30 días)	ANTIDEPRESIVOS
fluoxetine 60 mg tablet	3	PA,QL(30 cada 30 días)	ANTIDEPRESIVOS
fluoxetine 90 mg capsule,delayed release	3	PA,QL(4 cada 28 días)	ANTIDEPRESIVOS
fluvoxamine 100 mg tablet	1	QL(90 cada 30 días)	ANTIDEPRESIVOS
fluvoxamine 25 mg tablet	1	QL(30 cada 30 días)	ANTIDEPRESIVOS
fluvoxamine 50 mg tablet	1	QL(60 cada 30 días)	ANTIDEPRESIVOS
fluvoxamine er 100 mg capsule,extended release 24 hr	3	PA,QL(60 cada 30 días)	ANTIDEPRESIVOS
fluvoxamine er 150 mg capsule,extended release 24 hr	3	PA,QL(60 cada 30 días)	ANTIDEPRESIVOS
imipramine 10 mg tablet	1		ANTIDEPRESIVOS
imipramine 25 mg tablet	1		ANTIDEPRESIVOS
imipramine 50 mg tablet	1		ANTIDEPRESIVOS
imipramine pamoate 100 mg capsule	1		ANTIDEPRESIVOS
imipramine pamoate 125 mg capsule	1		ANTIDEPRESIVOS
imipramine pamoate 150 mg capsule	1		ANTIDEPRESIVOS
imipramine pamoate 75 mg capsule	1		ANTIDEPRESIVOS
LEXAPRO 10 MG TABLET	1	PA,QL(45 cada 30 días)	ANTIDEPRESIVOS
LEXAPRO 20 MG TABLET	1	PA,QL(60 cada 30 días)	ANTIDEPRESIVOS
LEXAPRO 5 MG TABLET	1	PA,QL(60 cada 30 días)	ANTIDEPRESIVOS
MARPLAN 10 MG TABLET	3	PA	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	3	PA,ST	ANTIDEPRESIVOS
nefazodone 100 mg tablet	3	ST	ANTIDEPRESIVOS
nefazodone 150 mg tablet	3	ST	ANTIDEPRESIVOS
nefazodone 200 mg tablet	3	ST	ANTIDEPRESIVOS
nefazodone 250 mg tablet	3	ST	ANTIDEPRESIVOS
nefazodone 50 mg tablet	3	ST	ANTIDEPRESIVOS

• MDO: Medicamento de uso únicamente médico • OTC – Medicamentos sin receta • PA – Autorización previa • QL – Límite de cantidad • ST – Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
nortriptyline 10 mg capsule	1		ANTIDEPRESIVOS
nortriptyline 10 mg/5 ml oral solution	3	PA	ANTIDEPRESIVOS
nortriptyline 25 mg capsule	1		ANTIDEPRESIVOS
nortriptyline 50 mg capsule	1		ANTIDEPRESIVOS
nortriptyline 75 mg capsule	1		ANTIDEPRESIVOS
olanzapine-fluoxetine 12 mg-25 mg capsule	3	PA,QL(30 cada 30 días)	ANTIDEPRESIVOS
olanzapine-fluoxetine 12 mg-50 mg capsule	3	PA,QL(30 cada 30 días)	ANTIDEPRESIVOS
olanzapine-fluoxetine 3 mg-25 mg capsule	3	PA,QL(30 cada 30 días)	ANTIDEPRESIVOS
olanzapine-fluoxetine 6 mg-25 mg capsule	3	PA,QL(30 cada 30 días)	ANTIDEPRESIVOS
olanzapine-fluoxetine 6 mg-50 mg capsule	3	PA,QL(30 cada 30 días)	ANTIDEPRESIVOS
PAMELOR 10 MG CAPSULE	1		ANTIDEPRESIVOS
PAMELOR 25 MG CAPSULE	1		ANTIDEPRESIVOS
PAMELOR 50 MG CAPSULE	1		ANTIDEPRESIVOS
PAMELOR 75 MG CAPSULE	1		ANTIDEPRESIVOS
paroxetine 10 mg tablet	1	QL(45 cada 30 días)	ANTIDEPRESIVOS
paroxetine 10 mg/5 ml oral suspension	1		ANTIDEPRESIVOS
paroxetine 20 mg tablet	1	QL(30 cada 30 días)	ANTIDEPRESIVOS
paroxetine 30 mg tablet	1	QL(60 cada 30 días)	ANTIDEPRESIVOS
paroxetine 40 mg tablet	1	QL(45 cada 30 días)	ANTIDEPRESIVOS
paroxetine er 12.5 mg tablet,extended release 24 hr	3	PA,QL(30 cada 30 días)	ANTIDEPRESIVOS
paroxetine er 25 mg tablet,extended release 24 hr	3	PA,QL(60 cada 30 días)	ANTIDEPRESIVOS
paroxetine er 37.5 mg tablet,extended release 24 hr	3	PA,QL(30 cada 30 días)	ANTIDEPRESIVOS
paroxetine mesylate (menopausal symptoms suppressant) 7.5 mg capsule	3	PA,QL(30 cada 30 días)	ANTIDEPRESIVOS
PAXIL 10 MG TABLET	1	PA,QL(45 cada 30 días)	ANTIDEPRESIVOS
PAXIL 20 MG TABLET	1	PA,QL(30 cada 30 días)	ANTIDEPRESIVOS
PAXIL 30 MG TABLET	1	PA,QL(60 cada 30 días)	ANTIDEPRESIVOS
PAXIL 40 MG TABLET	1	PA,QL(45 cada 30 días)	ANTIDEPRESIVOS
PAXIL CR 12.5 MG TABLET,EXTENDED RELEASE	3	PA,QL(30 cada 30 días)	ANTIDEPRESIVOS
PAXIL CR 25 MG TABLET,EXTENDED RELEASE	3	PA,QL(60 cada 30 días)	ANTIDEPRESIVOS
PAXIL CR 37.5 MG TABLET,EXTENDED RELEASE	3	PA,QL(30 cada 30 días)	ANTIDEPRESIVOS
perphenazine-amitriptyline 2 mg-10 mg tablet	1		ANTIDEPRESIVOS
perphenazine-amitriptyline 2 mg-25 mg tablet	1		ANTIDEPRESIVOS
perphenazine-amitriptyline 4 mg-10 mg tablet	1		ANTIDEPRESIVOS

• MDO: Medicamento de uso únicamente médico • OTC – Medicamentos sin receta • PA – Autorización previa • QL – Límite de cantidad • ST – Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
perphenazine-amitriptyline 4 mg-25 mg tablet	1		ANTIDEPRESIVOS
perphenazine-amitriptyline 4 mg-50 mg tablet	1		ANTIDEPRESIVOS
phenelzine 15 mg tablet	3	ST	ANTIDEPRESIVOS
PRISTIQ 100 MG TABLET,EXTENDED RELEASE	2	PA,ST,QL(30 cada 30 días)	ANTIDEPRESIVOS
PRISTIQ 25 MG TABLET,EXTENDED RELEASE	2	PA,ST,QL(30 cada 30 días)	ANTIDEPRESIVOS
PRISTIQ 50 MG TABLET,EXTENDED RELEASE	2	PA,ST,QL(30 cada 30 días)	ANTIDEPRESIVOS
protriptyline 10 mg tablet	1		ANTIDEPRESIVOS
protriptyline 5 mg tablet	1		ANTIDEPRESIVOS
PROZAC 10 MG CAPSULE	1	PA,QL(90 cada 30 días)	ANTIDEPRESIVOS
PROZAC 20 MG CAPSULE	1	PA,QL(120 cada 30 días)	ANTIDEPRESIVOS
PROZAC 40 MG CAPSULE	1	PA,QL(60 cada 30 días)	ANTIDEPRESIVOS
RALDESY 10 MG/ML ORAL SOLUTION	3	PA,QL(1200 cada 30 días)	ANTIDEPRESIVOS
REMERON 15 MG TABLET	1	PA,QL(30 cada 30 días)	ANTIDEPRESIVOS
REMERON 30 MG TABLET	1	PA,QL(30 cada 30 días)	ANTIDEPRESIVOS
REMERON SOLTAB 15 MG DISINTEGRATING TABLET	1	PA,QL(30 cada 30 días)	ANTIDEPRESIVOS
REMERON SOLTAB 30 MG DISINTEGRATING TABLET	1	PA,QL(30 cada 30 días)	ANTIDEPRESIVOS
REMERON SOLTAB 45 MG DISINTEGRATING TABLET	1	PA,QL(30 cada 30 días)	ANTIDEPRESIVOS
sertraline 100 mg tablet	1	QL(90 cada 30 días)	ANTIDEPRESIVOS
sertraline 150 mg capsule	3	PA,QL(30 cada 30 días)	ANTIDEPRESIVOS
sertraline 20 mg/ml oral concentrate	1	QL(300 cada 30 días)	ANTIDEPRESIVOS
sertraline 200 mg capsule	3	PA,QL(30 cada 30 días)	ANTIDEPRESIVOS
sertraline 25 mg tablet	1	QL(90 cada 30 días)	ANTIDEPRESIVOS
sertraline 50 mg tablet	1	QL(90 cada 30 días)	ANTIDEPRESIVOS
SPRAVATO 56 MG (28 MG X 2) NASAL SPRAY	3	PA,QL(8 cada 28 días)	ANTIDEPRESIVOS
SPRAVATO 84 MG (28 MG X 3) NASAL SPRAY	3	PA,QL(24 cada 28 días)	ANTIDEPRESIVOS
tranylcypromine 10 mg tablet	3	ST	ANTIDEPRESIVOS
trazodone 100 mg tablet	1	QL(120 cada 30 días)	ANTIDEPRESIVOS
trazodone 150 mg tablet	1	QL(60 cada 30 días)	ANTIDEPRESIVOS
trazodone 25 mg tablet	3	PA,QL(30 cada 30 días)	ANTIDEPRESIVOS
trazodone 300 mg tablet	3	PA	ANTIDEPRESIVOS

• MDO: Medicamento de uso únicamente médico • OTC – Medicamentos sin receta • PA – Autorización previa • QL – Límite de cantidad • ST – Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
trazodone 50 mg tablet	1	QL(60 cada 30 días)	ANTIDEPRESIVOS
trazodone 75 mg tablet	3	PA,QL(30 cada 30 días)	ANTIDEPRESIVOS
trimipramine 100 mg capsule	1		ANTIDEPRESIVOS
trimipramine 25 mg capsule	1		ANTIDEPRESIVOS
trimipramine 50 mg capsule	1		ANTIDEPRESIVOS
TRINTELLIX 10 MG TABLET	3	ST,QL(30 cada 30 días)	ANTIDEPRESIVOS
TRINTELLIX 20 MG TABLET	3	ST,QL(30 cada 30 días)	ANTIDEPRESIVOS
TRINTELLIX 5 MG TABLET	3	ST,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	3	PA,QL(30 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	3	PA,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(30 cada 30 días)	ANTIDEPRESIVOS
venlafaxine er 75 mg tablet,extended release 24 hr	1	QL(30 cada 30 días)	ANTIDEPRESIVOS
VIIBRYD 10 MG TABLET	3	ST,QL(30 cada 30 días)	ANTIDEPRESIVOS
VIIBRYD 20 MG TABLET	3	ST,QL(30 cada 30 días)	ANTIDEPRESIVOS
VIIBRYD 40 MG TABLET	3	ST,QL(30 cada 30 días)	ANTIDEPRESIVOS
vilazodone 10 mg tablet	3	ST,QL(30 cada 30 días)	ANTIDEPRESIVOS
vilazodone 20 mg tablet	3	ST,QL(30 cada 30 días)	ANTIDEPRESIVOS
vilazodone 40 mg tablet	3	ST,QL(30 cada 30 días)	ANTIDEPRESIVOS
WELLBUTRIN SR 100 MG TABLET, 12 HR SUSTAINED-RELEASE	1	PA,QL(60 cada 30 días)	ANTIDEPRESIVOS

• MDO: Medicamento de uso únicamente médico • OTC – Medicamentos sin receta • PA – Autorización previa • QL – Límite de cantidad • ST – Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
WELLBUTRIN SR 150 MG TABLET, 12 HR SUSTAINED-RELEASE	1	PA,QL(60 cada 30 días)	ANTIDEPRESIVOS
WELLBUTRIN SR 200 MG TABLET, 12 HR SUSTAINED-RELEASE	1	PA,QL(60 cada 30 días)	ANTIDEPRESIVOS
ZOLOFT 100 MG TABLET	1	PA,QL(90 cada 30 días)	ANTIDEPRESIVOS
ZOLOFT 20 MG/ML ORAL CONCENTRATE	1	PA,QL(300 cada 30 días)	ANTIDEPRESIVOS
ZOLOFT 25 MG TABLET	1	PA,QL(90 cada 30 días)	ANTIDEPRESIVOS
ZOLOFT 50 MG TABLET	1	PA,QL(90 cada 30 días)	ANTIDEPRESIVOS
ZULRESSO 5 MG/ML INTRAVENOUS SOLUTION[MDO]	*		ANTIDEPRESIVOS
ZURZUVAE 25 MG CAPSULE	3	PA,QL(28 cada 14 días)	ANTIDEPRESIVOS
ZURZUVAE 30 MG CAPSULE	3	PA,QL(14 cada 14 días)	ANTIDEPRESIVOS
AKYNZEO (FOSNETUPITANT) 235 MG-0.25 MG/20 ML INTRAVENOUS SOLUTION	3	PA,QL(80 cada 28 días)	ANTIEMÉTICOS
AKYNZEO (NETUPITANT) 300 MG-0.5 MG CAPSULE	3	PA,QL(4 cada 28 días)	ANTIEMÉTICOS
APONVIE 32 MG/4.4 ML (7.2 MG/ML) INTRAVENOUS EMULSION	3	PA,QL(4.4 cada 1 días)	ANTIEMÉTICOS
aprepitant 125 mg (1)-80 mg (2) capsules in a dose pack	3	PA,QL(3 cada 3 días)	ANTIEMÉTICOS
aprepitant 125 mg capsule	3	PA,QL(3 cada 3 días)	ANTIEMÉTICOS
aprepitant 40 mg capsule	3	PA,QL(3 cada 3 días)	ANTIEMÉTICOS
aprepitant 80 mg capsule	3	PA,QL(3 cada 3 días)	ANTIEMÉTICOS
BARHEMSYS 10 MG/4 ML (2.5 MG/ML) INTRAVENOUS SOLUTION[MDO]	*		ANTIEMÉTICOS
BARHEMSYS 5 MG/2 ML (2.5 MG/ML) INTRAVENOUS SOLUTION[MDO]	*		ANTIEMÉTICOS
BONJESTA 20 MG-20 MG TABLET,IMMEDIATE AND DELAY RELEASE	3	PA,QL(60 cada 30 días)	ANTIEMÉTICOS
CINVANTI 130 MG/18 ML (7.2 MG/ML) INTRAVENOUS EMULSION	3	PA,QL(18 cada 1 días)	ANTIEMÉTICOS
compro 25 mg rectal suppository	1		ANTIEMÉTICOS
DICLEGIS 10 MG-10 MG TABLET,DELAYED RELEASE	1	QL(120 cada 30 días)	ANTIEMÉTICOS
dimenhydrinate 50 mg/ml injection solution	1		ANTIEMÉTICOS
doxylamine 10 mg-pyridoxine (vit b6) 10 mg tablet,delayed release	3	PA,QL(120 cada 30 días)	ANTIEMÉTICOS
dronabinol 10 mg capsule	3	PA,QL(60 cada 30 días)	ANTIEMÉTICOS
dronabinol 2.5 mg capsule	3	PA,QL(60 cada 30 días)	ANTIEMÉTICOS
dronabinol 5 mg capsule	3	PA,QL(60 cada 30 días)	ANTIEMÉTICOS
dronabinol 5 mg/ml oral solution	3	PA	ANTIEMÉTICOS
EMEND (FOSAPREPITANT) 150 MG INTRAVENOUS SOLUTION	3	PA,QL(1 cada 30 días)	ANTIEMÉTICOS

• MDO: Medicamento de uso únicamente médico • OTC – Medicamentos sin receta • PA – Autorización previa • QL – Límite de cantidad • ST – Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
EMEND 125 MG (1)-80 MG (2) CAPSULES IN A DOSE PACK	3	PA,QL(3 cada 3 días)	ANTIEMÉTICOS
EMEND 125 MG (25 MG/ML FINAL CONC.) ORAL SUSPENSION	3	PA,QL(3 cada 3 días)	ANTIEMÉTICOS
EMEND 80 MG CAPSULE	3	PA,QL(3 cada 3 días)	ANTIEMÉTICOS
FOCINVEZ 150 MG/50 ML (3 MG/ML) INTRAVENOUS SOLUTION	3	PA,QL(50 cada 21 días)	ANTIEMÉTICOS
fosaprepitant 150 mg intravenous powder for solution	3	PA,QL(1 cada 30 días)	ANTIEMÉTICOS
GIMOTI 15 MG/SPRAY NASAL SPRAY WITH PUMP	3	PA,QL(9.8 cada 28 días)	ANTIEMÉTICOS
granisetron (pf) 1 mg/ml (1 ml) intravenous solution	3	PA	ANTIEMÉTICOS
granisetron (pf) 100 mcg/ml (0.1 mg/ml) intravenous solution	3	PA	ANTIEMÉTICOS
granisetron hcl 1 mg tablet	3	PA,QL(20 cada 10 días)	ANTIEMÉTICOS
granisetron hcl 1 mg/ml (1 ml) intravenous solution	3	PA	ANTIEMÉTICOS
granisetron hcl 1 mg/ml intravenous solution	3	PA	ANTIEMÉTICOS
granisol 1 mg/5 ml oral solution	3	PA,QL(30 cada 10 días)	ANTIEMÉTICOS
MARINOL 2.5 MG CAPSULE	3	PA,QL(60 cada 30 días)	ANTIEMÉTICOS
meclizine 12.5 mg tablet	1		ANTIEMÉTICOS
meclizine 12.5 mg tablet[OTC]	1		ANTIEMÉTICOS
meclizine 25 mg tablet	1		ANTIEMÉTICOS
meclizine 50 mg tablet	1		ANTIEMÉTICOS
metoclopramide 10 mg tablet	1		ANTIEMÉTICOS
metoclopramide 5 mg tablet	1		ANTIEMÉTICOS
metoclopramide 5 mg/5 ml oral solution	1		ANTIEMÉTICOS
metoclopramide 5 mg/ml injection solution	1		ANTIEMÉTICOS
metoclopramide 5 mg/ml injection syringe	1		ANTIEMÉTICOS
NAVITRUX 150 MG INTRAVENOUS SOLUTION	3	PA,QL(1 cada 30 días)	ANTIEMÉTICOS
NEREUS 85 MG CAPSULE	3	PA,QL(16 cada 30 días)	ANTIEMÉTICOS
ondansetron 16 mg disintegrating tablet	3	PA,QL(1 cada 30 días)	ANTIEMÉTICOS
ondansetron 4 mg disintegrating tablet	1	QL(30 cada 10 días)	ANTIEMÉTICOS
ondansetron 8 mg disintegrating tablet	1	QL(30 cada 10 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(30 cada 10 días)	ANTIEMÉTICOS
ondansetron hcl 4 mg/5 ml oral solution	1	QL(50 cada 10 días)	ANTIEMÉTICOS
ondansetron hcl 8 mg tablet	1	QL(30 cada 10 días)	ANTIEMÉTICOS

• MDO: Medicamento de uso únicamente médico • OTC – Medicamentos sin receta • PA – Autorización previa • QL – Límite de cantidad • ST – Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
palonosetron 0.25 mg/5 ml intravenous solution	3	PA,QL(20 cada 28 dÍas)	ANTIEMÉTICOS
palonosetron 0.25 mg/5 ml intravenous syringe	3	PA,QL(20 cada 28 dÍas)	ANTIEMÉTICOS
PHENERGAN 25 MG/ML INJECTION SOLUTION	1	PA	ANTIEMÉTICOS
PHENERGAN 50 MG/ML INJECTION SOLUTION	1	PA	ANTIEMÉTICOS
POSFREA 0.25 MG/5 ML INTRAVENOUS SOLUTION	3	PA,QL(20 cada 28 dÍas)	ANTIEMÉTICOS
prochlorperazine 25 mg rectal suppository	1		ANTIEMÉTICOS
prochlorperazine edisylate 10 mg/2 ml (5 mg/ml) injection solution	1		ANTIEMÉTICOS
prochlorperazine maleate 10 mg tablet	1		ANTIEMÉTICOS
prochlorperazine maleate 5 mg tablet	1		ANTIEMÉTICOS
promethazine 12.5 mg rectal suppository	1	QL(12 cada 3 dÍas)	ANTIEMÉTICOS
promethazine 12.5 mg tablet	1		ANTIEMÉTICOS
promethazine 25 mg rectal suppository	1	QL(12 cada 3 dÍas)	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	QL(12 cada 3 dÍas)	ANTIEMÉTICOS
promethegan 25 mg rectal suppository	1	QL(12 cada 3 dÍas)	ANTIEMÉTICOS
promethegan 50 mg rectal suppository	2	QL(12 cada 3 dÍas)	ANTIEMÉTICOS
REGLAN 10 MG TABLET	1	PA	ANTIEMÉTICOS
REGLAN 5 MG TABLET	1	PA	ANTIEMÉTICOS
SANCUSO 3.1 MG/24 HOUR TRANSDERMAL PATCH	3	PA,QL(1 cada 21 dÍas)	ANTIEMÉTICOS
scopolamine 1 mg over 3 days transdermal patch	1	QL(10 cada 30 dÍas)	ANTIEMÉTICOS
SUSTOL 10 MG/0.4 ML LIQUID,EXTENDED RELEASE SUBCUTANEOUS SYRINGE	3	PA,QL(1.6 cada 28 dÍas)	ANTIEMÉTICOS
TIGAN 100 MG/ML INTRAMUSCULAR SOLUTION	1		ANTIEMÉTICOS
TRANSDERM-SCOP 1 MG OVER 3 DAYS TRANSDERMAL PATCH	1	PA,QL(10 cada 30 dÍas)	ANTIEMÉTICOS
trimethobenzamide 300 mg capsule	1		ANTIEMÉTICOS
AMBISOME 50 MG INTRAVENOUS SUSPENSION	1		ANTIFÚNGICOS
amphotericin b 50 mg solution for injection	1		ANTIFÚNGICOS
amphotericin b liposome 50 mg intravenous suspension	1		ANTIFÚNGICOS
antifungal (clotrimazole) 1 % topical cream[OTC]	1	QL(150 cada 30 dÍas)	ANTIFÚNGICOS
antifungal (tolnaftate) 1 % topical cream[OTC]	1		ANTIFÚNGICOS
athlete's foot (clotrimazole) 1 % topical cream[OTC]	1	QL(150 cada 30 dÍas)	ANTIFÚNGICOS
caspofungin 50 mg intravenous solution	1		ANTIFÚNGICOS
caspofungin 70 mg intravenous solution	1		ANTIFÚNGICOS
ciclodan 0.77 % topical cream	1		ANTIFÚNGICOS
ciclodan 8 % topical solution	2	PA,QL(6.6 cada 30 dÍas)	ANTIFÚNGICOS
CICLODAN KIT 8 % TOPICAL SOLUTION	2	PA,QL(34.6 cada 30 dÍas)	ANTIFÚNGICOS

• MDO: Medicamento de uso únicamente médico • OTC – Medicamentos sin receta • PA – Autorización previa • QL – Límite de cantidad • ST – Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
ciclopirox 0.77 % topical cream	1		ANTIFÚNGICOS
ciclopirox 0.77 % topical gel	2	ST	ANTIFÚNGICOS
ciclopirox 0.77 % topical suspension	1		ANTIFÚNGICOS
ciclopirox 1 % shampoo	2	ST	ANTIFÚNGICOS
ciclopirox 8 % topical solution	2	PA,QL(6.6 cada 30 días)	ANTIFÚNGICOS
clotrimazole 1 % topical cream	1	QL(150 cada 30 días)	ANTIFÚNGICOS
clotrimazole 1 % topical cream[OTC]	1	QL(150 cada 30 días)	ANTIFÚNGICOS
clotrimazole 1 % topical solution	2	ST	ANTIFÚNGICOS
clotrimazole 1 % topical solution[OTC]	2	ST	ANTIFÚNGICOS
clotrimazole 10 mg troche	1		ANTIFÚNGICOS
clotrimazole-betamethasone 1 %-0.05 % lotion	2	ST	ANTIFÚNGICOS
clotrimazole-betamethasone 1 %-0.05 % topical cream	1		ANTIFÚNGICOS
CRESEMBA 186 MG CAPSULE	3	PA,QL(56 cada 28 días)	ANTIFÚNGICOS
CRESEMBA 372 MG INTRAVENOUS SOLUTION	1		ANTIFÚNGICOS
CRESEMBA 74.5 MG CAPSULE	3	PA,QL(140 cada 28 días)	ANTIFÚNGICOS
DIFLUCAN 40 MG/ML ORAL SUSPENSION	1	PA	ANTIFÚNGICOS
econazole nitrate 1 % topical cream	1		ANTIFÚNGICOS
econazole nitrate 1 % topical foam	3	PA,QL(70 cada 28 días)	ANTIFÚNGICOS
ERAXIS(WATER DILUENT) 100 MG INTRAVENOUS SOLUTION	1		ANTIFÚNGICOS
ERAXIS(WATER DILUENT) 50 MG INTRAVENOUS SOLUTION	1		ANTIFÚNGICOS
ERTACZO 2 % TOPICAL CREAM	2	ST	ANTIFÚNGICOS
fluconazole 10 mg/ml oral suspension	1		ANTIFÚNGICOS
fluconazole 100 mg tablet	1		ANTIFÚNGICOS
fluconazole 150 mg tablet	1		ANTIFÚNGICOS
fluconazole 200 mg tablet	1		ANTIFÚNGICOS
fluconazole 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		ANTIFÚNGICOS
flucytosine 250 mg capsule	3	PA	ANTIFÚNGICOS
flucytosine 500 mg capsule	3	PA	ANTIFÚNGICOS
griseofulvin microsize 125 mg/5 ml oral suspension	1		ANTIFÚNGICOS
griseofulvin microsize 500 mg tablet	1		ANTIFÚNGICOS
griseofulvin ultramicrosize 125 mg tablet	1		ANTIFÚNGICOS
griseofulvin ultramicrosize 165 mg tablet	3	PA,QL(30 cada 30 días)	ANTIFÚNGICOS
griseofulvin ultramicrosize 250 mg tablet	1		ANTIFÚNGICOS
gynazole-1 2 % vaginal cream	1	QL(5.8 cada 28 días)	ANTIFÚNGICOS
itraconazole 10 mg/ml oral solution	1		ANTIFÚNGICOS

• MDO: Medicamento de uso únicamente médico • OTC – Medicamentos sin receta • PA – Autorización previa • QL – Límite de cantidad • ST – Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
itraconazole 100 mg capsule	1		ANTIFÚNGICOS
ketoconazole 2 % shampoo	1	QL(120 cada 30 días)	ANTIFÚNGICOS
ketoconazole 2 % topical cream	1		ANTIFÚNGICOS
ketoconazole 2 % topical foam	2	ST	ANTIFÚNGICOS
ketoconazole 200 mg tablet	3	PA	ANTIFÚNGICOS
ketodan 2 % topical foam	2	ST	ANTIFÚNGICOS
klayesta 100,000 unit/gram topical powder	1	QL(60 cada 7 días)	ANTIFÚNGICOS
LOPROX (AS OLAMINE) 0.77 % TOPICAL CREAM	1	PA	ANTIFÚNGICOS
LOPROX (AS OLAMINE) 0.77 % TOPICAL SUSPENSION	1	PA	ANTIFÚNGICOS
micafungin 100 mg intravenous solution	1		ANTIFÚNGICOS
MICAFUNGIN 100 MG/100 ML IN 0.9% SODIUM CHLORIDE INTRAVENOUS PIGGYBACK	1	QL(3000 cada 30 días)	ANTIFÚNGICOS
MICAFUNGIN 150 MG/150 ML IN 0.9% SODIUM CHLORIDE INTRAVENOUS PIGGYBACK	1	QL(4500 cada 30 días)	ANTIFÚNGICOS
micafungin 50 mg intravenous solution	1		ANTIFÚNGICOS
MICAFUNGIN 50 MG/50 ML IN 0.9 % SODIUM CHLORIDE INTRAVENOUS PIGGYBACK	1	QL(1500 cada 30 días)	ANTIFÚNGICOS
micoclear 1 % topical cream[OTC]	1	QL(150 cada 30 días)	ANTIFÚNGICOS
miconazole nit 0.25 %-zinc ox 15 %-petrolatum 81.35 % topical ointment	2	ST	ANTIFÚNGICOS
miconazole-3 200 mg vaginal suppository	1		ANTIFÚNGICOS
mycozyl ac 1 % topical cream[OTC]	1	QL(150 cada 30 días)	ANTIFÚNGICOS
naftifine 1 % topical cream	2	ST	ANTIFÚNGICOS
naftifine 2 % topical cream	2	ST	ANTIFÚNGICOS
naftifine 2 % topical gel	2	ST	ANTIFÚNGICOS
NAFTIN 2 % TOPICAL GEL	2	ST	ANTIFÚNGICOS
NOXAFIL 300 MG ORAL SUSPENSION,DELAYED RELEASE IN A PACKET	3	PA	ANTIFÚNGICOS
nyamyc 100,000 unit/gram topical powder	1	QL(60 cada 7 días)	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	QL(60 cada 7 días)	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	2	ST	ANTIFÚNGICOS
nystatin-triamcinolone 100,000 unit/gram-0.1 % topical ointment	2	ST	ANTIFÚNGICOS
nystop 100,000 unit/gram topical powder	1	QL(60 cada 7 días)	ANTIFÚNGICOS
oxiconazole 1 % topical cream	2	ST	ANTIFÚNGICOS
OXISTAT 1 % LOTION	2	ST	ANTIFÚNGICOS
posaconazole 100 mg tablet,delayed release	1		ANTIFÚNGICOS
posaconazole 200 mg/5 ml (40 mg/ml) oral suspension	3	PA	ANTIFÚNGICOS
posaconazole 300 mg/16.7 ml intravenous solution	1		ANTIFÚNGICOS
REZZAYO 200 MG INTRAVENOUS SOLUTION	3	PA,QL(5 cada 28 días)	ANTIFÚNGICOS

• MDO: Medicamento de uso únicamente médico • OTC – Medicamentos sin receta • PA – Autorización previa • QL – Límite de cantidad • ST – Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
SPORANOX 100 MG CAPSULE	1	PA	ANTIFÚNGICOS
tavaborole 5 % topical solution, applicator	3	PA,QL(10 cada 30 dÍas)	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	1		ANTIFÚNGICOS
tolnaftate 1 % topical cream[OTC]	1		ANTIFÚNGICOS
TOLSURA 65 MG ORAL SOLID DISPERSION CAPSULE	3	PA,QL(120 cada 30 dÍas)	ANTIFÚNGICOS
trimazole 1 % topical cream[OTC]	1	QL(150 cada 30 dÍas)	ANTIFÚNGICOS
VFEND 200 MG/5 ML (40 MG/ML) ORAL SUSPENSION	1	PA	ANTIFÚNGICOS
VFEND IV 200 MG INTRAVENOUS SOLUTION[MDO]	*		ANTIFÚNGICOS
VIVJOA 150 MG CAPSULE	3	PA,QL(18 cada 84 dÍas)	ANTIFÚNGICOS
voriconazole 10 mg/ml intravenous solution[MDO]	*		ANTIFÚNGICOS
voriconazole 200 mg intravenous powder for solution[MDO]	*		ANTIFÚNGICOS
voriconazole 200 mg tablet	1		ANTIFÚNGICOS
voriconazole 200 mg-hpbcd intravenous solution[MDO]	*		ANTIFÚNGICOS
voriconazole 200 mg/5 ml (40 mg/ml) oral suspension	1		ANTIFÚNGICOS
voriconazole 50 mg tablet	1		ANTIFÚNGICOS
VUSION 0.25 %-15 %-81.35 % TOPICAL OINTMENT	2	PA,ST	ANTIFÚNGICOS
cycloserine 250 mg capsule	1		ANTIMICOBACTERIANOS
dapsone 100 mg tablet	1		ANTIMICOBACTERIANOS
dapsone 25 mg tablet	1		ANTIMICOBACTERIANOS
ethambutol 100 mg tablet	1		ANTIMICOBACTERIANOS
ethambutol 400 mg tablet	1		ANTIMICOBACTERIANOS
isoniazid 100 mg tablet	1		ANTIMICOBACTERIANOS
isoniazid 100 mg/ml injection solution	1		ANTIMICOBACTERIANOS
isoniazid 300 mg tablet	1		ANTIMICOBACTERIANOS
isoniazid 50 mg/5 ml oral solution	1		ANTIMICOBACTERIANOS
PRETOMANID 200 MG TABLET	1		ANTIMICOBACTERIANOS
PRIFTIN 150 MG TABLET	1		ANTIMICOBACTERIANOS
pyrazinamide 500 mg tablet	1		ANTIMICOBACTERIANOS
rifabutin 150 mg capsule	1		ANTIMICOBACTERIANOS
RIFADIN 600 MG INTRAVENOUS SOLUTION	1		ANTIMICOBACTERIANOS
rifampin 150 mg capsule	1		ANTIMICOBACTERIANOS
rifampin 300 mg capsule	1		ANTIMICOBACTERIANOS
rifampin 600 mg intravenous solution	1		ANTIMICOBACTERIANOS
rifapentine 150 mg tablet	1		ANTIMICOBACTERIANOS
SIRTURO 100 MG TABLET	1	QL(188 cada 168 dÍas)	ANTIMICOBACTERIANOS
SIRTURO 20 MG TABLET	1		ANTIMICOBACTERIANOS
ABECMA 300 X 10EXP6 TO 510 X 10EXP6 CELL INTRAVENOUS SUSPENSION[MDO]	*		ANTINEOPLÁSICOS

• MDO: Medicamento de uso únicamente médico • OTC – Medicamentos sin receta • PA – Autorización previa • QL – Límite de cantidad • ST – Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
abiraterone 250 mg tablet	3	PA,QL(120 cada 30 días)	ANTINEOPLÁSICOS
abiraterone 500 mg tablet	3	PA,QL(60 cada 30 días)	ANTINEOPLÁSICOS
abirtega 250 mg tablet	3	PA,QL(120 cada 30 días)	ANTINEOPLÁSICOS
ABRAXANE 100 MG INTRAVENOUS SUSPENSION	1	PA	ANTINEOPLÁSICOS
ADCETRIS 50 MG INTRAVENOUS SOLUTION[MDO]	*		ANTINEOPLÁSICOS
ADRIAMYCIN 50 MG INTRAVENOUS SOLUTION	1		ANTINEOPLÁSICOS
afatinib 20 mg tablet	3	PA,QL(30 cada 30 días)	ANTINEOPLÁSICOS
afatinib 30 mg tablet	3	PA,QL(30 cada 30 días)	ANTINEOPLÁSICOS
afatinib 40 mg tablet	3	PA,QL(30 cada 30 días)	ANTINEOPLÁSICOS
AFINITOR 10 MG TABLET	3	PA,QL(28 cada 28 días)	ANTINEOPLÁSICOS
AFINITOR 2.5 MG TABLET	3	PA,QL(28 cada 28 días)	ANTINEOPLÁSICOS
AFINITOR 5 MG TABLET	3	PA,QL(28 cada 28 días)	ANTINEOPLÁSICOS
AFINITOR 7.5 MG TABLET	3	PA,QL(28 cada 28 días)	ANTINEOPLÁSICOS
AFINITOR DISPERZ 2 MG TABLET FOR ORAL SUSPENSION	3	PA,QL(28 cada 28 días)	ANTINEOPLÁSICOS
AFINITOR DISPERZ 3 MG TABLET FOR ORAL SUSPENSION	3	PA,QL(28 cada 28 días)	ANTINEOPLÁSICOS
AFINITOR DISPERZ 5 MG TABLET FOR ORAL SUSPENSION	3	PA,QL(28 cada 28 días)	ANTINEOPLÁSICOS
AKEEGA 100 MG-500 MG TABLET	3	PA,QL(60 cada 30 días)	ANTINEOPLÁSICOS
AKEEGA 50 MG-500 MG TABLET	3	PA,QL(60 cada 30 días)	ANTINEOPLÁSICOS
ALECENSA 150 MG CAPSULE	3	PA,QL(240 cada 30 días)	ANTINEOPLÁSICOS
ALUNBRIG 180 MG TABLET	3	PA,QL(30 cada 30 días)	ANTINEOPLÁSICOS
ALUNBRIG 30 MG TABLET	3	PA,QL(60 cada 30 días)	ANTINEOPLÁSICOS
ALUNBRIG 90 MG (7)-180 MG (23) TABLETS IN A DOSE PACK	3	PA,QL(30 cada 30 días)	ANTINEOPLÁSICOS
ALUNBRIG 90 MG TABLET	3	PA,QL(60 cada 30 días)	ANTINEOPLÁSICOS
ALYMSYS 25 MG/ML INTRAVENOUS SOLUTION	1	PA	ANTINEOPLÁSICOS
AMELUZ 10 % TOPICAL GEL[MDO]	*		ANTINEOPLÁSICOS
anastrozole 1 mg tablet	1		ANTINEOPLÁSICOS
ANKTIVA 400 MCG/0.4 ML INTRAVESICAL SOLUTION[MDO]	*		ANTINEOPLÁSICOS
ARIMIDEX 1 MG TABLET	1	PA	ANTINEOPLÁSICOS
AROMASIN 25 MG TABLET	1	PA	ANTINEOPLÁSICOS
ARRANON 5 MG/ML INTRAVENOUS SOLUTION	1		ANTINEOPLÁSICOS
arsenic trioxide 1 mg/ml intravenous solution	1		ANTINEOPLÁSICOS
arsenic trioxide 2 mg/ml intravenous solution	1		ANTINEOPLÁSICOS

• MDO: Medicamento de uso únicamente médico • OTC – Medicamentos sin receta • PA – Autorización previa • QL – Límite de cantidad • ST – Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
ASPARLAS 750 UNIT/ML INTRAVENOUS SOLUTION	3	PA	ANTINEOPLÁSICOS
AUCATZYL INTRAVENOUS SUSPENSION[MDO]	*		ANTINEOPLÁSICOS
AUGTYRO 160 MG CAPSULE	3	PA,QL(60 cada 30 días)	ANTINEOPLÁSICOS
AUGTYRO 40 MG CAPSULE	3	PA,QL(240 cada 30 días)	ANTINEOPLÁSICOS
AVASTIN 25 MG/ML INTRAVENOUS SOLUTION	1		ANTINEOPLÁSICOS
AVGEMSI 1 GRAM/26.3 ML (38 MG/ML) INTRAVENOUS SOLUTION	3	PA	ANTINEOPLÁSICOS
AVGEMSI 2 GRAM/52.6 ML (38 MG/ML) INTRAVENOUS SOLUTION	3	PA	ANTINEOPLÁSICOS
AVMAPKI-FAKZYNJA 0.8 MG-200 MG ORAL PACK	3	PA,QL(66 cada 28 días)	ANTINEOPLÁSICOS
AVOPEF 20 MG/ML INTRAVENOUS SOLUTION	1		ANTINEOPLÁSICOS
AXTLE 100 MG INTRAVENOUS SOLUTION	3	PA	ANTINEOPLÁSICOS
AXTLE 500 MG INTRAVENOUS SOLUTION	3	PA	ANTINEOPLÁSICOS
AYVAKIT 100 MG TABLET	3	PA,QL(30 cada 30 días)	ANTINEOPLÁSICOS
AYVAKIT 200 MG TABLET	3	PA,QL(30 cada 30 días)	ANTINEOPLÁSICOS
AYVAKIT 25 MG TABLET	3	PA,QL(30 cada 30 días)	ANTINEOPLÁSICOS
AYVAKIT 300 MG TABLET	3	PA,QL(30 cada 30 días)	ANTINEOPLÁSICOS
AYVAKIT 50 MG TABLET	3	PA,QL(30 cada 30 días)	ANTINEOPLÁSICOS
azacitidine 100 mg solution for injection	1		ANTINEOPLÁSICOS
BALVERSA 3 MG TABLET	3	PA,QL(84 cada 28 días)	ANTINEOPLÁSICOS
BALVERSA 4 MG TABLET	3	PA,QL(56 cada 28 días)	ANTINEOPLÁSICOS
BALVERSA 5 MG TABLET	3	PA,QL(28 cada 28 días)	ANTINEOPLÁSICOS
BAVENCIO 20 MG/ML INTRAVENOUS SOLUTION[MDO]	*		ANTINEOPLÁSICOS
BEIZRAY 20 MG/ML (1 ML) INTRAVENOUS SOLUTION	1		ANTINEOPLÁSICOS
BEIZRAY-ALBUMIN 20 MG/ML INTRAVENOUS SOLUTION	3	PA	ANTINEOPLÁSICOS
BELEODAQ 500 MG INTRAVENOUS SOLUTION	3	PA	ANTINEOPLÁSICOS
BELRAPZO 25 MG/ML INTRAVENOUS SOLUTION	1		ANTINEOPLÁSICOS
bendamustine 100 mg intravenous powder for solution	1		ANTINEOPLÁSICOS
bendamustine 25 mg intravenous powder for solution	1		ANTINEOPLÁSICOS
bendamustine 25 mg/ml intravenous solution	1		ANTINEOPLÁSICOS
BENDEKA 25 MG/ML INTRAVENOUS SOLUTION	1		ANTINEOPLÁSICOS
BEQALZI 1 MG TABLET	3	PA,QL(44 cada 28 días)	ANTINEOPLÁSICOS
BEQALZI 20 MG TABLET	3	PA,QL(44 cada 28 días)	ANTINEOPLÁSICOS

• MDO: Medicamento de uso únicamente médico • OTC – Medicamentos sin receta • PA – Autorización previa • QL – Límite de cantidad • ST – Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
BEQALZI 5 MG TABLET	3	PA,QL(44 cada 28 días)	ANTINEOPLÁSICOS
BEQALZI 80 MG TABLET	3	PA,QL(120 cada 30 días)	ANTINEOPLÁSICOS
BEQALZI STARTER PACK 1 MG-5 MG-20 MG-80 MG TABLETS	3	PA,QL(44 cada 28 días)	ANTINEOPLÁSICOS
BESPONSA 0.9 MG(0.25 MG/ML INITIAL CONCENTRATION) INTRAVENOUS SOLUTION[MDO]	*		ANTINEOPLÁSICOS
bexarotene 1 % topical gel	1		ANTINEOPLÁSICOS
bexarotene 75 mg capsule	1		ANTINEOPLÁSICOS
bicalutamide 50 mg tablet	1		ANTINEOPLÁSICOS
BICNU 100 MG INTRAVENOUS POWDER FOR SOLUTION	3		ANTINEOPLÁSICOS
BIZENGRI 375 MG/18.75 ML (20 MG/ML) INTRAVENOUS SOLUTION[MDO]	*		ANTINEOPLÁSICOS
BLENREP 70 MG INTRAVENOUS SOLUTION	3	PA	ANTINEOPLÁSICOS
bleomycin 15 unit solution for injection	1		ANTINEOPLÁSICOS
bleomycin 30 unit solution for injection	1		ANTINEOPLÁSICOS
BLINCYTO 35 MCG INTRAVENOUS KIT	3	PA	ANTINEOPLÁSICOS
bortezomib 1 mg injection powder for solution	1		ANTINEOPLÁSICOS
BORTEZOMIB 1 MG/ML INTRAVENOUS SOLUTION	1		ANTINEOPLÁSICOS
BORTEZOMIB 2.5 MG INJECTION POWDER FOR SOLUTION	1		ANTINEOPLÁSICOS
BORTEZOMIB 2.5 MG/ML INTRAVENOUS SOLUTION	1		ANTINEOPLÁSICOS
bortezomib 3.5 mg injection powder for solution	1		ANTINEOPLÁSICOS
BORUZU 2.5 MG/ML INJECTION SOLUTION	3	PA	ANTINEOPLÁSICOS
BOSULIF 100 MG CAPSULE	3	PA,QL(150 cada 30 días)	ANTINEOPLÁSICOS
BOSULIF 100 MG TABLET	3	PA,QL(30 cada 30 días)	ANTINEOPLÁSICOS
BOSULIF 400 MG TABLET	3	PA,QL(30 cada 30 días)	ANTINEOPLÁSICOS
BOSULIF 50 MG CAPSULE	3	PA,QL(30 cada 30 días)	ANTINEOPLÁSICOS
BOSULIF 500 MG TABLET	3	PA,QL(30 cada 30 días)	ANTINEOPLÁSICOS
bosutinib 100 mg tablet	3	PA,QL(30 cada 30 días)	ANTINEOPLÁSICOS
bosutinib 400 mg tablet	3	PA,QL(30 cada 30 días)	ANTINEOPLÁSICOS
bosutinib 500 mg tablet	3	PA,QL(30 cada 30 días)	ANTINEOPLÁSICOS
BRAFTOVI 75 MG CAPSULE	3	PA,QL(180 cada 30 días)	ANTINEOPLÁSICOS
BREYANZI 1.5X TO 70X10EXP6 CELL/ML INTRAVENOUS SUSPENSION[MDO]	*		ANTINEOPLÁSICOS
BRUKINSA 160 MG TABLET	3	PA,QL(60 cada 30 días)	ANTINEOPLÁSICOS
BRUKINSA 80 MG CAPSULE	3	PA,QL(120 cada 30 días)	ANTINEOPLÁSICOS
busulfan 60 mg/10 ml intravenous solution	1		ANTINEOPLÁSICOS
BUSULFEX 60 MG/10 ML INTRAVENOUS SOLUTION	1		ANTINEOPLÁSICOS

• MDO: Medicamento de uso únicamente médico • OTC – Medicamentos sin receta • PA – Autorización previa • QL – Límite de cantidad • ST – Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
CABOMETYX 20 MG TABLET	3	PA,QL(30 cada 30 días)	ANTINEOPLÁSICOS
CABOMETYX 40 MG TABLET	3	PA,QL(30 cada 30 días)	ANTINEOPLÁSICOS
CABOMETYX 60 MG TABLET	3	PA,QL(30 cada 30 días)	ANTINEOPLÁSICOS
CALQUENCE (ACALABRUTINIB MALEATE) 100 MG TABLET	3	PA,QL(60 cada 30 días)	ANTINEOPLÁSICOS
CAMPTOSAR 100 MG/5 ML INTRAVENOUS SOLUTION	1		ANTINEOPLÁSICOS
CAMPTOSAR 300 MG/15 ML INTRAVENOUS SOLUTION	1		ANTINEOPLÁSICOS
CAMPTOSAR 40 MG/2 ML INTRAVENOUS SOLUTION	1		ANTINEOPLÁSICOS
capecitabine 150 mg tablet	1		ANTINEOPLÁSICOS
capecitabine 500 mg tablet	1		ANTINEOPLÁSICOS
CAPRELSA 100 MG TABLET	1		ANTINEOPLÁSICOS
CAPRELSA 300 MG TABLET	1		ANTINEOPLÁSICOS
carboplatin 10 mg/ml intravenous solution	3	PA	ANTINEOPLÁSICOS
carmustine 100 mg intravenous powder for solution	1		ANTINEOPLÁSICOS
CARVYKTI 0.5X 10EXP6 TO 1X 10EXP8 CELL INTRAVENOUS SUSPENSION[MDO]	*		ANTINEOPLÁSICOS
CASODEX 50 MG TABLET	1	PA	ANTINEOPLÁSICOS
CAVHANZA 60 MG DISINTEGRATING TABLET	3	PA,QL(112 cada 28 días)	ANTINEOPLÁSICOS
CAVHANZA 80 MG DISINTEGRATING TABLET	3	PA,QL(112 cada 28 días)	ANTINEOPLÁSICOS
cisplatin 1 mg/ml intravenous solution	1		ANTINEOPLÁSICOS
cisplatin 50 mg intravenous powder for solution	1		ANTINEOPLÁSICOS
cladribine 10 mg/10 ml intravenous solution	1		ANTINEOPLÁSICOS
CLIGAVYX 250 MG/5 ML INTRAMUSCULAR SYRINGE	1		ANTINEOPLÁSICOS
clofarabine 1 mg/ml intravenous solution	1		ANTINEOPLÁSICOS
COLUMVI 1 MG/ML INTRAVENOUS SOLUTION[MDO]	*		ANTINEOPLÁSICOS
COMETRIQ 100 MG/DAY (80 MG X 1-20 MG X 1) CAPSULES	1	QL(56 cada 28 días)	ANTINEOPLÁSICOS
COMETRIQ 140 MG/DAY (80 MG X 1-20 MG X 3) CAPSULES	1	QL(112 cada 28 días)	ANTINEOPLÁSICOS
COMETRIQ 60 MG/DAY (20 MG X 3/DAY) CAPSULES	1	QL(84 cada 28 días)	ANTINEOPLÁSICOS
COPIKTRA 15 MG CAPSULE	3	PA,QL(56 cada 28 días)	ANTINEOPLÁSICOS
COPIKTRA 25 MG CAPSULE	3	PA,QL(56 cada 28 días)	ANTINEOPLÁSICOS
COTELLIC 20 MG TABLET	3	PA,QL(63 cada 21 días)	ANTINEOPLÁSICOS
cyclophosphamide 1 gram intravenous powder for solution	1		ANTINEOPLÁSICOS
CYCLOPHOSPHAMIDE 100 MG/ML INTRAVENOUS SOLUTION	1		ANTINEOPLÁSICOS
cyclophosphamide 2 gram intravenous powder for solution	1		ANTINEOPLÁSICOS

• MDO: Medicamento de uso únicamente médico • OTC – Medicamentos sin receta • PA – Autorización previa • QL – Límite de cantidad • ST – Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
CYCLOPHOSPHAMIDE 200 MG/ML INTRAVENOUS SOLUTION	1		ANTINEOPLÁSICOS
cyclophosphamide 25 mg capsule	1		ANTINEOPLÁSICOS
cyclophosphamide 50 mg capsule	1		ANTINEOPLÁSICOS
cyclophosphamide 50 mg tablet	1		ANTINEOPLÁSICOS
cyclophosphamide 500 mg intravenous powder for solution	1		ANTINEOPLÁSICOS
cyclophosphamide 500 mg/ml intravenous solution	1		ANTINEOPLÁSICOS
CYRAMZA 10 MG/ML INTRAVENOUS SOLUTION	3	PA	ANTINEOPLÁSICOS
cytarabine (pf) 100 mg/5 ml (20 mg/ml) injection solution	1		ANTINEOPLÁSICOS
cytarabine (pf) 2 gram/20 ml (100 mg/ml) injection solution	1		ANTINEOPLÁSICOS
cytarabine (pf) 20 mg/ml injection solution	1		ANTINEOPLÁSICOS
cytarabine 20 mg/ml injection solution	1		ANTINEOPLÁSICOS
dacarbazine 100 mg intravenous solution	1		ANTINEOPLÁSICOS
dacarbazine 200 mg intravenous solution	1		ANTINEOPLÁSICOS
dactinomycin 0.5 mg intravenous solution	1		ANTINEOPLÁSICOS
DANYELZA 4 MG/ML INTRAVENOUS SOLUTION[MDO]	*		ANTINEOPLÁSICOS
DANZITEN 71 MG TABLET	3	PA,QL(112 cada 28 días)	ANTINEOPLÁSICOS
DANZITEN 95 MG TABLET	3	PA,QL(112 cada 28 días)	ANTINEOPLÁSICOS
DARZALEX 20 MG/ML INTRAVENOUS SOLUTION[MDO]	*		ANTINEOPLÁSICOS
DARZALEX FASPRO 1,800 MG-30,000 UNIT/15 ML SUBCUTANEOUS SOLUTION[MDO]	*		ANTINEOPLÁSICOS
dasatinib 100 mg tablet	3	PA,QL(30 cada 30 días)	ANTINEOPLÁSICOS
dasatinib 140 mg tablet	3	PA,QL(30 cada 30 días)	ANTINEOPLÁSICOS
dasatinib 20 mg tablet	3	PA,QL(90 cada 30 días)	ANTINEOPLÁSICOS
dasatinib 50 mg tablet	3	PA,QL(60 cada 30 días)	ANTINEOPLÁSICOS
dasatinib 70 mg tablet	3	PA,QL(30 cada 30 días)	ANTINEOPLÁSICOS
dasatinib 80 mg tablet	3	PA,QL(30 cada 30 días)	ANTINEOPLÁSICOS
DATROWAY 100 MG INTRAVENOUS SOLUTION	3	PA	ANTINEOPLÁSICOS
daunorubicin 5 mg/ml intravenous solution	1		ANTINEOPLÁSICOS
DAURISMO 100 MG TABLET	3	PA,QL(28 cada 28 días)	ANTINEOPLÁSICOS
DAURISMO 25 MG TABLET	3	PA,QL(28 cada 28 días)	ANTINEOPLÁSICOS
decitabine 50 mg intravenous solution	1		ANTINEOPLÁSICOS
DECNUPAZ 2 MG INTRAVENOUS SOLUTION	3	PA,QL(2 cada 21 días)	ANTINEOPLÁSICOS
dexrazoxane hcl 250 mg intravenous solution	1		ANTINEOPLÁSICOS
dexrazoxane hcl 500 mg intravenous solution	1		ANTINEOPLÁSICOS
docetaxel 160 mg/16 ml (10 mg/ml) intravenous solution	1		ANTINEOPLÁSICOS

• MDO: Medicamento de uso únicamente médico • OTC – Medicamentos sin receta • PA – Autorización previa • QL – Límite de cantidad • ST – Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
docetaxel 160 mg/8 ml (20 mg/ml) intravenous solution	1		ANTINEOPLÁSICOS
docetaxel 20 mg/2 ml (10 mg/ml) intravenous solution	1		ANTINEOPLÁSICOS
docetaxel 20 mg/ml (1 ml) intravenous solution	1		ANTINEOPLÁSICOS
docetaxel 80 mg/4 ml (20 mg/ml) intravenous solution	1		ANTINEOPLÁSICOS
docetaxel 80 mg/8 ml (10 mg/ml) intravenous solution	1		ANTINEOPLÁSICOS
DOCIVYX 160 MG/16 ML (10 MG/ML) INTRAVENOUS SOLUTION	3		ANTINEOPLÁSICOS
DOCIVYX 20 MG/2 ML (10 MG/ML) INTRAVENOUS SOLUTION	3		ANTINEOPLÁSICOS
DOCIVYX 80 MG/8 ML (10 MG/ML) INTRAVENOUS SOLUTION	1		ANTINEOPLÁSICOS
DOXIL 2 MG/ML INTRAVENOUS SUSPENSION	1		ANTINEOPLÁSICOS
doxorubicin 10 mg intravenous solution	1		ANTINEOPLÁSICOS
doxorubicin 10 mg/5 ml intravenous solution	1		ANTINEOPLÁSICOS
doxorubicin 2 mg/ml intravenous solution	1		ANTINEOPLÁSICOS
doxorubicin 20 mg/10 ml intravenous solution	1		ANTINEOPLÁSICOS
doxorubicin 50 mg intravenous solution	1		ANTINEOPLÁSICOS
doxorubicin 50 mg/25 ml intravenous solution	1		ANTINEOPLÁSICOS
doxorubicin, pegylated liposomal 2 mg/ml intravenous suspension	1		ANTINEOPLÁSICOS
ELAHERE 5 MG/ML INTRAVENOUS SOLUTION	3	PA	ANTINEOPLÁSICOS
ELITEK 1.5 MG INTRAVENOUS SOLUTION	1		ANTINEOPLÁSICOS
ELITEK 7.5 MG INTRAVENOUS SOLUTION	1		ANTINEOPLÁSICOS
ELLENCE 200 MG/100 ML INTRAVENOUS SOLUTION	1		ANTINEOPLÁSICOS
ELLENCE 50 MG/25 ML INTRAVENOUS SOLUTION	1		ANTINEOPLÁSICOS
ELREXFIO 40 MG/ML SUBCUTANEOUS SOLUTION[MDO]	*		ANTINEOPLÁSICOS
ELZONRIS 1,000 MCG/ML INTRAVENOUS SOLUTION[MDO]	*		ANTINEOPLÁSICOS
EMPLICITI 300 MG INTRAVENOUS SOLUTION[MDO]	*		ANTINEOPLÁSICOS
EMPLICITI 400 MG INTRAVENOUS SOLUTION[MDO]	*		ANTINEOPLÁSICOS
EMRELIS 100 MG INTRAVENOUS SOLUTION	3	PA	ANTINEOPLÁSICOS
EMRELIS 20 MG INTRAVENOUS SOLUTION	3	PA	ANTINEOPLÁSICOS
ENHERTU 100 MG INTRAVENOUS SOLUTION	3	PA	ANTINEOPLÁSICOS
ENSACOVE 100 MG CAPSULE	3	PA,QL(60 cada 30 dÍas)	ANTINEOPLÁSICOS
ENSACOVE 25 MG CAPSULE	3	PA,QL(30 cada 30 dÍas)	ANTINEOPLÁSICOS
epirubicin 200 mg/100 ml intravenous solution	1		ANTINEOPLÁSICOS
EPKINLY 4 MG/0.8 ML SUBCUTANEOUS SOLUTION[MDO]	*		ANTINEOPLÁSICOS
EPKINLY 48 MG/0.8 ML SUBCUTANEOUS SOLUTION[MDO]	*		ANTINEOPLÁSICOS
ERBITUX 100 MG/50 ML INTRAVENOUS SOLUTION	1		ANTINEOPLÁSICOS
ERBITUX 200 MG/100 ML INTRAVENOUS SOLUTION	1		ANTINEOPLÁSICOS
eribulin 1 mg/2 ml (0.5 mg/ml) intravenous solution[MDO]	*		ANTINEOPLÁSICOS

• MDO: Medicamento de uso únicamente médico • OTC – Medicamentos sin receta • PA – Autorización previa • QL – Límite de cantidad • ST – Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
ERIVEDGE 150 MG CAPSULE	3	PA,QL(28 cada 28 días)	ANTINEOPLÁSICOS
ERLEADA 240 MG TABLET	3	PA,QL(30 cada 30 días)	ANTINEOPLÁSICOS
ERLEADA 60 MG TABLET	3	PA,QL(120 cada 30 días)	ANTINEOPLÁSICOS
erlotinib 100 mg tablet	3	PA,QL(30 cada 30 días)	ANTINEOPLÁSICOS
erlotinib 150 mg tablet	3	PA,QL(30 cada 30 días)	ANTINEOPLÁSICOS
erlotinib 25 mg tablet	3	PA,QL(30 cada 30 días)	ANTINEOPLÁSICOS
ETCAMAH 75 MG TABLET	3	PA,QL(28 cada 28 días)	ANTINEOPLÁSICOS
ETHYOL 500 MG INTRAVENOUS SOLUTION	1		ANTINEOPLÁSICOS
ETOPOPHOS 100 MG INTRAVENOUS SOLUTION	1		ANTINEOPLÁSICOS
etoposide 20 mg/ml intravenous solution	1		ANTINEOPLÁSICOS
etoposide 50 mg capsule	1		ANTINEOPLÁSICOS
EVDI 1 MG/20 ML (0.05 MG/ML) INTRAVENOUS SOLUTION[MDO]	*		ANTINEOPLÁSICOS
everolimus (antineoplastic) 10 mg tablet	3	PA,QL(28 cada 28 días)	ANTINEOPLÁSICOS
everolimus (antineoplastic) 2 mg tablet for oral suspension	3	PA,QL(28 cada 28 días)	ANTINEOPLÁSICOS
everolimus (antineoplastic) 2.5 mg tablet	3	PA,QL(28 cada 28 días)	ANTINEOPLÁSICOS
everolimus (antineoplastic) 3 mg tablet for oral suspension	3	PA,QL(28 cada 28 días)	ANTINEOPLÁSICOS
everolimus (antineoplastic) 5 mg tablet	3	PA,QL(28 cada 28 días)	ANTINEOPLÁSICOS
everolimus (antineoplastic) 5 mg tablet for oral suspension	3	PA,QL(28 cada 28 días)	ANTINEOPLÁSICOS
everolimus (antineoplastic) 7.5 mg tablet	3	PA,QL(28 cada 28 días)	ANTINEOPLÁSICOS
EVOMELA 50 MG INTRAVENOUS SOLUTION	1		ANTINEOPLÁSICOS
exemestane 25 mg tablet	1		ANTINEOPLÁSICOS
FARESTON 60 MG TABLET	1		ANTINEOPLÁSICOS
FASLODEX 250 MG/5 ML INTRAMUSCULAR SYRINGE	1		ANTINEOPLÁSICOS
FAVLYXA 2.5 GRAM/100 ML INTRAVENOUS SOLUTION	3	PA	ANTINEOPLÁSICOS
FAVLYXA 250 MG/10 ML INTRAVENOUS SOLUTION	3	PA	ANTINEOPLÁSICOS
FEMARA 2.5 MG TABLET	1	PA	ANTINEOPLÁSICOS
fludarabine 50 mg intravenous solution	1		ANTINEOPLÁSICOS
fludarabine 50 mg/2 ml intravenous solution	1		ANTINEOPLÁSICOS
fluorouracil 1 gram/20 ml intravenous solution	1		ANTINEOPLÁSICOS
fluorouracil 2.5 gram/50 ml intravenous solution	1		ANTINEOPLÁSICOS
fluorouracil 5 gram/100 ml intravenous solution	1		ANTINEOPLÁSICOS
fluorouracil 500 mg/10 ml intravenous solution	1		ANTINEOPLÁSICOS
FOLOTYN 20 MG/ML (1 ML) INTRAVENOUS SOLUTION	3	PA	ANTINEOPLÁSICOS

• MDO: Medicamento de uso únicamente médico • OTC – Medicamentos sin receta • PA – Autorización previa • QL – Límite de cantidad • ST – Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
FOLOTYN 40 MG/2 ML (20 MG/ML) INTRAVENOUS SOLUTION	3	PA	ANTINEOPLÁSICOS
FOTIVDA 0.89 MG CAPSULE	3	PA,QL(21 cada 28 días)	ANTINEOPLÁSICOS
FOTIVDA 1.34 MG CAPSULE	3	PA,QL(21 cada 28 días)	ANTINEOPLÁSICOS
FRINDOVYX 500 MG/ML INTRAVENOUS SOLUTION	1		ANTINEOPLÁSICOS
FRUZAQLA 1 MG CAPSULE	3	PA,QL(84 cada 28 días)	ANTINEOPLÁSICOS
FRUZAQLA 5 MG CAPSULE	3	PA,QL(21 cada 28 días)	ANTINEOPLÁSICOS
fulvestrant 250 mg/5 ml intramuscular syringe	1		ANTINEOPLÁSICOS
FYARRO 100 MG INTRAVENOUS SUSPENSION	3	PA	ANTINEOPLÁSICOS
GAVRETO 100 MG CAPSULE	3	PA,QL(120 cada 30 días)	ANTINEOPLÁSICOS
GAZYVA 1,000 MG/40 ML INTRAVENOUS SOLUTION[MDO]	*		ANTINEOPLÁSICOS
gefitinib 250 mg tablet	1	QL(30 cada 30 días)	ANTINEOPLÁSICOS
gemcitabine 1 gram intravenous solution	1		ANTINEOPLÁSICOS
gemcitabine 1 gram/26.3 ml (38 mg/ml) intravenous solution	3	PA	ANTINEOPLÁSICOS
gemcitabine 100 mg/ml intravenous solution	1		ANTINEOPLÁSICOS
gemcitabine 2 gram intravenous solution	1		ANTINEOPLÁSICOS
gemcitabine 2 gram/52.6 ml (38 mg/ml) intravenous solution	3	PA	ANTINEOPLÁSICOS
gemcitabine 200 mg intravenous solution	1		ANTINEOPLÁSICOS
gemcitabine 200 mg/5.26 ml (38 mg/ml) intravenous solution	1		ANTINEOPLÁSICOS
GILOTRIF 20 MG TABLET	3	PA,QL(30 cada 30 días)	ANTINEOPLÁSICOS
GILOTRIF 30 MG TABLET	3	PA,QL(30 cada 30 días)	ANTINEOPLÁSICOS
GILOTRIF 40 MG TABLET	3	PA,QL(30 cada 30 días)	ANTINEOPLÁSICOS
GLEEVEC 100 MG TABLET	1	PA,QL(90 cada 30 días)	ANTINEOPLÁSICOS
GLEEVEC 400 MG TABLET	1	PA,QL(60 cada 30 días)	ANTINEOPLÁSICOS
GLEOSTINE 10 MG CAPSULE	1	PA,QL(9 cada 42 días)	ANTINEOPLÁSICOS
GLEOSTINE 100 MG CAPSULE	1	PA,QL(5 cada 42 días)	ANTINEOPLÁSICOS
GLIADEL WAFER 7.7 MG IMPLANT	1		ANTINEOPLÁSICOS
GOMEKLI 1 MG CAPSULE	3	PA,QL(126 cada 28 días)	ANTINEOPLÁSICOS
GOMEKLI 1 MG TABLET FOR ORAL SUSPENSION	3	PA,QL(168 cada 28 días)	ANTINEOPLÁSICOS
GOMEKLI 2 MG CAPSULE	3	PA,QL(84 cada 28 días)	ANTINEOPLÁSICOS
GRAFAPEX 1 GRAM INTRAVENOUS SOLUTION[MDO]	*		ANTINEOPLÁSICOS
GRAFAPEX 5 GRAM INTRAVENOUS SOLUTION[MDO]	*		ANTINEOPLÁSICOS

• MDO: Medicamento de uso únicamente médico • OTC – Medicamentos sin receta • PA – Autorización previa • QL – Límite de cantidad • ST – Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
HALAVEN 1 MG/2 ML (0.5 MG/ML) INTRAVENOUS SOLUTION[MDO]	*		ANTINEOPLÁSICOS
HEPZATO (50 MM CATHETER) 50 MG INTRA-ARTERIAL SOLUTION[MDO]	*		ANTINEOPLÁSICOS
HEPZATO (62 MM CATHETER) 50 MG INTRA-ARTERIAL SOLUTION[MDO]	*		ANTINEOPLÁSICOS
HERCEPTIN 150 MG INTRAVENOUS SOLUTION	3	PA	ANTINEOPLÁSICOS
HERCEPTIN HYLECTA 600 MG-10,000 UNIT/5 ML SUBCUTANEOUS SOLUTION	3	PA,QL(5 cada 21 días)	ANTINEOPLÁSICOS
HERCESSI 150 MG INTRAVENOUS SOLUTION	3	PA	ANTINEOPLÁSICOS
HERCESSI 420 MG INTRAVENOUS SOLUTION	3	PA	ANTINEOPLÁSICOS
HERNEXEOS 60 MG TABLET	3	PA,QL(180 cada 30 días)	ANTINEOPLÁSICOS
HERZUMA 150 MG INTRAVENOUS SOLUTION	3	PA	ANTINEOPLÁSICOS
HERZUMA 420 MG INTRAVENOUS SOLUTION	3	PA	ANTINEOPLÁSICOS
HYCAMTIN 0.25 MG CAPSULE	1		ANTINEOPLÁSICOS
HYCAMTIN 1 MG CAPSULE	1		ANTINEOPLÁSICOS
HYDREA 500 MG CAPSULE	1	PA	ANTINEOPLÁSICOS
hydroxyurea 500 mg capsule	1		ANTINEOPLÁSICOS
HYRNUO 10 MG TABLET	3	PA,QL(120 cada 30 días)	ANTINEOPLÁSICOS
IBRANCE 100 MG CAPSULE	3	PA,QL(21 cada 21 días)	ANTINEOPLÁSICOS
IBRANCE 100 MG TABLET	3	PA,QL(21 cada 21 días)	ANTINEOPLÁSICOS
IBRANCE 125 MG CAPSULE	3	PA,QL(21 cada 21 días)	ANTINEOPLÁSICOS
IBRANCE 125 MG TABLET	3	PA,QL(21 cada 21 días)	ANTINEOPLÁSICOS
IBRANCE 75 MG CAPSULE	3	PA,QL(21 cada 21 días)	ANTINEOPLÁSICOS
IBRANCE 75 MG TABLET	3	PA,QL(21 cada 21 días)	ANTINEOPLÁSICOS
IBTROZI 200 MG CAPSULE	3	PA,QL(90 cada 30 días)	ANTINEOPLÁSICOS
ICLUSIG 10 MG TABLET	3	PA,QL(30 cada 30 días)	ANTINEOPLÁSICOS
ICLUSIG 15 MG TABLET	3	PA,QL(60 cada 30 días)	ANTINEOPLÁSICOS
ICLUSIG 30 MG TABLET	3	PA,QL(30 cada 30 días)	ANTINEOPLÁSICOS
ICLUSIG 45 MG TABLET	3	PA,QL(30 cada 30 días)	ANTINEOPLÁSICOS
IDAMYCIN PFS 1 MG/ML INTRAVENOUS SOLUTION	1		ANTINEOPLÁSICOS
idarubicin 1 mg/ml intravenous solution	1		ANTINEOPLÁSICOS
IDHIFA 100 MG TABLET	3	PA,QL(30 cada 30 días)	ANTINEOPLÁSICOS
IDHIFA 50 MG TABLET	3	PA,QL(30 cada 30 días)	ANTINEOPLÁSICOS
IFEX 1 GRAM INTRAVENOUS SOLUTION	1		ANTINEOPLÁSICOS
IFEX 3 GRAM INTRAVENOUS SOLUTION	1		ANTINEOPLÁSICOS
ifosfamide 1 gram intravenous solution	1		ANTINEOPLÁSICOS
ifosfamide 1 gram/20 ml intravenous solution	1		ANTINEOPLÁSICOS

• MDO: Medicamento de uso únicamente médico • OTC – Medicamentos sin receta • PA – Autorización previa • QL – Límite de cantidad • ST – Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
ifosfamide 3 gram intravenous solution	1		ANTINEOPLÁSICOS
ifosfamide 3 gram/60 ml intravenous solution	1		ANTINEOPLÁSICOS
imatinib 100 mg tablet	1	QL(90 cada 30 días)	ANTINEOPLÁSICOS
imatinib 400 mg tablet	1	QL(60 cada 30 días)	ANTINEOPLÁSICOS
IMBRUVICA 140 MG CAPSULE	3	PA,QL(120 cada 30 días)	ANTINEOPLÁSICOS
IMBRUVICA 140 MG TABLET	3	PA,QL(28 cada 28 días)	ANTINEOPLÁSICOS
IMBRUVICA 280 MG TABLET	3	PA,QL(28 cada 28 días)	ANTINEOPLÁSICOS
IMBRUVICA 420 MG TABLET	3	PA,QL(28 cada 28 días)	ANTINEOPLÁSICOS
IMBRUVICA 70 MG CAPSULE	3	PA,QL(28 cada 28 días)	ANTINEOPLÁSICOS
IMBRUVICA 70 MG/ML ORAL SUSPENSION	3	PA,QL(216 cada 36 días)	ANTINEOPLÁSICOS
IMDELLTRA 1 MG INTRAVENOUS SOLUTION[MDO]	*		ANTINEOPLÁSICOS
IMDELLTRA 10 MG INTRAVENOUS SOLUTION[MDO]	*		ANTINEOPLÁSICOS
IMFINZI 50 MG/ML INTRAVENOUS SOLUTION[MDO]	*		ANTINEOPLÁSICOS
IMJUDO 20 MG/ML INTRAVENOUS SOLUTION[MDO]	*		ANTINEOPLÁSICOS
IMKELDI 80 MG/ML ORAL SOLUTION	3	PA,QL(280 cada 28 días)	ANTINEOPLÁSICOS
IMLYGIC 10EXP6 (1 MILLION) PFU/ML SUSPENSION FOR INJECTION[MDO]	*		ANTINEOPLÁSICOS
IMLYGIC 10EXP8 (100 MILLION) PFU/ML SUSPENSION FOR INJECTION[MDO]	*		ANTINEOPLÁSICOS
INLEXZO 225 MG INTRAVESICAL IMPLANT[MDO]	*		ANTINEOPLÁSICOS
INLURIYO 200 MG TABLET	3	PA,QL(56 cada 28 días)	ANTINEOPLÁSICOS
INLYTA 1 MG TABLET	1		ANTINEOPLÁSICOS
INLYTA 5 MG TABLET	1		ANTINEOPLÁSICOS
INQOVI 35 MG-100 MG TABLET	3	PA,QL(5 cada 28 días)	ANTINEOPLÁSICOS
INREBIC 100 MG CAPSULE	3	PA,QL(120 cada 30 días)	ANTINEOPLÁSICOS
IRESSA 250 MG TABLET	1	QL(30 cada 30 días)	ANTINEOPLÁSICOS
irinotecan 100 mg/5 ml intravenous solution	1		ANTINEOPLÁSICOS
irinotecan 300 mg/15 ml intravenous solution	1		ANTINEOPLÁSICOS
irinotecan 40 mg/2 ml intravenous solution	1		ANTINEOPLÁSICOS
irinotecan 500 mg/25 ml intravenous solution	1		ANTINEOPLÁSICOS
ISTODAX 10 MG/2 ML INTRAVENOUS SOLUTION	3	PA	ANTINEOPLÁSICOS
ITOVEBI 3 MG TABLET	3	PA,QL(56 cada 28 días)	ANTINEOPLÁSICOS
ITOVEBI 9 MG TABLET	3	PA,QL(28 cada 28 días)	ANTINEOPLÁSICOS
IVRA 90 MG/ML INTRAVENOUS SOLUTION	3	PA	ANTINEOPLÁSICOS
IWILFIN 192 MG TABLET	3	PA,QL(200 cada 25 días)	ANTINEOPLÁSICOS
IXEMPRA 15 MG INTRAVENOUS SOLUTION[MDO]	*		ANTINEOPLÁSICOS
IXEMPRA 45 MG INTRAVENOUS SOLUTION[MDO]	*		ANTINEOPLÁSICOS

• MDO: Medicamento de uso únicamente médico • OTC – Medicamentos sin receta • PA – Autorización previa • QL – Límite de cantidad • ST – Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
JAKAFI 10 MG TABLET	3	PA,QL(60 cada 30 días)	ANTINEOPLÁSICOS
JAKAFI 15 MG TABLET	3	PA,QL(60 cada 30 días)	ANTINEOPLÁSICOS
JAKAFI 20 MG TABLET	3	PA,QL(60 cada 30 días)	ANTINEOPLÁSICOS
JAKAFI 25 MG TABLET	3	PA,QL(60 cada 30 días)	ANTINEOPLÁSICOS
JAKAFI 5 MG TABLET	1	QL(60 cada 30 días)	ANTINEOPLÁSICOS
JAKAFI XR 11 MG TABLET,EXTENDED RELEASE	3	PA,QL(30 cada 30 días)	ANTINEOPLÁSICOS
JAKAFI XR 22 MG TABLET,EXTENDED RELEASE	3	PA,QL(30 cada 30 días)	ANTINEOPLÁSICOS
JAKAFI XR 33 MG TABLET,EXTENDED RELEASE	3	PA,QL(30 cada 30 días)	ANTINEOPLÁSICOS
JAKAFI XR 44 MG TABLET,EXTENDED RELEASE	3	PA,QL(30 cada 30 días)	ANTINEOPLÁSICOS
JAKAFI XR 55 MG TABLET,EXTENDED RELEASE	3	PA,QL(30 cada 30 días)	ANTINEOPLÁSICOS
JAYPIRCA 100 MG TABLET	3	PA,QL(60 cada 30 días)	ANTINEOPLÁSICOS
JAYPIRCA 50 MG TABLET	3	PA,QL(30 cada 30 días)	ANTINEOPLÁSICOS
JELMYTO 40 MG X 2 INTRA-PYELOCALYCEAL KIT[MDO]	*		ANTINEOPLÁSICOS
JEMPERLI 50 MG/ML INTRAVENOUS SOLUTION	3	PA	ANTINEOPLÁSICOS
JEVTANA 60 MG/1.5 ML (MUST DILUTE TO 10 MG/ML) INTRAVENOUS SOLUTION[MDO]	*		ANTINEOPLÁSICOS
JIDEYTRO 100 MG TABLET	3	PA,QL(30 cada 30 días)	ANTINEOPLÁSICOS
JIDEYTRO 25 MG TABLET	3	PA,QL(90 cada 30 días)	ANTINEOPLÁSICOS
JOBEVNE 25 MG/ML INTRAVENOUS SOLUTION	3	PA	ANTINEOPLÁSICOS
KADCYLA 100 MG INTRAVENOUS SOLUTION[MDO]	*		ANTINEOPLÁSICOS
KADCYLA 160 MG INTRAVENOUS SOLUTION[MDO]	*		ANTINEOPLÁSICOS
KANJINTI 150 MG INTRAVENOUS SOLUTION	3	PA	ANTINEOPLÁSICOS
KANJINTI 420 MG INTRAVENOUS SOLUTION	3	PA	ANTINEOPLÁSICOS
kemoplat 1 mg/ml intravenous solution	1		ANTINEOPLÁSICOS
KEYTRUDA 25 MG/ML INTRAVENOUS SOLUTION[MDO]	*		ANTINEOPLÁSICOS
KEYTRUDA QLEX 395 MG-4,800 UNIT/2.4 ML SUBCUTANEOUS SOLUTION[MDO]	*		ANTINEOPLÁSICOS
KEYTRUDA QLEX 790 MG-9,600 UNIT/4.8 ML SUBCUTANEOUS SOLUTION[MDO]	*		ANTINEOPLÁSICOS
KHAPZORY 175 MG INTRAVENOUS SOLUTION	3	PA	ANTINEOPLÁSICOS
KIMMTRAK 100 MCG/0.5 ML INTRAVENOUS SOLUTION[MDO]	*		ANTINEOPLÁSICOS
KISQALI 200 MG/DAY (200 MG X 1) TABLET	3	PA,QL(21 cada 21 días)	ANTINEOPLÁSICOS
KISQALI 400 MG/DAY (200 MG X 2) TABLET	3	PA,QL(42 cada 21 días)	ANTINEOPLÁSICOS
KISQALI 600 MG/DAY (200 MG X 3) TABLET	3	PA,QL(63 cada 21 días)	ANTINEOPLÁSICOS

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
KOMZIFTI 200 MG CAPSULE	3	PA,QL(90 cada 30 días)	ANTINEOPLÁSICOS
KOSELUGO 10 MG CAPSULE	3	PA,QL(300 cada 30 días)	ANTINEOPLÁSICOS
KOSELUGO 25 MG CAPSULE	3	PA,QL(120 cada 30 días)	ANTINEOPLÁSICOS
KOSELUGO 5 MG SPRINKLE CAPSULE	3	PA,QL(600 cada 30 días)	ANTINEOPLÁSICOS
KOSELUGO 7.5 MG SPRINKLE CAPSULE	3	PA,QL(360 cada 30 días)	ANTINEOPLÁSICOS
KRAZATI 200 MG TABLET	3	PA,QL(180 cada 30 días)	ANTINEOPLÁSICOS
KYMRIAH 0.2 X 10EXP6 TO 2.5 X 10EXP8 CELL INTRAVENOUS SUSPENSION[MDO]	*		ANTINEOPLÁSICOS
KYMRIAH 0.6 X 10EXP8 TO 6 X10EXP8 CELL INTRAVENOUS SUSPENSION[MDO]	*		ANTINEOPLÁSICOS
KYPROLIS 10 MG INTRAVENOUS SOLUTION	1		ANTINEOPLÁSICOS
KYPROLIS 30 MG INTRAVENOUS SOLUTION	1		ANTINEOPLÁSICOS
KYPROLIS 60 MG INTRAVENOUS SOLUTION	1		ANTINEOPLÁSICOS
KYXATA 10 MG/ML INTRAVENOUS SOLUTION	3	PA	ANTINEOPLÁSICOS
lapatinib 250 mg tablet	3	PA,QL(150 cada 30 días)	ANTINEOPLÁSICOS
LAZCLUZE 240 MG TABLET	3	PA,QL(30 cada 30 días)	ANTINEOPLÁSICOS
LAZCLUZE 80 MG TABLET	3	PA,QL(60 cada 30 días)	ANTINEOPLÁSICOS
lenalidomide 10 mg capsule	1		ANTINEOPLÁSICOS
lenalidomide 15 mg capsule	1		ANTINEOPLÁSICOS
lenalidomide 2.5 mg capsule	1		ANTINEOPLÁSICOS
lenalidomide 20 mg capsule	1		ANTINEOPLÁSICOS
lenalidomide 25 mg capsule	1		ANTINEOPLÁSICOS
lenalidomide 5 mg capsule	1		ANTINEOPLÁSICOS
LENVIMA 10 MG/DAY (10 MG X 1) CAPSULE	3	PA,QL(30 cada 30 días)	ANTINEOPLÁSICOS
LENVIMA 12 MG/DAY (4 MG X 3) CAPSULE	3	PA,QL(90 cada 30 días)	ANTINEOPLÁSICOS
LENVIMA 14 MG/DAY(10 MG X 1-4 MG X 1) CAPSULE	3	PA,QL(60 cada 30 días)	ANTINEOPLÁSICOS
LENVIMA 18 MG/DAY (10 MG X 1 AND 4 MG X 2) CAPSULE	3	PA,QL(90 cada 30 días)	ANTINEOPLÁSICOS
LENVIMA 20 MG/DAY (10 MG X 2) CAPSULE	3	PA,QL(60 cada 30 días)	ANTINEOPLÁSICOS
LENVIMA 24 MG PER DAY (10 MG X 2 AND 4 MG X 1) CAPSULE	3	PA,QL(90 cada 30 días)	ANTINEOPLÁSICOS
LENVIMA 4 MG CAPSULE	3	PA,QL(30 cada 30 días)	ANTINEOPLÁSICOS
LENVIMA 8 MG/DAY (4 MG X 2) CAPSULE	3	PA,QL(60 cada 30 días)	ANTINEOPLÁSICOS
letrozole 2.5 mg tablet	1		ANTINEOPLÁSICOS
leucovorin calcium 10 mg tablet	1		ANTINEOPLÁSICOS
leucovorin calcium 10 mg/ml injection solution	3	PA	ANTINEOPLÁSICOS
leucovorin calcium 100 mg solution for injection	1		ANTINEOPLÁSICOS
leucovorin calcium 15 mg tablet	1		ANTINEOPLÁSICOS

• MDO: Medicamento de uso únicamente médico • OTC – Medicamentos sin receta • PA – Autorización previa • QL – Límite de cantidad • ST – Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
leucovorin calcium 200 mg solution for injection	1		ANTINEOPLÁSICOS
leucovorin calcium 25 mg tablet	1		ANTINEOPLÁSICOS
leucovorin calcium 350 mg solution for injection	1		ANTINEOPLÁSICOS
leucovorin calcium 5 mg tablet	1		ANTINEOPLÁSICOS
leucovorin calcium 50 mg solution for injection	1		ANTINEOPLÁSICOS
leucovorin calcium 500 mg solution for injection	1		ANTINEOPLÁSICOS
levoleucovorin calcium 10 mg/ml intravenous solution	1		ANTINEOPLÁSICOS
LEVULAN 20 % TOPICAL SOLUTION[MDO]	*		ANTINEOPLÁSICOS
LIBTAYO 50 MG/ML INTRAVENOUS SOLUTION	3	PA,QL(7 cada 21 días)	ANTINEOPLÁSICOS
LIFYORLI 125MG/DAY(100 MG X1-25MG X1) CAPSULE	3	PA,QL(18 cada 28 días)	ANTINEOPLÁSICOS
LIFYORLI 150MG/DAY(100 MG X1-25MG X2) CAPSULE	3	PA,QL(27 cada 28 días)	ANTINEOPLÁSICOS
lomustine 10 mg capsule	1	QL(9 cada 42 días)	ANTINEOPLÁSICOS
lomustine 100 mg capsule	1	QL(5 cada 42 días)	ANTINEOPLÁSICOS
lomustine 40 mg capsule	1	QL(2 cada 42 días)	ANTINEOPLÁSICOS
LONSURF 15 MG-6.14 MG TABLET	3	PA	ANTINEOPLÁSICOS
LONSURF 20 MG-8.19 MG TABLET	3	PA	ANTINEOPLÁSICOS
LOQTORZI 240 MG/6 ML (40 MG/ML) INTRAVENOUS SOLUTION	3	PA,QL(18 cada 14 días)	ANTINEOPLÁSICOS
LORBRENA 100 MG TABLET	3	PA,QL(30 cada 30 días)	ANTINEOPLÁSICOS
LORBRENA 25 MG TABLET	3	PA,QL(90 cada 30 días)	ANTINEOPLÁSICOS
LUMAKRAS 120 MG TABLET	3	PA,QL(240 cada 30 días)	ANTINEOPLÁSICOS
LUMAKRAS 240 MG TABLET	3	PA,QL(120 cada 30 días)	ANTINEOPLÁSICOS
LUMAKRAS 320 MG TABLET	3	PA,QL(90 cada 30 días)	ANTINEOPLÁSICOS
LUNSUMIO 1 MG/ML INTRAVENOUS SOLUTION[MDO]	*		ANTINEOPLÁSICOS
LUNSUMIO VELO 45 MG/ML SUBCUTANEOUS SOLUTION[MDO]	*		ANTINEOPLÁSICOS
LUNSUMIO VELO 5 MG/0.5 ML SUBCUTANEOUS SOLUTION[MDO]	*		ANTINEOPLÁSICOS
LYMPHIR 300 MCG INTRAVENOUS SOLUTION[MDO]	*		ANTINEOPLÁSICOS
LYNOZYFIC 2 MG/ML INTRAVENOUS SOLUTION[MDO]	*		ANTINEOPLÁSICOS
LYNOZYFIC 20 MG/ML INTRAVENOUS SOLUTION[MDO]	*		ANTINEOPLÁSICOS
LYNPARZA 100 MG TABLET	3	PA,QL(120 cada 30 días)	ANTINEOPLÁSICOS
LYNPARZA 150 MG TABLET	3	PA,QL(120 cada 30 días)	ANTINEOPLÁSICOS
LYSODREN 500 MG TABLET	1		ANTINEOPLÁSICOS
LYTGOBI 12 MG/DAY (4 MG X 3) TABLET	3	PA,QL(84 cada 28 días)	ANTINEOPLÁSICOS
LYTGOBI 16 MG/DAY (4 MG X 4) TABLET	3	PA,QL(112 cada 28 días)	ANTINEOPLÁSICOS
LYTGOBI 20 MG/DAY (4 MG X 5) TABLET	3	PA,QL(140 cada 28 días)	ANTINEOPLÁSICOS
MATULANE 50 MG CAPSULE	1		ANTINEOPLÁSICOS

• MDO: Medicamento de uso únicamente médico • OTC – Medicamentos sin receta • PA – Autorización previa • QL – Límite de cantidad • ST – Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
MEKINIST 0.05 MG/ML ORAL SOLUTION	3	PA,QL(1170 cada 29 dÍas)	ANTINEOPLÁSICOS
MEKINIST 0.5 MG TABLET	3	PA,QL(30 cada 30 dÍas)	ANTINEOPLÁSICOS
MEKINIST 2 MG TABLET	3	PA,QL(30 cada 30 dÍas)	ANTINEOPLÁSICOS
MEKTOVI 15 MG TABLET	3	PA,QL(180 cada 30 dÍas)	ANTINEOPLÁSICOS
melphalan hcl 50 mg intravenous powder for solution	1		ANTINEOPLÁSICOS
mercaptopurine 20 mg/ml oral suspension	1		ANTINEOPLÁSICOS
mercaptopurine 50 mg tablet	1		ANTINEOPLÁSICOS
mesna 100 mg/ml intravenous solution	1		ANTINEOPLÁSICOS
mesna 400 mg tablet	1		ANTINEOPLÁSICOS
MESNEX 100 MG/ML INTRAVENOUS SOLUTION	1		ANTINEOPLÁSICOS
MESNEX 400 MG TABLET	1		ANTINEOPLÁSICOS
mitomycin 20 mg intravenous solution	1		ANTINEOPLÁSICOS
mitomycin 40 mg intravenous solution	1		ANTINEOPLÁSICOS
mitomycin 5 mg intravenous solution	1		ANTINEOPLÁSICOS
mitoxantrone 2 mg/ml concentrate,intravenous	1		ANTINEOPLÁSICOS
MODEYSO 125 MG CAPSULE	3	PA,QL(20 cada 28 dÍas)	ANTINEOPLÁSICOS
MVASI 25 MG/ML INTRAVENOUS SOLUTION	1		ANTINEOPLÁSICOS
MYLOTARG 4.5 MG (1 MG/ML INITIAL CONCENTRATION) INTRAVENOUS SOLUTION[MDO]	*		ANTINEOPLÁSICOS
nelarabine 5 mg/ml intravenous solution	1		ANTINEOPLÁSICOS
NERLYNX 40 MG TABLET	3	PA,QL(180 cada 30 dÍas)	ANTINEOPLÁSICOS
NEXAVAR 200 MG TABLET	1	QL(120 cada 30 dÍas)	ANTINEOPLÁSICOS
nilotinib d-tartrate 150 mg capsule	3	PA,QL(112 cada 28 dÍas)	ANTINEOPLÁSICOS
nilotinib d-tartrate 200 mg capsule	3	PA,QL(112 cada 28 dÍas)	ANTINEOPLÁSICOS
nilotinib d-tartrate 50 mg capsule	3	PA,QL(120 cada 30 dÍas)	ANTINEOPLÁSICOS
nilotinib hcl 150 mg capsule	3	PA,QL(120 cada 30 dÍas)	ANTINEOPLÁSICOS
nilotinib hcl 200 mg capsule	3	PA,QL(120 cada 30 dÍas)	ANTINEOPLÁSICOS
nilotinib hcl 50 mg capsule	3	PA,QL(120 cada 30 dÍas)	ANTINEOPLÁSICOS
nilutamide 150 mg tablet	1		ANTINEOPLÁSICOS
NINLARO 2.3 MG CAPSULE	3	PA,QL(3 cada 28 dÍas)	ANTINEOPLÁSICOS
NINLARO 3 MG CAPSULE	3	PA,QL(3 cada 28 dÍas)	ANTINEOPLÁSICOS
NINLARO 4 MG CAPSULE	3	PA,QL(3 cada 28 dÍas)	ANTINEOPLÁSICOS
NIPENT 10 MG INTRAVENOUS SOLUTION	1		ANTINEOPLÁSICOS
NUBEQA 300 MG TABLET	3	PA,QL(120 cada 30 dÍas)	ANTINEOPLÁSICOS

• MDO: Medicamento de uso únicamente médico • OTC – Medicamentos sin receta • PA – Autorización previa • QL – Límite de cantidad • ST – Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
ODOMZO 200 MG CAPSULE	3	PA,QL(30 cada 30 días)	ANTINEOPLÁSICOS
OGIVRI 150 MG INTRAVENOUS SOLUTION	3	PA	ANTINEOPLÁSICOS
OGIVRI 420 MG INTRAVENOUS SOLUTION	3	PA	ANTINEOPLÁSICOS
OGSIVEO 100 MG TABLET	3	PA,QL(56 cada 28 días)	ANTINEOPLÁSICOS
OGSIVEO 150 MG TABLET	3	PA,QL(56 cada 28 días)	ANTINEOPLÁSICOS
OJEMDA 25 MG/ML ORAL SUSPENSION	3	PA,QL(96 cada 28 días)	ANTINEOPLÁSICOS
OJEMDA 400 MG/WEEK (100 MG X 4) TABLET	3	PA,QL(16 cada 28 días)	ANTINEOPLÁSICOS
OJEMDA 500 MG/WEEK (100 MG X 5) TABLET	3	PA,QL(20 cada 28 días)	ANTINEOPLÁSICOS
OJEMDA 600 MG/WEEK (100 MG X 6) TABLET	3	PA,QL(24 cada 28 días)	ANTINEOPLÁSICOS
OJJAARA 100 MG TABLET	3	PA,QL(30 cada 30 días)	ANTINEOPLÁSICOS
OJJAARA 150 MG TABLET	3	PA,QL(30 cada 30 días)	ANTINEOPLÁSICOS
OJJAARA 200 MG TABLET	3	PA,QL(30 cada 30 días)	ANTINEOPLÁSICOS
ONCASPAR 750 UNIT/ML INJECTION SOLUTION	3	PA	ANTINEOPLÁSICOS
ONIVYDE 4.3 MG/ML INTRAVENOUS DISPERSION[MDO]	*		ANTINEOPLÁSICOS
ONTRUZANT 150 MG INTRAVENOUS SOLUTION	3	PA	ANTINEOPLÁSICOS
ONTRUZANT 420 MG INTRAVENOUS SOLUTION	3	PA	ANTINEOPLÁSICOS
ONUREG 200 MG TABLET	3	PA,QL(14 cada 28 días)	ANTINEOPLÁSICOS
ONUREG 300 MG TABLET	3	PA,QL(14 cada 28 días)	ANTINEOPLÁSICOS
OPDIVO 100 MG/10 ML INTRAVENOUS SOLUTION[MDO]	*		ANTINEOPLÁSICOS
OPDIVO 120 MG/12 ML INTRAVENOUS SOLUTION[MDO]	*		ANTINEOPLÁSICOS
OPDIVO 240 MG/24 ML INTRAVENOUS SOLUTION[MDO]	*		ANTINEOPLÁSICOS
OPDIVO 40 MG/4 ML INTRAVENOUS SOLUTION[MDO]	*		ANTINEOPLÁSICOS
OPDIVO QVANTIG 300 MG-5,000 UNIT/2.5 ML SUBCUTANEOUS SOLUTION[MDO]	*		ANTINEOPLÁSICOS
OPDIVO QVANTIG 600 MG-10,000 UNIT/5 ML SUBCUTANEOUS SOLUTION[MDO]	*		ANTINEOPLÁSICOS
OPDUALAG 240 MG-80 MG/20 ML INTRAVENOUS SOLUTION[MDO]	*		ANTINEOPLÁSICOS
ORGOVYX 120 MG TABLET	3	PA,QL(30 cada 30 días)	ANTINEOPLÁSICOS
ORSERDU 345 MG TABLET	3	PA,QL(30 cada 30 días)	ANTINEOPLÁSICOS
ORSERDU 86 MG TABLET	3	PA,QL(90 cada 30 días)	ANTINEOPLÁSICOS
oxaliplatin 100 mg/20 ml intravenous solution	1		ANTINEOPLÁSICOS
oxaliplatin 50 mg/10 ml (5 mg/ml) intravenous solution	1		ANTINEOPLÁSICOS
paclitaxel 6 mg/ml concentrate,intravenous	1		ANTINEOPLÁSICOS

• MDO: Medicamento de uso únicamente médico • OTC – Medicamentos sin receta • PA – Autorización previa • QL – Límite de cantidad • ST – Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
paclitaxel protein-bound 100 mg intravenous suspension	1		ANTINEOPLÁSICOS
PADCEV 20 MG INTRAVENOUS SOLUTION	3	PA	ANTINEOPLÁSICOS
PADCEV 30 MG INTRAVENOUS SOLUTION	3	PA	ANTINEOPLÁSICOS
pazopanib 200 mg tablet	1	QL(120 cada 30 días)	ANTINEOPLÁSICOS
pazopanib 400 mg tablet	1	QL(60 cada 30 días)	ANTINEOPLÁSICOS
PEDMARK 12.5 GRAM/100 ML (125 MG/ML) INTRAVENOUS SOLUTION	3	PA	ANTINEOPLÁSICOS
PEMAZYRE 13.5 MG TABLET	3	PA,QL(14 cada 21 días)	ANTINEOPLÁSICOS
PEMAZYRE 4.5 MG TABLET	3	PA,QL(14 cada 21 días)	ANTINEOPLÁSICOS
PEMAZYRE 9 MG TABLET	3	PA,QL(14 cada 21 días)	ANTINEOPLÁSICOS
pemetrexed 25 mg/ml intravenous solution	1		ANTINEOPLÁSICOS
pemetrexed disodium 1,000 mg intravenous powder for solution	1		ANTINEOPLÁSICOS
pemetrexed disodium 100 mg intravenous powder for solution	1		ANTINEOPLÁSICOS
pemetrexed disodium 25 mg/ml intravenous solution	1		ANTINEOPLÁSICOS
pemetrexed disodium 500 mg intravenous powder for solution	1		ANTINEOPLÁSICOS
pemetrexed disodium 750 mg intravenous powder for solution	1		ANTINEOPLÁSICOS
PEMFEXY 25 MG/ML INTRAVENOUS SOLUTION	3	PA	ANTINEOPLÁSICOS
PEMRYDI RTU 10 MG/ML INTRAVENOUS SOLUTION	3	PA	ANTINEOPLÁSICOS
PERJETA 420 MG/14 ML (30 MG/ML) INTRAVENOUS SOLUTION[MDO]	*		ANTINEOPLÁSICOS
PHESGO 1,200 MG-600 MG-30,000 UNIT/15 ML SUBCUTANEOUS SOLUTION	3	PA,QL(15 cada 42 días)	ANTINEOPLÁSICOS
PHESGO 600 MG-600 MG-20,000 UNIT/10 ML SUBCUTANEOUS SOLUTION	3	PA,QL(10 cada 21 días)	ANTINEOPLÁSICOS
PHYRAGO 100 MG TABLET	3	PA,QL(30 cada 30 días)	ANTINEOPLÁSICOS
PHYRAGO 140 MG TABLET	3	PA,QL(30 cada 30 días)	ANTINEOPLÁSICOS
PHYRAGO 20 MG TABLET	3	PA,QL(90 cada 30 días)	ANTINEOPLÁSICOS
PHYRAGO 50 MG TABLET	3	PA,QL(90 cada 30 días)	ANTINEOPLÁSICOS
PHYRAGO 70 MG TABLET	3	PA,QL(90 cada 30 días)	ANTINEOPLÁSICOS
PHYRAGO 80 MG TABLET	3	PA,QL(30 cada 30 días)	ANTINEOPLÁSICOS
PIQRAY 200 MG/DAY (200 MG X 1) TABLET	3	PA,QL(28 cada 28 días)	ANTINEOPLÁSICOS
PIQRAY 250 MG/DAY (200 MG X 1 AND 50 MG X 1) TABLET	3	PA,QL(56 cada 28 días)	ANTINEOPLÁSICOS
PIQRAY 300 MG/DAY (150 MG X 2) TABLET	3	PA,QL(56 cada 28 días)	ANTINEOPLÁSICOS

• MDO: Medicamento de uso únicamente médico • OTC – Medicamentos sin receta • PA – Autorización previa • QL – Límite de cantidad • ST – Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
POLIVY 140 MG INTRAVENOUS SOLUTION[MDO]	*		ANTINEOPLÁSICOS
POLIVY 30 MG INTRAVENOUS SOLUTION[MDO]	*		ANTINEOPLÁSICOS
pomalidomide 1 mg capsule	1	QL(21 cada 28 días)	ANTINEOPLÁSICOS
pomalidomide 2 mg capsule	1	QL(21 cada 28 días)	ANTINEOPLÁSICOS
pomalidomide 3 mg capsule	1	QL(21 cada 28 días)	ANTINEOPLÁSICOS
pomalidomide 4 mg capsule	1	QL(21 cada 28 días)	ANTINEOPLÁSICOS
POMALYST 1 MG CAPSULE	1	QL(21 cada 28 días)	ANTINEOPLÁSICOS
POMALYST 2 MG CAPSULE	1	QL(21 cada 28 días)	ANTINEOPLÁSICOS
POMALYST 3 MG CAPSULE	1	QL(21 cada 28 días)	ANTINEOPLÁSICOS
POMALYST 4 MG CAPSULE	1	QL(21 cada 28 días)	ANTINEOPLÁSICOS
POTELIGEO 4 MG/ML INTRAVENOUS SOLUTION[MDO]	*		ANTINEOPLÁSICOS
pralatrexate 20 mg/ml (1 ml) intravenous solution	3	PA	ANTINEOPLÁSICOS
pralatrexate 40 mg/2 ml (20 mg/ml) intravenous solution	3	PA	ANTINEOPLÁSICOS
PROVENGE 50 MILLION CELL/250 ML INTRAVENOUS SUSPENSION[MDO]	*		ANTINEOPLÁSICOS
PURIXAN 20 MG/ML ORAL SUSPENSION	1	PA	ANTINEOPLÁSICOS
QINLOCK 50 MG TABLET	3	PA,QL(90 cada 30 días)	ANTINEOPLÁSICOS
RASONQUE 100 MG TABLET	3	PA,QL(60 cada 30 días)	ANTINEOPLÁSICOS
RASONQUE 150 MG TABLET	3	PA,QL(60 cada 30 días)	ANTINEOPLÁSICOS
RETEVMO 120 MG TABLET	3	PA,QL(60 cada 30 días)	ANTINEOPLÁSICOS
RETEVMO 160 MG TABLET	3	PA,QL(60 cada 30 días)	ANTINEOPLÁSICOS
RETEVMO 40 MG TABLET	3	PA,QL(120 cada 40 días)	ANTINEOPLÁSICOS
RETEVMO 80 MG TABLET	3	PA,QL(60 cada 30 días)	ANTINEOPLÁSICOS
REVLIMID 10 MG CAPSULE	1	PA	ANTINEOPLÁSICOS
REVLIMID 15 MG CAPSULE	1	PA	ANTINEOPLÁSICOS
REVLIMID 2.5 MG CAPSULE	1	PA	ANTINEOPLÁSICOS
REVLIMID 20 MG CAPSULE	1	PA	ANTINEOPLÁSICOS
REVLIMID 25 MG CAPSULE	1	PA	ANTINEOPLÁSICOS
REVLIMID 5 MG CAPSULE	1	PA	ANTINEOPLÁSICOS
REVTORPYK 180 MG INTRAVENOUS SOLUTION	3	PA,QL(3 cada 28 días)	ANTINEOPLÁSICOS
REVUFORJ 110 MG TABLET	3	PA,QL(60 cada 30 días)	ANTINEOPLÁSICOS
REVUFORJ 160 MG TABLET	3	PA,QL(60 cada 30 días)	ANTINEOPLÁSICOS

• MDO: Medicamento de uso únicamente médico • OTC – Medicamentos sin receta • PA – Autorización previa • QL – Límite de cantidad • ST – Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
REVUFORJ 25 MG TABLET	3	PA,QL(240 cada 30 días)	ANTINEOPLÁSICOS
REZLIDHIA 150 MG CAPSULE	3	PA,QL(60 cada 30 días)	ANTINEOPLÁSICOS
RIABNI 10 MG/ML INTRAVENOUS SOLUTION[MDO]	*		ANTINEOPLÁSICOS
RITUXAN 10 MG/ML CONCENTRATE,INTRAVENOUS[MDO]	*		ANTINEOPLÁSICOS
RITUXAN HYCELA 1,400 MG/11.7 ML (120 MG/ML) SUBCUTANEOUS SOLUTION[MDO]	*		ANTINEOPLÁSICOS
RITUXAN HYCELA 1,600 MG/13.4 ML (120 MG/ML) SUBCUTANEOUS SOLUTION[MDO]	*		ANTINEOPLÁSICOS
romidepsin 10 mg/2 ml intravenous powder for solution	3	PA	ANTINEOPLÁSICOS
ROMIDEPSIN 5 MG/ML INTRAVENOUS SOLUTION	3	PA	ANTINEOPLÁSICOS
ROMVIMZA 14 MG CAPSULE	3	PA,QL(8 cada 28 días)	ANTINEOPLÁSICOS
ROMVIMZA 20 MG CAPSULE	3	PA,QL(8 cada 28 días)	ANTINEOPLÁSICOS
ROMVIMZA 30 MG CAPSULE	3	PA,QL(8 cada 28 días)	ANTINEOPLÁSICOS
ROZLYTREK 100 MG CAPSULE	3	PA,QL(30 cada 30 días)	ANTINEOPLÁSICOS
ROZLYTREK 200 MG CAPSULE	3	PA,QL(90 cada 30 días)	ANTINEOPLÁSICOS
ROZLYTREK 50 MG ORAL PELLETS IN PACKET	3	PA,QL(336 cada 28 días)	ANTINEOPLÁSICOS
RUBRACA 200 MG TABLET	3	PA,QL(120 cada 30 días)	ANTINEOPLÁSICOS
RUBRACA 250 MG TABLET	3	PA,QL(120 cada 30 días)	ANTINEOPLÁSICOS
RUBRACA 300 MG TABLET	3	PA,QL(120 cada 30 días)	ANTINEOPLÁSICOS
RUXIENCE 10 MG/ML INTRAVENOUS SOLUTION[MDO]	*		ANTINEOPLÁSICOS
RYBREVANT 50 MG/ML INTRAVENOUS SOLUTION[MDO]	*		ANTINEOPLÁSICOS
RYBREVANT FASPRO 1,600 MG-20,000 UNIT/10 ML SUBCUTANEOUS SOLUTION[MDO]	*		ANTINEOPLÁSICOS
RYBREVANT FASPRO 2,240 MG-28,000 UNIT/14 ML SUBCUTANEOUS SOLUTION[MDO]	*		ANTINEOPLÁSICOS
RYBREVANT FASPRO 2,400 MG-30,000 UNIT/15 ML SUBCUTANEOUS SOLUTION[MDO]	*		ANTINEOPLÁSICOS
RYBREVANT FASPRO 3,520 MG-44,000 UNIT/22 ML SUBCUTANEOUS SOLUTION[MDO]	*		ANTINEOPLÁSICOS
RYDAPT 25 MG CAPSULE	1	QL(224 cada 28 días)	ANTINEOPLÁSICOS
RYLAZE 10 MG/0.5 ML INTRAMUSCULAR SOLUTION	3	PA	ANTINEOPLÁSICOS
RYTELO 188 MG INTRAVENOUS SOLUTION[MDO]	*		ANTINEOPLÁSICOS
RYTELO 47 MG INTRAVENOUS SOLUTION[MDO]	*		ANTINEOPLÁSICOS
SARCLISA 20 MG/ML INTRAVENOUS SOLUTION[MDO]	*		ANTINEOPLÁSICOS
SARCLISA ESCENA 1,400 MG/10 ML SUBCUTANEOUS SOLUTION[MDO]	*		ANTINEOPLÁSICOS
SCEMBLIX 100 MG TABLET	3	PA,QL(120 cada 30 días)	ANTINEOPLÁSICOS

• MDO: Medicamento de uso únicamente médico • OTC – Medicamentos sin receta • PA – Autorización previa • QL – Límite de cantidad • ST – Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
SCEMBLIX 20 MG TABLET	3	PA,QL(60 cada 30 días)	ANTINEOPLÁSICOS
SCEMBLIX 40 MG TABLET	3	PA,QL(300 cada 30 días)	ANTINEOPLÁSICOS
SOLTAMOX 20 MG/10 ML ORAL SOLUTION	1	QL(300 cada 30 días)	ANTINEOPLÁSICOS
sorafenib 200 mg tablet	1	QL(120 cada 30 días)	ANTINEOPLÁSICOS
SPRYCEL 100 MG TABLET	3	PA,QL(30 cada 30 días)	ANTINEOPLÁSICOS
SPRYCEL 140 MG TABLET	3	PA,QL(30 cada 30 días)	ANTINEOPLÁSICOS
SPRYCEL 20 MG TABLET	3	PA,QL(90 cada 30 días)	ANTINEOPLÁSICOS
SPRYCEL 50 MG TABLET	3	PA,QL(60 cada 30 días)	ANTINEOPLÁSICOS
SPRYCEL 70 MG TABLET	3	PA,QL(30 cada 30 días)	ANTINEOPLÁSICOS
SPRYCEL 80 MG TABLET	3	PA,QL(30 cada 30 días)	ANTINEOPLÁSICOS
STIVARGA 40 MG TABLET	3	PA,QL(112 cada 28 días)	ANTINEOPLÁSICOS
sunitinib malate 12.5 mg capsule	1		ANTINEOPLÁSICOS
sunitinib malate 25 mg capsule	1		ANTINEOPLÁSICOS
sunitinib malate 37.5 mg capsule	1		ANTINEOPLÁSICOS
sunitinib malate 50 mg capsule	1		ANTINEOPLÁSICOS
SUTENT 12.5 MG CAPSULE	1		ANTINEOPLÁSICOS
SUTENT 25 MG CAPSULE	1		ANTINEOPLÁSICOS
SUTENT 37.5 MG CAPSULE	1	PA	ANTINEOPLÁSICOS
SUTENT 50 MG CAPSULE	1		ANTINEOPLÁSICOS
TABRECTA 150 MG TABLET	3	PA,QL(112 cada 28 días)	ANTINEOPLÁSICOS
TABRECTA 200 MG TABLET	3	PA,QL(112 cada 28 días)	ANTINEOPLÁSICOS
TAFINLAR 10 MG TABLET FOR ORAL SUSPENSION	3	PA,QL(840 cada 28 días)	ANTINEOPLÁSICOS
TAFINLAR 50 MG CAPSULE	3	PA,QL(120 cada 30 días)	ANTINEOPLÁSICOS
TAFINLAR 75 MG CAPSULE	3	PA,QL(120 cada 30 días)	ANTINEOPLÁSICOS
TAGRISSO 40 MG TABLET	3	PA,QL(30 cada 30 días)	ANTINEOPLÁSICOS
TAGRISSO 80 MG TABLET	3	PA,QL(30 cada 30 días)	ANTINEOPLÁSICOS
TALVEY 2 MG/ML SUBCUTANEOUS SOLUTION[MDO]	*		ANTINEOPLÁSICOS
TALVEY 40 MG/ML SUBCUTANEOUS SOLUTION[MDO]	*		ANTINEOPLÁSICOS
TALZENNA 0.1 MG CAPSULE	3	PA,QL(30 cada 30 días)	ANTINEOPLÁSICOS
TALZENNA 0.25 MG CAPSULE	3	PA,QL(90 cada 30 días)	ANTINEOPLÁSICOS
TALZENNA 0.35 MG CAPSULE	3	PA,QL(30 cada 30 días)	ANTINEOPLÁSICOS

• MDO: Medicamento de uso únicamente médico • OTC – Medicamentos sin receta • PA – Autorización previa • QL – Límite de cantidad • ST – Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
TALZENNA 0.5 MG CAPSULE	3	PA,QL(30 cada 30 días)	ANTINEOPLÁSICOS
TALZENNA 0.75 MG CAPSULE	3	PA,QL(30 cada 30 días)	ANTINEOPLÁSICOS
TALZENNA 1 MG CAPSULE	3	PA,QL(30 cada 30 días)	ANTINEOPLÁSICOS
tamoxifen 10 mg tablet	1		ANTINEOPLÁSICOS
tamoxifen 20 mg tablet	1		ANTINEOPLÁSICOS
TASIGNA 150 MG CAPSULE	3	PA,QL(120 cada 30 días)	ANTINEOPLÁSICOS
TASIGNA 200 MG CAPSULE	3	PA,QL(120 cada 30 días)	ANTINEOPLÁSICOS
TASIGNA 50 MG CAPSULE	3	PA,QL(120 cada 30 días)	ANTINEOPLÁSICOS
TECARTUS 1X10EXP6 TO 1X10EXP8 CELL INTRAVENOUS SUSPENSION[MDO]	*		ANTINEOPLÁSICOS
TECARTUS 2X10EXP6 TO 2X10EXP8 CELL INTRAVENOUS SUSPENSION[MDO]	*		ANTINEOPLÁSICOS
TECELRA 1.62X 10EXP9 TO 10X 10EXP9 CELL INTRAVENOUS SUSPENSION[MDO]	*		ANTINEOPLÁSICOS
TECENTRIQ 1,200 MG/20 ML (60 MG/ML) INTRAVENOUS SOLUTION[MDO]	*		ANTINEOPLÁSICOS
TECENTRIQ 840 MG/14 ML (60 MG/ML) INTRAVENOUS SOLUTION[MDO]	*		ANTINEOPLÁSICOS
TECENTRIQ HYBREZA 1,875 MG-30,000 UNIT/15 ML SUBCUTANEOUS SOLUTION[MDO]	*		ANTINEOPLÁSICOS
TECVAYLI 10 MG/ML SUBCUTANEOUS SOLUTION[MDO]	*		ANTINEOPLÁSICOS
TECVAYLI 90 MG/ML SUBCUTANEOUS SOLUTION[MDO]	*		ANTINEOPLÁSICOS
TEMODAR 100 MG INTRAVENOUS SOLUTION	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
temsirolimus 25 mg/ml (must be diluted to 10 mg/ml) intravenous soln	1		ANTINEOPLÁSICOS
TEPADINA 100 MG SOLUTION FOR INJECTION	1		ANTINEOPLÁSICOS
TEPADINA 15 MG SOLUTION FOR INJECTION	1		ANTINEOPLÁSICOS
TEPADINA 200 MG INJECTION SOLUTION	1		ANTINEOPLÁSICOS
TEPADINA 400 MG INJECTION SOLUTION	1		ANTINEOPLÁSICOS
TEPMETKO 225 MG TABLET	3	PA,QL(60 cada 30 días)	ANTINEOPLÁSICOS
TEPYLUTE 10 MG/ML INTRAVENOUS SOLUTION	1		ANTINEOPLÁSICOS
TEVIMBRA 10 MG/ML INTRAVENOUS SOLUTION	3	PA	ANTINEOPLÁSICOS
THALOMID 100 MG CAPSULE	1		ANTINEOPLÁSICOS
THALOMID 50 MG CAPSULE	1		ANTINEOPLÁSICOS
thiotepa 100 mg solution for injection	1		ANTINEOPLÁSICOS
thiotepa 15 mg solution for injection	1		ANTINEOPLÁSICOS
TIBSOVO 250 MG TABLET	3	PA,QL(60 cada 30 días)	ANTINEOPLÁSICOS

• MDO: Medicamento de uso únicamente médico • OTC – Medicamentos sin receta • PA – Autorización previa • QL – Límite de cantidad • ST – Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
TICE BCG 50 MG INTRAVESICAL SUSPENSION	1		ANTINEOPLÁSICOS
TIVDAK 40 MG INTRAVENOUS SOLUTION	3	PA,QL(5 cada 21 días)	ANTINEOPLÁSICOS
topotecan 4 mg intravenous solution	1		ANTINEOPLÁSICOS
topotecan 4 mg/4 ml (1 mg/ml) intravenous solution	1		ANTINEOPLÁSICOS
toremifene 60 mg tablet	1		ANTINEOPLÁSICOS
TORISEL 25 MG/ML (MUST BE DILUTED TO 10 MG/ML) INTRAVENOUS SOLUTION	1		ANTINEOPLÁSICOS
torpenz 10 mg tablet	3	PA,QL(28 cada 28 días)	ANTINEOPLÁSICOS
torpenz 2.5 mg tablet	3	PA,QL(28 cada 28 días)	ANTINEOPLÁSICOS
torpenz 5 mg tablet	3	PA,QL(28 cada 28 días)	ANTINEOPLÁSICOS
torpenz 7.5 mg tablet	3	PA,QL(28 cada 28 días)	ANTINEOPLÁSICOS
TRAZIMERA 150 MG INTRAVENOUS SOLUTION	3	PA	ANTINEOPLÁSICOS
TRAZIMERA 420 MG INTRAVENOUS SOLUTION	3	PA	ANTINEOPLÁSICOS
TREANDA 100 MG INTRAVENOUS POWDER FOR SOLUTION	1		ANTINEOPLÁSICOS
TREANDA 25 MG INTRAVENOUS POWDER FOR SOLUTION	1		ANTINEOPLÁSICOS
tretinoin (antineoplastic) 10 mg capsule	1	QL(90 cada 30 días)	ANTINEOPLÁSICOS
TRISENOX 2 MG/ML INTRAVENOUS SOLUTION	1		ANTINEOPLÁSICOS
TRODELVY 180 MG INTRAVENOUS SOLUTION	3	PA	ANTINEOPLÁSICOS
TRUQAP 160 MG TABLET	3	PA,QL(64 cada 28 días)	ANTINEOPLÁSICOS
TRUQAP 200 MG TABLET	3	PA,QL(64 cada 28 días)	ANTINEOPLÁSICOS
TRUXIMA 10 MG/ML INTRAVENOUS SOLUTION[MDO]	*		ANTINEOPLÁSICOS
TUDRIQEV 10EXP6 PFU/ML INTRATUMORAL SUSPENSION[MDO]	*		ANTINEOPLÁSICOS
TUDRIQEV 10EXP7 PFU/ML INTRATUMORAL SUSPENSION[MDO]	*		ANTINEOPLÁSICOS
TUKYSA 150 MG TABLET	3	PA,QL(120 cada 30 días)	ANTINEOPLÁSICOS
TUKYSA 50 MG TABLET	3	PA,QL(60 cada 30 días)	ANTINEOPLÁSICOS
TURALIO 125 MG CAPSULE	3	PA,QL(120 cada 30 días)	ANTINEOPLÁSICOS
TYKERB 250 MG TABLET	3	PA,QL(150 cada 30 días)	ANTINEOPLÁSICOS
UNITUXIN 3.5 MG/ML INTRAVENOUS SOLUTION	1	QL(20 cada 4 días)	ANTINEOPLÁSICOS
UNLOXCYT 300 MG/5 ML (60 MG/ML) INTRAVENOUS SOLUTION[MDO]	*		ANTINEOPLÁSICOS
VALCHLOR 0.016 % TOPICAL GEL	1	QL(60 cada 30 días)	ANTINEOPLÁSICOS
valrubicin 40 mg/ml intravesical solution	1		ANTINEOPLÁSICOS
VALSTAR 40 MG/ML INTRAVESICAL SOLUTION	1		ANTINEOPLÁSICOS
VANFLYTA 17.7 MG TABLET	3	PA,QL(56 cada 28 días)	ANTINEOPLÁSICOS

• MDO: Medicamento de uso únicamente médico • OTC – Medicamentos sin receta • PA – Autorización previa • QL – Límite de cantidad • ST – Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
VANFLYTA 26.5 MG TABLET	3	PA,QL(56 cada 28 días)	ANTINEOPLÁSICOS
VECTIBIX 100 MG/5 ML (20 MG/ML) INTRAVENOUS SOLUTION	1		ANTINEOPLÁSICOS
VECTIBIX 400 MG/20 ML (20 MG/ML) INTRAVENOUS SOLUTION	1		ANTINEOPLÁSICOS
VEGZELMA 25 MG/ML INTRAVENOUS SOLUTION	1		ANTINEOPLÁSICOS
VELCADE 3.5 MG SOLUTION FOR INJECTION	1		ANTINEOPLÁSICOS
VENCLEXTA 10 MG TABLET	3	PA,QL(14 cada 7 días)	ANTINEOPLÁSICOS
VENCLEXTA 100 MG TABLET	3	PA,QL(120 cada 30 días)	ANTINEOPLÁSICOS
VENCLEXTA 50 MG TABLET	3	PA,QL(7 cada 7 días)	ANTINEOPLÁSICOS
VENCLEXTA STARTING PACK 10 MG-50 MG-100 MG TABLETS IN A DOSE PACK	3	PA,QL(42 cada 28 días)	ANTINEOPLÁSICOS
VEPESID 50 MG CAPSULE	1	PA	ANTINEOPLÁSICOS
VEPPANU 100 MG TABLET	3	PA,QL(30 cada 30 días)	ANTINEOPLÁSICOS
VEPPANU 200 MG TABLET	3	PA,QL(30 cada 30 días)	ANTINEOPLÁSICOS
VERZENIO 100 MG TABLET	3	PA,QL(120 cada 30 días)	ANTINEOPLÁSICOS
VERZENIO 150 MG TABLET	3	PA,QL(60 cada 30 días)	ANTINEOPLÁSICOS
VERZENIO 200 MG TABLET	3	PA,QL(60 cada 30 días)	ANTINEOPLÁSICOS
VERZENIO 50 MG TABLET	3	PA,QL(60 cada 30 días)	ANTINEOPLÁSICOS
VIDAZA 100 MG SOLUTION FOR INJECTION	1		ANTINEOPLÁSICOS
vinblastine 1 mg/ml intravenous solution	1		ANTINEOPLÁSICOS
vincristine 1 mg/ml intravenous solution	1		ANTINEOPLÁSICOS
vincristine 2 mg/2 ml intravenous solution	1		ANTINEOPLÁSICOS
vinorelbine 10 mg/ml intravenous solution	1		ANTINEOPLÁSICOS
vinorelbine 50 mg/5 ml intravenous solution	1		ANTINEOPLÁSICOS
VISTOGARD 10 GRAM ORAL GRANULES IN PACKET	3	PA,QL(20 cada 5 días)	ANTINEOPLÁSICOS
VITRAKVI 100 MG CAPSULE	3	PA	ANTINEOPLÁSICOS
VITRAKVI 20 MG/ML ORAL SOLUTION	3	PA	ANTINEOPLÁSICOS
VITRAKVI 25 MG CAPSULE	3	PA	ANTINEOPLÁSICOS
VIVIMUSTA 25 MG/ML INTRAVENOUS SOLUTION	1		ANTINEOPLÁSICOS
VIZIMPRO 15 MG TABLET	3	PA,QL(30 cada 30 días)	ANTINEOPLÁSICOS
VIZIMPRO 30 MG TABLET	3	PA,QL(30 cada 30 días)	ANTINEOPLÁSICOS
VIZIMPRO 45 MG TABLET	3	PA,QL(30 cada 30 días)	ANTINEOPLÁSICOS
VONJO 100 MG CAPSULE	3	PA,QL(120 cada 30 días)	ANTINEOPLÁSICOS
VORANIGO 10 MG TABLET	3	PA,QL(60 cada 30 días)	ANTINEOPLÁSICOS
VORANIGO 40 MG TABLET	3	PA,QL(30 cada 30 días)	ANTINEOPLÁSICOS

• MDO: Medicamento de uso únicamente médico • OTC – Medicamentos sin receta • PA – Autorización previa • QL – Límite de cantidad • ST – Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
VOTRIENT 200 MG TABLET	1	PA,QL(120 cada 30 días)	ANTINEOPLÁSICOS
VYKOURA 10 MG/ML INJECTION SOLUTION	3	PA	ANTINEOPLÁSICOS
VYLOY 100 MG INTRAVENOUS SOLUTION[MDO]	*		ANTINEOPLÁSICOS
VYLOY 300 MG INTRAVENOUS SOLUTION[MDO]	*		ANTINEOPLÁSICOS
VYXEOS 44 MG-100 MG INTRAVENOUS SOLUTION[MDO]	*		ANTINEOPLÁSICOS
XALKORI 150 MG ORAL PELLETS	3	PA,QL(180 cada 30 días)	ANTINEOPLÁSICOS
XALKORI 20 MG ORAL PELLETS	3	PA,QL(120 cada 30 días)	ANTINEOPLÁSICOS
XALKORI 200 MG CAPSULE	3	PA,QL(60 cada 30 días)	ANTINEOPLÁSICOS
XALKORI 250 MG CAPSULE	3	PA,QL(60 cada 30 días)	ANTINEOPLÁSICOS
XALKORI 50 MG ORAL PELLETS	3	PA,QL(120 cada 30 días)	ANTINEOPLÁSICOS
XOSPATA 40 MG TABLET	3	PA,QL(90 cada 30 días)	ANTINEOPLÁSICOS
XPOVIO 100 MG/WEEK (50 MG X 2) TABLET	3	PA,QL(8 cada 28 días)	ANTINEOPLÁSICOS
XPOVIO 40 MG TWICE WEEK (40 MG X 2) TABLET	3	PA,QL(8 cada 28 días)	ANTINEOPLÁSICOS
XPOVIO 40 MG/WEEK (10 MG X 4) TABLET	3	PA,QL(16 cada 28 días)	ANTINEOPLÁSICOS
XPOVIO 40 MG/WEEK (40 MG X 1) TABLET	3	PA,QL(4 cada 28 días)	ANTINEOPLÁSICOS
XPOVIO 60 MG TWICE WEEKLY (120 MG/WEEK) (20 MG X 6) TABLET	3	PA,QL(24 cada 28 días)	ANTINEOPLÁSICOS
XPOVIO 60 MG/WEEK (60 MG X 1) TABLET	3	PA,QL(4 cada 28 días)	ANTINEOPLÁSICOS
XPOVIO 80 MG TWICE WEEKLY (160 MG/WEEK) (20 MG X 8) TABLET	3	PA,QL(32 cada 28 días)	ANTINEOPLÁSICOS
XPOVIO 80 MG/WEEK (40 MG X 2) TABLET	3	PA,QL(8 cada 28 días)	ANTINEOPLÁSICOS
XPOVIO 80 MG/WEEK (80 MG X 1) TABLET	3	PA,QL(4 cada 28 días)	ANTINEOPLÁSICOS
XTANDI 40 MG CAPSULE	3	PA,QL(120 cada 30 días)	ANTINEOPLÁSICOS
XTANDI 40 MG TABLET	3	PA,QL(120 cada 30 días)	ANTINEOPLÁSICOS
XTANDI 80 MG TABLET	3	PA,QL(60 cada 30 días)	ANTINEOPLÁSICOS
YERVOY 200 MG/40 ML (5 MG/ML) INTRAVENOUS SOLUTION[MDO]	*		ANTINEOPLÁSICOS
YERVOY 50 MG/10 ML (5 MG/ML) INTRAVENOUS SOLUTION[MDO]	*		ANTINEOPLÁSICOS
YESCARTA INTRAVENOUS SUSPENSION[MDO]	*		ANTINEOPLÁSICOS
YONDELIS 1 MG INTRAVENOUS SOLUTION[MDO]	*		ANTINEOPLÁSICOS
YONSA 125 MG TABLET	3	PA,QL(120 cada 30 días)	ANTINEOPLÁSICOS
yulithira 10 mg tablet	3	PA,QL(28 cada 28 días)	ANTINEOPLÁSICOS

• MDO: Medicamento de uso únicamente médico • OTC – Medicamentos sin receta • PA – Autorización previa • QL – Límite de cantidad • ST – Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
yulithira 2.5 mg tablet	3	PA,QL(28 cada 28 días)	ANTINEOPLÁSICOS
yulithira 5 mg tablet	3	PA,QL(28 cada 28 días)	ANTINEOPLÁSICOS
yulithira 7.5 mg tablet	3	PA,QL(28 cada 28 días)	ANTINEOPLÁSICOS
ZALTRAP 100 MG/4 ML (25 MG/ML) INTRAVENOUS SOLUTION	1		ANTINEOPLÁSICOS
ZALTRAP 200 MG/8 ML (25 MG/ML) INTRAVENOUS SOLUTION	1		ANTINEOPLÁSICOS
ZANOSAR 1 GRAM INTRAVENOUS SOLUTION	3	PA	ANTINEOPLÁSICOS
ZEJULA 100 MG TABLET	3	PA,QL(30 cada 30 días)	ANTINEOPLÁSICOS
ZEJULA 200 MG TABLET	3	PA,QL(30 cada 30 días)	ANTINEOPLÁSICOS
ZEJULA 300 MG TABLET	3	PA,QL(30 cada 30 días)	ANTINEOPLÁSICOS
ZELBORAF 240 MG TABLET	3	PA,QL(240 cada 30 días)	ANTINEOPLÁSICOS
ZENBEXUS 0.75 MG CAPSULE	3	PA,QL(21 cada 28 días)	ANTINEOPLÁSICOS
ZENBEXUS 1 MG CAPSULE	3	PA,QL(21 cada 28 días)	ANTINEOPLÁSICOS
ZEPZELCA 4 MG INTRAVENOUS SOLUTION	3	PA	ANTINEOPLÁSICOS
ZIIHERA 300 MG INTRAVENOUS SOLUTION	3	PA	ANTINEOPLÁSICOS
ZIRABEV 25 MG/ML INTRAVENOUS SOLUTION	1		ANTINEOPLÁSICOS
ZOLINZA 100 MG CAPSULE	3	PA,QL(120 cada 30 días)	ANTINEOPLÁSICOS
ZUSDURI 40 MG X 2 INTRAVESICAL KIT[MDO]	*		ANTINEOPLÁSICOS
ZYDELIG 100 MG TABLET	3	PA,QL(60 cada 30 días)	ANTINEOPLÁSICOS
ZYDELIG 150 MG TABLET	3	PA,QL(60 cada 30 días)	ANTINEOPLÁSICOS
ZYKADIA 150 MG TABLET	3	PA,QL(84 cada 28 días)	ANTINEOPLÁSICOS
ZYNLONTA 10 MG INTRAVENOUS SOLUTION	3	PA	ANTINEOPLÁSICOS
ZYNYZ 500 MG/20 ML INTRAVENOUS SOLUTION[MDO]	*		ANTINEOPLÁSICOS
ZYTIGA 250 MG TABLET	3	PA,QL(120 cada 30 días)	ANTINEOPLÁSICOS
ZYTIGA 500 MG TABLET	3	PA,QL(60 cada 30 días)	ANTINEOPLÁSICOS
albendazole 200 mg tablet	1	QL(6 cada 3 días)	ANTIPARASITARIOS
ALINIA 100 MG/5 ML ORAL SUSPENSION	3	PA,QL(60 cada 3 días)	ANTIPARASITARIOS
ARTESUNATE 110 MG INTRAVENOUS SOLUTION[MDO]	*		ANTIPARASITARIOS
atovaquone 250 mg-proguanil 100 mg tablet	1		ANTIPARASITARIOS
atovaquone 750 mg/5 ml oral suspension	1		ANTIPARASITARIOS
atovaquone-proguanil (pediatric) 62.5 mg-25 mg tablet	1		ANTIPARASITARIOS
benznidazole 100 mg tablet	3	PA	ANTIPARASITARIOS
benznidazole 12.5 mg tablet	3	PA	ANTIPARASITARIOS

• MDO: Medicamento de uso únicamente médico • OTC – Medicamentos sin receta • PA – Autorización previa • QL – Límite de cantidad • ST – Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
chloroquine 250 mg tablet	3		ANTIPARASITARIOS
chloroquine 500 mg tablet	3		ANTIPARASITARIOS
COARTEM 20 MG-120 MG TABLET	1		ANTIPARASITARIOS
emverm 100 mg chewable tablet	3	PA,QL(6 cada 30 días)	ANTIPARASITARIOS
hydroxychloroquine 100 mg tablet	1		ANTIPARASITARIOS
hydroxychloroquine 200 mg tablet	1		ANTIPARASITARIOS
hydroxychloroquine 300 mg tablet	1		ANTIPARASITARIOS
hydroxychloroquine 400 mg tablet	1		ANTIPARASITARIOS
IMPAVIDO 50 MG CAPSULE	3	PA,QL(84 cada 28 días)	ANTIPARASITARIOS
ivermectin 0.5 % lotion[OTC]	3	PA,QL(117 cada 1 días)	ANTIPARASITARIOS
ivermectin 3 mg tablet	3	PA	ANTIPARASITARIOS
ivermectin 6 mg tablet	3	PA	ANTIPARASITARIOS
KRINTAFEL 150 MG TABLET	1	QL(2 cada 1 días)	ANTIPARASITARIOS
LAMPIT 120 MG TABLET	3	PA,QL(225 cada 30 días)	ANTIPARASITARIOS
LAMPIT 30 MG TABLET	3	PA,QL(270 cada 30 días)	ANTIPARASITARIOS
MALARONE 250 MG-100 MG TABLET	1	PA	ANTIPARASITARIOS
MALARONE PEDIATRIC 62.5 MG-25 MG TABLET	1	PA	ANTIPARASITARIOS
mefloquine 250 mg tablet	1		ANTIPARASITARIOS
MEPRON 750 MG/5 ML ORAL SUSPENSION	1	PA	ANTIPARASITARIOS
NEBUPENT 300 MG SOLUTION FOR INHALATION	1	PA	ANTIPARASITARIOS
nitazoxanide 500 mg tablet	3	PA,QL(6 cada 3 días)	ANTIPARASITARIOS
PENTAM 300 MG SOLUTION FOR INJECTION	1		ANTIPARASITARIOS
pentamidine 300 mg solution for inhalation	1		ANTIPARASITARIOS
pentamidine 300 mg solution for injection	1		ANTIPARASITARIOS
praziquantel 600 mg tablet	1	QL(6 cada 30 días)	ANTIPARASITARIOS
primaquine 26.3 mg (15 mg base) tablet	1		ANTIPARASITARIOS
pyrimethamine 25 mg tablet	3	PA,QL(63 cada 21 días)	ANTIPARASITARIOS
quinine 324 mg capsule	3	PA	ANTIPARASITARIOS
SKLICE 0.5 % LOTION[OTC]	3	PA,QL(117 cada 1 días)	ANTIPARASITARIOS
SOVUNA 200 MG TABLET	1	PA	ANTIPARASITARIOS
SOVUNA 300 MG TABLET	2		ANTIPARASITARIOS
STROMECTOL 3 MG TABLET	3	PA	ANTIPARASITARIOS
ABILIFY 10 MG TABLET	1	PA,QL(60 cada 30 días)	ANTIPSICÓTICOS
ABILIFY 15 MG TABLET	1	PA,QL(60 cada 30 días)	ANTIPSICÓTICOS
ABILIFY 2 MG TABLET	1	PA,QL(60 cada 30 días)	ANTIPSICÓTICOS
ABILIFY 20 MG TABLET	1	PA,QL(60 cada 30 días)	ANTIPSICÓTICOS
ABILIFY 30 MG TABLET	1	PA,QL(60 cada 30 días)	ANTIPSICÓTICOS
ABILIFY 5 MG TABLET	1	PA,QL(60 cada 30 días)	ANTIPSICÓTICOS

• MDO: Medicamento de uso únicamente médico • OTC – Medicamentos sin receta • PA – Autorización previa • QL – Límite de cantidad • ST – Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
ABILIFY ASIMTUFII 720 MG/2.4 ML SUSPENSION, EXTEND.REL. IM SYRINGE	3	QL(2.4 cada 56 días)	ANTIPSICÓTICOS
ABILIFY ASIMTUFII 960 MG/3.2 ML SUSPENSION, EXTEND.REL. IM SYRINGE	3	QL(3.2 cada 56 días)	ANTIPSICÓTICOS
ABILIFY MAINTENA 300 MG INTRAMUSCULAR SUSPENSION,EXTENDED RELEASE	1	QL(1 cada 28 días)	ANTIPSICÓTICOS
ABILIFY MAINTENA 300 MG SUSPENSION,EXTENDED REL. INTRAMUSCULAR SYRINGE	1	QL(1 cada 28 días)	ANTIPSICÓTICOS
ABILIFY MAINTENA 400 MG INTRAMUSCULAR SUSPENSION,EXTENDED RELEASE	1	QL(1 cada 28 días)	ANTIPSICÓTICOS
ABILIFY MAINTENA 400 MG SUSPENSION,EXTENDED REL. INTRAMUSCULAR SYRINGE	1	QL(1 cada 28 días)	ANTIPSICÓTICOS
ADASUVE 10 MG BREATH ACTIVATED[MDO]	*		ANTIPSICÓTICOS
aripiprazole 1 mg/ml oral solution	1	QL(900 cada 30 días)	ANTIPSICÓTICOS
aripiprazole 10 mg disintegrating tablet	2	PA,QL(30 cada 30 días)	ANTIPSICÓTICOS
aripiprazole 10 mg tablet	1	QL(60 cada 30 días)	ANTIPSICÓTICOS
aripiprazole 15 mg disintegrating tablet	2	PA,QL(30 cada 30 días)	ANTIPSICÓTICOS
aripiprazole 15 mg tablet	1	QL(60 cada 30 días)	ANTIPSICÓTICOS
aripiprazole 2 mg tablet	1	QL(60 cada 30 días)	ANTIPSICÓTICOS
aripiprazole 20 mg tablet	1	QL(60 cada 30 días)	ANTIPSICÓTICOS
aripiprazole 30 mg tablet	1	QL(60 cada 30 días)	ANTIPSICÓTICOS
aripiprazole 5 mg tablet	1	QL(60 cada 30 días)	ANTIPSICÓTICOS
ARISTADA 1,064 MG/3.9 ML SUSPENSION, EXTEND.REL. IM SYRINGE	1	QL(3.9 cada 56 días)	ANTIPSICÓTICOS
ARISTADA 441 MG/1.6 ML SUSPENSION, EXTEND.REL. IM SYRINGE	1	QL(1.6 cada 28 días)	ANTIPSICÓTICOS
ARISTADA 662 MG/2.4 ML SUSPENSION, EXTEND.REL. IM SYRINGE	1	QL(2.4 cada 28 días)	ANTIPSICÓTICOS
ARISTADA 882 MG/3.2 ML SUSPENSION, EXTEND.REL. IM SYRINGE	1	QL(3.2 cada 28 días)	ANTIPSICÓTICOS
ARISTADA INITIO 675 MG/2.4 ML SUSPENSION, EXTEND.REL. IM SYRINGE	1		ANTIPSICÓTICOS
asenapine 10 mg sublingual tablet	2	ST,QL(60 cada 30 días)	ANTIPSICÓTICOS
asenapine 2.5 mg sublingual tablet	2	ST,QL(60 cada 30 días)	ANTIPSICÓTICOS
asenapine 5 mg sublingual tablet	2	ST,QL(60 cada 30 días)	ANTIPSICÓTICOS
BYSANTI 1 MG TABLET	3	PA,QL(60 cada 30 días)	ANTIPSICÓTICOS
BYSANTI 10 MG TABLET	3	PA,QL(60 cada 30 días)	ANTIPSICÓTICOS

• MDO: Medicamento de uso únicamente médico • OTC – Medicamentos sin receta • PA – Autorización previa • QL – Límite de cantidad • ST – Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
BYSANTI 12 MG TABLET	3	PA,QL(60 cada 30 días)	ANTIPSICÓTICOS
BYSANTI 2 MG TABLET	3	PA,QL(60 cada 30 días)	ANTIPSICÓTICOS
BYSANTI 4 MG TABLET	3	PA,QL(60 cada 30 días)	ANTIPSICÓTICOS
BYSANTI 6 MG TABLET	3	PA,QL(60 cada 30 días)	ANTIPSICÓTICOS
BYSANTI 8 MG TABLET	3	PA,QL(60 cada 30 días)	ANTIPSICÓTICOS
BYSANTI TITRATION PACK A 1MG(2)-2 MG(2)-4MG(2)-6 MG(2) TABLET PK	3	PA,QL(8 cada 4 días)	ANTIPSICÓTICOS
BYSANTI TITRATION PACK B 1MG(6)-2MG(2)-6MG(2)-8MG(2) TABLET PK	3	PA,QL(12 cada 4 días)	ANTIPSICÓTICOS
BYSANTI TITRATION PACK C 1 MG (4)-2 MG (2)-6 MG (2) TABLET PK	3	PA,QL(8 cada 3 días)	ANTIPSICÓTICOS
CAPLYTA 10.5 MG CAPSULE	3	PA,QL(30 cada 30 días)	ANTIPSICÓTICOS
CAPLYTA 21 MG CAPSULE	3	PA,QL(30 cada 30 días)	ANTIPSICÓTICOS
CAPLYTA 42 MG CAPSULE	3	PA,QL(30 cada 30 días)	ANTIPSICÓTICOS
chlorpromazine 10 mg tablet	1		ANTIPSICÓTICOS
chlorpromazine 100 mg tablet	1		ANTIPSICÓTICOS
chlorpromazine 100 mg/ml oral concentrate	1		ANTIPSICÓTICOS
chlorpromazine 200 mg tablet	1		ANTIPSICÓTICOS
chlorpromazine 25 mg tablet	1		ANTIPSICÓTICOS
chlorpromazine 25 mg/ml injection solution	1		ANTIPSICÓTICOS
chlorpromazine 30 mg/ml oral concentrate	1		ANTIPSICÓTICOS
chlorpromazine 50 mg tablet	1		ANTIPSICÓTICOS
clozapine 100 mg disintegrating tablet	3	PA	ANTIPSICÓTICOS
clozapine 100 mg tablet	1		ANTIPSICÓTICOS
clozapine 12.5 mg disintegrating tablet	3	PA	ANTIPSICÓTICOS
clozapine 150 mg disintegrating tablet	3	PA	ANTIPSICÓTICOS
clozapine 200 mg disintegrating tablet	3	PA	ANTIPSICÓTICOS
clozapine 200 mg tablet	1		ANTIPSICÓTICOS
clozapine 25 mg disintegrating tablet	3	PA	ANTIPSICÓTICOS
clozapine 25 mg tablet	1		ANTIPSICÓTICOS
clozapine 50 mg tablet	1		ANTIPSICÓTICOS
CLOZARIL 100 MG TABLET	1		ANTIPSICÓTICOS
CLOZARIL 25 MG TABLET	1		ANTIPSICÓTICOS
droperidol 2.5 mg/ml injection solution	1		ANTIPSICÓTICOS
ERZOFRI 117 MG/0.75 ML INTRAMUSCULAR SYRINGE	1	QL(0.75 cada 28 días)	ANTIPSICÓTICOS
ERZOFRI 156 MG/ML INTRAMUSCULAR SYRINGE	1	QL(1 cada 28 días)	ANTIPSICÓTICOS
ERZOFRI 234 MG/1.5 ML INTRAMUSCULAR SYRINGE	1	QL(1.5 cada 28 días)	ANTIPSICÓTICOS
ERZOFRI 351 MG/2.25 ML INTRAMUSCULAR SYRINGE	1	QL(2.25 cada 28 días)	ANTIPSICÓTICOS
ERZOFRI 39 MG/0.25 ML INTRAMUSCULAR SYRINGE	1	QL(0.25 cada 28 días)	ANTIPSICÓTICOS

• MDO: Medicamento de uso únicamente médico • OTC – Medicamentos sin receta • PA – Autorización previa • QL – Límite de cantidad • ST – Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
ERZOFRI 78 MG/0.5 ML INTRAMUSCULAR SYRINGE	1	QL(0.5 cada 28 días)	ANTIPSICÓTICOS
FANAPT 1 MG TABLET	2	ST,QL(60 cada 30 días)	ANTIPSICÓTICOS
FANAPT 10 MG TABLET	2	ST,QL(60 cada 30 días)	ANTIPSICÓTICOS
FANAPT 12 MG TABLET	2	ST,QL(60 cada 30 días)	ANTIPSICÓTICOS
FANAPT 2 MG TABLET	2	ST,QL(60 cada 30 días)	ANTIPSICÓTICOS
FANAPT 4 MG TABLET	2	ST,QL(60 cada 30 días)	ANTIPSICÓTICOS
FANAPT 6 MG TABLET	2	ST,QL(60 cada 30 días)	ANTIPSICÓTICOS
FANAPT 8 MG TABLET	2	ST,QL(60 cada 30 días)	ANTIPSICÓTICOS
FANAPT TITRATION PACK A 1 MG (2)-2 MG (2)-4 MG (2)-6 MG (2) TABLETS	2	ST,QL(60 cada 30 días)	ANTIPSICÓTICOS
FANAPT TITRATION PACK B 1 MG (6)-2 MG (2)-6 MG (2)-8 MG (2) TABLETS	2	ST,QL(12 cada 4 días)	ANTIPSICÓTICOS
FANAPT TITRATION PACK C 1 MG (4)-2 MG (2)-6 MG (2) TABLETS	2	ST,QL(8 cada 4 días)	ANTIPSICÓTICOS
fluphenazine 1 mg tablet	1		ANTIPSICÓTICOS
fluphenazine 10 mg tablet	1		ANTIPSICÓTICOS
fluphenazine 2.5 mg tablet	1		ANTIPSICÓTICOS
fluphenazine 2.5 mg/5 ml oral elixir	1		ANTIPSICÓTICOS
fluphenazine 2.5 mg/ml injection solution	1		ANTIPSICÓTICOS
fluphenazine 5 mg tablet	1		ANTIPSICÓTICOS
fluphenazine 5 mg/ml oral concentrate	1		ANTIPSICÓTICOS
fluphenazine decanoate 25 mg/ml injection solution	1		ANTIPSICÓTICOS
GEODON 20 MG CAPSULE	1	PA,QL(60 cada 30 días)	ANTIPSICÓTICOS
GEODON 20 MG/ML (FINAL CONCENTRATION) INTRAMUSCULAR SOLUTION	1	PA	ANTIPSICÓTICOS
GEODON 40 MG CAPSULE	1	PA,QL(60 cada 30 días)	ANTIPSICÓTICOS
GEODON 60 MG CAPSULE	1	PA,QL(60 cada 30 días)	ANTIPSICÓTICOS
GEODON 80 MG CAPSULE	1	PA,QL(60 cada 30 días)	ANTIPSICÓTICOS
haloperidol 0.5 mg tablet	1		ANTIPSICÓTICOS
haloperidol 1 mg tablet	1		ANTIPSICÓTICOS
haloperidol 10 mg tablet	1		ANTIPSICÓTICOS
haloperidol 2 mg tablet	1		ANTIPSICÓTICOS
haloperidol 20 mg tablet	1		ANTIPSICÓTICOS
haloperidol 5 mg tablet	1		ANTIPSICÓTICOS
haloperidol decanoate 100 mg/ml intramuscular solution	1		ANTIPSICÓTICOS
haloperidol decanoate 50 mg/ml intramuscular solution	1		ANTIPSICÓTICOS
haloperidol lactate 2 mg/ml oral concentrate	1		ANTIPSICÓTICOS
haloperidol lactate 5 mg/ml injection solution	1		ANTIPSICÓTICOS

• MDO: Medicamento de uso únicamente médico • OTC – Medicamentos sin receta • PA – Autorización previa • QL – Límite de cantidad • ST – Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
INVEGA 3 MG TABLET,EXTENDED RELEASE	2	PA,ST,QL(30 cada 30 días)	ANTIPSICÓTICOS
INVEGA 6 MG TABLET,EXTENDED RELEASE	2	PA,ST,QL(60 cada 30 días)	ANTIPSICÓTICOS
INVEGA 9 MG TABLET,EXTENDED RELEASE	2	PA,ST,QL(30 cada 30 días)	ANTIPSICÓTICOS
INVEGA HAFYERA 1,092 MG/3.5 ML INTRAMUSCULAR SYRINGE	1	QL(3.5 cada 180 días)	ANTIPSICÓTICOS
INVEGA HAFYERA 1,560 MG/5 ML INTRAMUSCULAR SYRINGE	1	QL(5 cada 180 días)	ANTIPSICÓTICOS
INVEGA SUSTENNA 117 MG/0.75 ML INTRAMUSCULAR SYRINGE	1	QL(0.75 cada 28 días)	ANTIPSICÓTICOS
INVEGA SUSTENNA 156 MG/ML INTRAMUSCULAR SYRINGE	1	QL(1 cada 28 días)	ANTIPSICÓTICOS
INVEGA SUSTENNA 234 MG/1.5 ML INTRAMUSCULAR SYRINGE	1	QL(1.5 cada 28 días)	ANTIPSICÓTICOS
INVEGA SUSTENNA 39 MG/0.25 ML INTRAMUSCULAR SYRINGE	1	QL(0.25 cada 28 días)	ANTIPSICÓTICOS
INVEGA SUSTENNA 78 MG/0.5 ML INTRAMUSCULAR SYRINGE	1	QL(0.5 cada 28 días)	ANTIPSICÓTICOS
INVEGA TRINZA 273 MG/0.88 ML INTRAMUSCULAR SYRINGE	1	QL(0.88 cada 84 días)	ANTIPSICÓTICOS
INVEGA TRINZA 410 MG/1.32 ML INTRAMUSCULAR SYRINGE	1	QL(1.3 cada 84 días)	ANTIPSICÓTICOS
INVEGA TRINZA 546 MG/1.75 ML INTRAMUSCULAR SYRINGE	1	QL(1.75 cada 84 días)	ANTIPSICÓTICOS
INVEGA TRINZA 819 MG/2.63 ML INTRAMUSCULAR SYRINGE	1	QL(2.63 cada 84 días)	ANTIPSICÓTICOS
LATUDA 120 MG TABLET	1	PA,QL(30 cada 30 días)	ANTIPSICÓTICOS
LATUDA 20 MG TABLET	1	PA,QL(30 cada 30 días)	ANTIPSICÓTICOS
LATUDA 40 MG TABLET	1	PA,QL(30 cada 30 días)	ANTIPSICÓTICOS
LATUDA 60 MG TABLET	1	PA,QL(30 cada 30 días)	ANTIPSICÓTICOS
LATUDA 80 MG TABLET	1	PA,QL(60 cada 30 días)	ANTIPSICÓTICOS
loxapine succinate 10 mg capsule	1		ANTIPSICÓTICOS
loxapine succinate 25 mg capsule	1		ANTIPSICÓTICOS
loxapine succinate 5 mg capsule	1		ANTIPSICÓTICOS
loxapine succinate 50 mg capsule	1		ANTIPSICÓTICOS
lurasidone 120 mg tablet	1	QL(30 cada 30 días)	ANTIPSICÓTICOS
lurasidone 20 mg tablet	1	QL(30 cada 30 días)	ANTIPSICÓTICOS
lurasidone 40 mg tablet	1	QL(30 cada 30 días)	ANTIPSICÓTICOS
lurasidone 60 mg tablet	1	QL(30 cada 30 días)	ANTIPSICÓTICOS
lurasidone 80 mg tablet	1	QL(60 cada 30 días)	ANTIPSICÓTICOS
LYBALVI 10 MG-10 MG TABLET	3	PA,QL(30 cada 30 días)	ANTIPSICÓTICOS

• MDO: Medicamento de uso únicamente médico • OTC – Medicamentos sin receta • PA – Autorización previa • QL – Límite de cantidad • ST – Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
LYBALVI 15 MG-10 MG TABLET	3	PA,QL(30 cada 30 días)	ANTIPSICÓTICOS
LYBALVI 20 MG-10 MG TABLET	3	PA,QL(30 cada 30 días)	ANTIPSICÓTICOS
LYBALVI 5 MG-10 MG TABLET	3	PA,QL(30 cada 30 días)	ANTIPSICÓTICOS
NUPLAZID 10 MG TABLET	3	PA,QL(30 cada 30 días)	ANTIPSICÓTICOS
NUPLAZID 34 MG CAPSULE	3	PA,QL(30 cada 30 días)	ANTIPSICÓTICOS
olanzapine 10 mg disintegrating tablet	1	QL(30 cada 30 días)	ANTIPSICÓTICOS
olanzapine 10 mg intramuscular solution	1		ANTIPSICÓTICOS
olanzapine 10 mg tablet	1	QL(30 cada 30 días)	ANTIPSICÓTICOS
olanzapine 15 mg disintegrating tablet	1	QL(30 cada 30 días)	ANTIPSICÓTICOS
olanzapine 15 mg tablet	1	QL(30 cada 30 días)	ANTIPSICÓTICOS
olanzapine 2.5 mg tablet	1	QL(30 cada 30 días)	ANTIPSICÓTICOS
olanzapine 20 mg disintegrating tablet	1	QL(30 cada 30 días)	ANTIPSICÓTICOS
olanzapine 20 mg tablet	1	QL(30 cada 30 días)	ANTIPSICÓTICOS
olanzapine 5 mg disintegrating tablet	1	QL(30 cada 30 días)	ANTIPSICÓTICOS
olanzapine 5 mg tablet	1	QL(30 cada 30 días)	ANTIPSICÓTICOS
olanzapine 7.5 mg tablet	1	QL(30 cada 30 días)	ANTIPSICÓTICOS
OPIPZA 10 MG ORAL FILM	3	PA,QL(90 cada 30 días)	ANTIPSICÓTICOS
OPIPZA 2 MG ORAL FILM	3	PA,QL(30 cada 30 días)	ANTIPSICÓTICOS
OPIPZA 5 MG ORAL FILM	3	PA,QL(90 cada 30 días)	ANTIPSICÓTICOS
paliperidone er 1.5 mg tablet,extended release 24 hr	2	ST,QL(30 cada 30 días)	ANTIPSICÓTICOS
paliperidone er 3 mg tablet,extended release 24 hr	2	ST,QL(30 cada 30 días)	ANTIPSICÓTICOS
paliperidone er 6 mg tablet,extended release 24 hr	2	ST,QL(60 cada 30 días)	ANTIPSICÓTICOS
paliperidone er 9 mg tablet,extended release 24 hr	2	ST,QL(30 cada 30 días)	ANTIPSICÓTICOS
perphenazine 16 mg tablet	1		ANTIPSICÓTICOS
perphenazine 2 mg tablet	1		ANTIPSICÓTICOS
perphenazine 4 mg tablet	1		ANTIPSICÓTICOS
perphenazine 8 mg tablet	1		ANTIPSICÓTICOS
PERSERIS 120 MG SUBCUTANEOUS EXTENDED RELEASE SUSPENSION SYRINGE	1	QL(1 cada 28 días)	ANTIPSICÓTICOS
PERSERIS 90 MG SUBCUTANEOUS EXTENDED RELEASE SUSPENSION SYRINGE	1	QL(1 cada 28 días)	ANTIPSICÓTICOS
pimozide 1 mg tablet	1		ANTIPSICÓTICOS

• MDO: Medicamento de uso únicamente médico • OTC – Medicamentos sin receta • PA – Autorización previa • QL – Límite de cantidad • ST – Terapia por fases

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

• MDO: Medicamento de uso únicamente médico • OTC – Medicamentos sin receta • PA – Autorización previa • QL – Límite de cantidad • ST – Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
RISPERDAL CONSTA 37.5 MG/2 ML INTRAMUSCULAR SUSP,EXTENDED RELEASE	3	PA,QL(2 cada 28 días)	ANTIPSICÓTICOS
RISPERDAL CONSTA 50 MG/2 ML INTRAMUSCULAR SUSP,EXTENDED RELEASE	3	PA,QL(2 cada 28 días)	ANTIPSICÓTICOS
risperidone 0.25 mg disintegrating tablet	1	QL(60 cada 30 días)	ANTIPSICÓTICOS
risperidone 0.25 mg tablet	1	QL(60 cada 30 días)	ANTIPSICÓTICOS
risperidone 0.5 mg disintegrating tablet	1	QL(60 cada 30 días)	ANTIPSICÓTICOS
risperidone 0.5 mg tablet	1	QL(60 cada 30 días)	ANTIPSICÓTICOS
risperidone 1 mg disintegrating tablet	1	QL(60 cada 30 días)	ANTIPSICÓTICOS
risperidone 1 mg tablet	1	QL(60 cada 30 días)	ANTIPSICÓTICOS
risperidone 1 mg/ml oral solution	1	QL(240 cada 30 días)	ANTIPSICÓTICOS
risperidone 2 mg disintegrating tablet	1	QL(60 cada 30 días)	ANTIPSICÓTICOS
risperidone 2 mg tablet	1	QL(60 cada 30 días)	ANTIPSICÓTICOS
risperidone 3 mg disintegrating tablet	1	QL(60 cada 30 días)	ANTIPSICÓTICOS
risperidone 3 mg tablet	1	QL(60 cada 30 días)	ANTIPSICÓTICOS
risperidone 4 mg disintegrating tablet	1	QL(60 cada 30 días)	ANTIPSICÓTICOS
risperidone 4 mg tablet	1	QL(60 cada 30 días)	ANTIPSICÓTICOS
risperidone microspheres er 12.5 mg/2 ml intramuscular susp,ext releas	3	PA,QL(2 cada 28 días)	ANTIPSICÓTICOS
risperidone microspheres er 25 mg/2 ml intramuscular susp,ext release	3	PA,QL(2 cada 28 días)	ANTIPSICÓTICOS
risperidone microspheres er 37.5 mg/2 ml intramuscular susp,ext releas	3	PA,QL(2 cada 28 días)	ANTIPSICÓTICOS
risperidone microspheres er 50 mg/2 ml intramuscular susp,ext release	3	PA,QL(2 cada 28 días)	ANTIPSICÓTICOS
RYKINDO 25 MG/2 ML INTRAMUSCULAR SUSP,EXTENDED RELEASE	3	PA,QL(2 cada 28 días)	ANTIPSICÓTICOS
RYKINDO 37.5 MG/2 ML INTRAMUSCULAR SUSP,EXTENDED RELEASE	3	PA,QL(2 cada 28 días)	ANTIPSICÓTICOS
RYKINDO 50 MG/2 ML INTRAMUSCULAR SUSP,EXTENDED RELEASE	3	PA,QL(2 cada 28 días)	ANTIPSICÓTICOS
SAPHRIS 10 MG SUBLINGUAL TABLET	2	PA,ST,QL(60 cada 30 días)	ANTIPSICÓTICOS
SAPHRIS 2.5 MG SUBLINGUAL TABLET	2	PA,ST,QL(60 cada 30 días)	ANTIPSICÓTICOS
SAPHRIS 5 MG SUBLINGUAL TABLET	2	PA,ST,QL(60 cada 30 días)	ANTIPSICÓTICOS
SECUADO 3.8 MG/24 HOUR TRANSDERMAL 24 HOUR PATCH	3	PA,QL(30 cada 30 días)	ANTIPSICÓTICOS
SECUADO 5.7 MG/24 HOUR TRANSDERMAL 24 HOUR PATCH	3	PA,QL(30 cada 30 días)	ANTIPSICÓTICOS

• MDO: Medicamento de uso únicamente médico • OTC – Medicamentos sin receta • PA – Autorización previa • QL – Límite de cantidad • ST – Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
SECUADO 7.6 MG/24 HOUR TRANSDERMAL 24 HOUR PATCH	3	PA,QL(30 cada 30 días)	ANTIPSICÓTICOS
SEROQUEL 100 MG TABLET	1	PA,QL(90 cada 30 días)	ANTIPSICÓTICOS
SEROQUEL 200 MG TABLET	1	PA,QL(90 cada 30 días)	ANTIPSICÓTICOS
SEROQUEL 25 MG TABLET	1	PA,QL(90 cada 30 días)	ANTIPSICÓTICOS
SEROQUEL 300 MG TABLET	1	PA,QL(90 cada 30 días)	ANTIPSICÓTICOS
SEROQUEL 400 MG TABLET	1	PA,QL(90 cada 30 días)	ANTIPSICÓTICOS
SEROQUEL 50 MG TABLET	1	PA,QL(90 cada 30 días)	ANTIPSICÓTICOS
SEROQUEL XR 150 MG TABLET,EXTENDED RELEASE	1	PA,QL(30 cada 30 días)	ANTIPSICÓTICOS
SEROQUEL XR 200 MG TABLET,EXTENDED RELEASE	1	PA,QL(30 cada 30 días)	ANTIPSICÓTICOS
SEROQUEL XR 300 MG TABLET,EXTENDED RELEASE	1	PA,QL(60 cada 30 días)	ANTIPSICÓTICOS
SEROQUEL XR 400 MG TABLET,EXTENDED RELEASE	1	PA,QL(60 cada 30 días)	ANTIPSICÓTICOS
SEROQUEL XR 50 MG TABLET,EXTENDED RELEASE	1	PA,QL(60 cada 30 días)	ANTIPSICÓTICOS
thioridazine 10 mg tablet	1		ANTIPSICÓTICOS
thioridazine 100 mg tablet	1		ANTIPSICÓTICOS
thioridazine 25 mg tablet	1		ANTIPSICÓTICOS
thioridazine 50 mg tablet	1		ANTIPSICÓTICOS
thiothixene 1 mg capsule	1		ANTIPSICÓTICOS
thiothixene 10 mg capsule	1		ANTIPSICÓTICOS
thiothixene 2 mg capsule	1		ANTIPSICÓTICOS
thiothixene 5 mg capsule	1		ANTIPSICÓTICOS
trifluoperazine 1 mg tablet	1		ANTIPSICÓTICOS
trifluoperazine 10 mg tablet	1		ANTIPSICÓTICOS
trifluoperazine 2 mg tablet	1		ANTIPSICÓTICOS
trifluoperazine 5 mg tablet	1		ANTIPSICÓTICOS
UZEDY 100 MG/0.28 ML SUBCUT EXT REL SUSPENSION SYRINGE	1	QL(0.28 cada 28 días)	ANTIPSICÓTICOS
UZEDY 125 MG/0.35 ML SUBCUT EXT REL SUSPENSION SYRINGE	1	QL(0.35 cada 28 días)	ANTIPSICÓTICOS
UZEDY 150 MG/0.42 ML SUBCUT EXT REL SUSPENSION SYRINGE	1	QL(0.42 cada 56 días)	ANTIPSICÓTICOS
UZEDY 200 MG/0.56 ML SUBCUT EXT REL SUSPENSION SYRINGE	1	QL(0.56 cada 56 días)	ANTIPSICÓTICOS
UZEDY 250 MG/0.7 ML SUBCUT EXT REL SUSPENSION SYRINGE	1	QL(0.7 cada 56 días)	ANTIPSICÓTICOS
UZEDY 50 MG/0.14 ML SUBCUT EXT REL SUSPENSION SYRINGE	1	QL(0.14 cada 28 días)	ANTIPSICÓTICOS
UZEDY 75 MG/0.21 ML SUBCUT EXT REL SUSPENSION SYRINGE	1	QL(0.21 cada 28 días)	ANTIPSICÓTICOS
VERSACLOZ 50 MG/ML ORAL SUSPENSION	3	PA,QL(600 cada 30 días)	ANTIPSICÓTICOS

• MDO: Medicamento de uso únicamente médico • OTC – Medicamentos sin receta • PA – Autorización previa • QL – Límite de cantidad • ST – Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
VRAYLAR 0.5 MG CAPSULE	3	ST,QL(30 cada 30 días)	ANTIPSICÓTICOS
VRAYLAR 0.75 MG CAPSULE	3	ST,QL(30 cada 30 días)	ANTIPSICÓTICOS
VRAYLAR 1.5 MG CAPSULE	3	ST,QL(30 cada 30 días)	ANTIPSICÓTICOS
VRAYLAR 3 MG CAPSULE	3	ST,QL(30 cada 30 días)	ANTIPSICÓTICOS
VRAYLAR 4.5 MG CAPSULE	3	ST,QL(30 cada 30 días)	ANTIPSICÓTICOS
VRAYLAR 6 MG CAPSULE	3	ST,QL(30 cada 30 días)	ANTIPSICÓTICOS
WELTRUZA 318 MG SUBCUTANEOUS EXTENDED RELEASE SUSP	3	PA,QL(1 cada 30 días)	ANTIPSICÓTICOS
WELTRUZA 425 MG SUBCUTANEOUS EXTENDED RELEASE SUSP	3	PA,QL(1 cada 30 días)	ANTIPSICÓTICOS
WELTRUZA 531 MG SUBCUTANEOUS EXTENDED RELEASE SUSP	3	PA,QL(1 cada 30 días)	ANTIPSICÓTICOS
ziprasidone 20 mg capsule	1	QL(60 cada 30 días)	ANTIPSICÓTICOS
ziprasidone 20 mg/ml (final concentration) intramuscular solution	1		ANTIPSICÓTICOS
ziprasidone 40 mg capsule	1	QL(60 cada 30 días)	ANTIPSICÓTICOS
ziprasidone 60 mg capsule	1	QL(60 cada 30 días)	ANTIPSICÓTICOS
ziprasidone 80 mg capsule	1	QL(60 cada 30 días)	ANTIPSICÓTICOS
ZYPREXA 10 MG INTRAMUSCULAR SOLUTION	1	PA	ANTIPSICÓTICOS
ZYPREXA 10 MG TABLET	1	PA,QL(30 cada 30 días)	ANTIPSICÓTICOS
ZYPREXA 15 MG TABLET	1	PA,QL(30 cada 30 días)	ANTIPSICÓTICOS
ZYPREXA 2.5 MG TABLET	1	PA,QL(30 cada 30 días)	ANTIPSICÓTICOS
ZYPREXA 20 MG TABLET	1	PA,QL(30 cada 30 días)	ANTIPSICÓTICOS
ZYPREXA 5 MG TABLET	1	PA,QL(30 cada 30 días)	ANTIPSICÓTICOS
ZYPREXA 7.5 MG TABLET	1	PA,QL(30 cada 30 días)	ANTIPSICÓTICOS
ZYPREXA RELPREVV 210 MG IM SUSPENSION	1		ANTIPSICÓTICOS
ZYPREXA RELPREVV 300 MG IM SUSPENSION	1		ANTIPSICÓTICOS
ZYPREXA RELPREVV 405 MG IM SUSPENSION	1		ANTIPSICÓTICOS
ZYPREXA ZYDIS 10 MG DISINTEGRATING TABLET	1	PA,QL(30 cada 30 días)	ANTIPSICÓTICOS
ZYPREXA ZYDIS 15 MG DISINTEGRATING TABLET	1	PA,QL(30 cada 30 días)	ANTIPSICÓTICOS
ZYPREXA ZYDIS 20 MG DISINTEGRATING TABLET	1	PA,QL(30 cada 30 días)	ANTIPSICÓTICOS
ZYPREXA ZYDIS 5 MG DISINTEGRATING TABLET	1	PA,QL(30 cada 30 días)	ANTIPSICÓTICOS
abacavir 20 mg/ml oral solution	1		ANTIVIRALES
abacavir 300 mg tablet	1		ANTIVIRALES

• MDO: Medicamento de uso únicamente médico • OTC – Medicamentos sin receta • PA – Autorización previa • QL – Límite de cantidad • ST – Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
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	QL(400 cada 5 días)	ANTIVIRALES
acyclovir 200 mg/5 ml oral suspension	1	QL(473 cada 5 días)	ANTIVIRALES
acyclovir 400 mg tablet	1		ANTIVIRALES
acyclovir 5 % topical cream	3	PA,QL(5 cada 30 días)	ANTIVIRALES
acyclovir 5 % topical ointment	1	QL(30 cada 30 días)	ANTIVIRALES
acyclovir 800 mg tablet	1		ANTIVIRALES
acyclovir sodium 50 mg/ml intravenous solution	1		ANTIVIRALES
adefovir 10 mg tablet	1		ANTIVIRALES
APRETUDE 600 MG/3 ML (200 MG/ML) IM SUSPENSION, EXTENDED RELEASE	1	QL(3 cada 28 días)	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
BARACLUDE 0.5 MG TABLET	1	PA	ANTIVIRALES
BARACLUDE 1 MG TABLET	1	PA	ANTIVIRALES
BIKTARVY 30 MG-120 MG-15 MG TABLET	1	QL(30 cada 30 días)	ANTIVIRALES
BIKTARVY 50 MG-200 MG-25 MG TABLET	1	QL(30 cada 30 días)	ANTIVIRALES
BIXLENVO 75 MG-50 MG TABLET	1	QL(30 cada 30 días)	ANTIVIRALES
BIXLENVO-SUNLENCA STARTER PACK 75 MG-50 MG/300 MG TABLET	1	QL(34 cada 30 días)	ANTIVIRALES
CABENUVA 400 MG/2 ML-600 MG/2 ML IM SUSPENSION, EXTENDED RELEASE	1	QL(4 cada 30 días)	ANTIVIRALES
CABENUVA 600 MG/3 ML-900 MG/3 ML IM SUSPENSION, EXTENDED RELEASE	1	QL(6 cada 30 días)	ANTIVIRALES
cidofovir 75 mg/ml intravenous solution	1		ANTIVIRALES
CIMDUO 300 MG-300 MG TABLET	1	QL(30 cada 30 días)	ANTIVIRALES
COMPLERA 200 MG-25 MG-300 MG TABLET	1	PA	ANTIVIRALES
darunavir 600 mg tablet	1		ANTIVIRALES
darunavir 800 mg tablet	1		ANTIVIRALES
DELSTRIGO 100 MG-300 MG-300 MG TABLET	1	QL(30 cada 30 días)	ANTIVIRALES
DENAVIR 1 % TOPICAL CREAM	3	PA,QL(5 cada 30 días)	ANTIVIRALES
DESCOVY 120 MG-15 MG TABLET	1	QL(30 cada 30 días)	ANTIVIRALES
DESCOVY 200 MG-25 MG TABLET	1	QL(30 cada 30 días)	ANTIVIRALES
DOVATO 50 MG-300 MG TABLET	1	QL(30 cada 30 días)	ANTIVIRALES
EDURANT 25 MG TABLET	1		ANTIVIRALES

• MDO: Medicamento de uso únicamente médico • OTC – Medicamentos sin receta • PA – Autorización previa • QL – Límite de cantidad • ST – Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
EDURANT PED 2.5 MG TABLET FOR ORAL SUSPENSION	1	QL(180 cada 30 días)	ANTIVIRALES
efavirenz 400 mg-lamivudine 300 mg-tenofovir disoproxil 300 mg tablet	1	QL(30 cada 30 días)	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	QL(30 cada 30 días)	ANTIVIRALES
emtricitabine 100 mg-tenofovir disoproxil fumarate 150 mg tablet	1	QL(30 cada 30 días)	ANTIVIRALES
emtricitabine 133 mg-tenofovir disoproxil fumarate 200 mg tablet	1	QL(30 cada 30 días)	ANTIVIRALES
emtricitabine 167 mg-tenofovir disoproxil fumarate 250 mg tablet	1	QL(30 cada 30 días)	ANTIVIRALES
emtricitabine 200 mg capsule	1		ANTIVIRALES
emtricitabine 200 mg-rilpivirine 25 mg-tenofovir disprox 300 mg tablet	1		ANTIVIRALES
emtricitabine 200 mg-tenofovir disoproxil fumarate 300 mg tablet	1	QL(30 cada 30 días)	ANTIVIRALES
EMTRIVA 10 MG/ML ORAL SOLUTION	1		ANTIVIRALES
EMTRIVA 200 MG CAPSULE	1	PA	ANTIVIRALES
entecavir 0.5 mg tablet	1		ANTIVIRALES
entecavir 1 mg tablet	1		ANTIVIRALES
EPCLUSA 150 MG-37.5 MG ORAL PELLETS IN PACKET	3	PA,QL(28 cada 28 días)	ANTIVIRALES
EPCLUSA 200 MG-50 MG ORAL PELLETS IN PACKET	3	PA,QL(56 cada 28 días)	ANTIVIRALES
EPCLUSA 200 MG-50 MG TABLET	3	PA,QL(28 cada 28 días)	ANTIVIRALES
EPCLUSA 400 MG-100 MG TABLET	3	PA,QL(28 cada 28 días)	ANTIVIRALES
EPIVIR 10 MG/ML ORAL SOLUTION	1	PA	ANTIVIRALES
EPIVIR 150 MG TABLET	1	PA	ANTIVIRALES
EPIVIR 300 MG TABLET	1	PA	ANTIVIRALES
etravirine 100 mg tablet	1		ANTIVIRALES
etravirine 200 mg tablet	1		ANTIVIRALES
EVOTAZ 300 MG-150 MG TABLET	1	QL(30 cada 30 días)	ANTIVIRALES
famciclovir 125 mg tablet	1		ANTIVIRALES
famciclovir 250 mg tablet	1		ANTIVIRALES
famciclovir 500 mg tablet	1		ANTIVIRALES
fosamprenavir 700 mg tablet	1	QL(300 cada 102 días)	ANTIVIRALES
foscarnet 24 mg/ml intravenous solution	1		ANTIVIRALES
ganciclovir sodium 50 mg/ml intravenous solution	1		ANTIVIRALES
ganciclovir sodium 500 mg intravenous solution	1		ANTIVIRALES
GENVOYA 150 MG-150 MG-200 MG-10 MG TABLET	1	QL(30 cada 30 días)	ANTIVIRALES
HARVONI 33.75 MG-150 MG ORAL PELLETS IN PACKET	3	PA,QL(28 cada 28 días)	ANTIVIRALES

• MDO: Medicamento de uso únicamente médico • OTC – Medicamentos sin receta • PA – Autorización previa • QL – Límite de cantidad • ST – Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
HARVONI 45 MG-200 MG ORAL PELLETS IN PACKET	3	PA,QL(56 cada 28 días)	ANTIVIRALES
HARVONI 45 MG-200 MG TABLET	3	PA,QL(28 cada 28 días)	ANTIVIRALES
HARVONI 90 MG-400 MG TABLET	3	PA,QL(28 cada 28 días)	ANTIVIRALES
HIBSAGO 150 MG/ML SUBCUTANEOUS SYRINGE	3	PA,QL(8 cada 28 días)	ANTIVIRALES
IDVYNSO 100 MG-0.25 MG TABLET	1	QL(30 cada 30 días)	ANTIVIRALES
INTELENCE 100 MG TABLET	1	PA	ANTIVIRALES
INTELENCE 200 MG TABLET	1	PA	ANTIVIRALES
INTELENCE 25 MG TABLET	1		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	QL(60 cada 30 días)	ANTIVIRALES
JULUCA 50 MG-25 MG TABLET	1	QL(30 cada 30 días)	ANTIVIRALES
KALETRA 100 MG-25 MG TABLET	1	PA	ANTIVIRALES
KALETRA 200 MG-50 MG TABLET	1	PA	ANTIVIRALES
KALETRA 400 MG-100 MG/5 ML ORAL SOLUTION	1	PA	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	3	PA,QL(28 cada 28 días)	ANTIVIRALES
LIVTENCITY 200 MG TABLET	3	PA,QL(112 cada 28 días)	ANTIVIRALES
lopinavir-ritonavir 100 mg-25 mg tablet	1		ANTIVIRALES
lopinavir-ritonavir 200 mg-50 mg tablet	1		ANTIVIRALES
maraviroc 150 mg tablet	1	QL(60 cada 30 días)	ANTIVIRALES
maraviroc 300 mg tablet	1	QL(120 cada 30 días)	ANTIVIRALES
MAVYRET 100 MG-40 MG TABLET	1	QL(168 cada 56 días)	ANTIVIRALES
MAVYRET 50 MG-20 MG ORAL PELLETS IN PACKET	1	QL(336 cada 56 días)	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	QL(360 cada 30 días)	ANTIVIRALES
NORVIR 100 MG TABLET	1		ANTIVIRALES
ODEFSEY 200 MG-25 MG-25 MG TABLET	1	QL(30 cada 30 días)	ANTIVIRALES

• MDO: Medicamento de uso únicamente médico • OTC – Medicamentos sin receta • PA – Autorización previa • QL – Límite de cantidad • ST – Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
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	QL(20 cada 10 días)	ANTIVIRALES
PAXLOVID 150 MG(6)-100 MG(5) TABLETS IN A DOSE PACK(SEVERE RENAL DOSE)	1	QL(11 cada 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	3	PA,QL(5 cada 30 días)	ANTIVIRALES
PIFELTRO 100 MG TABLET	1	QL(30 cada 30 días)	ANTIVIRALES
PREVYMIS 120 MG ORAL PELLETS IN PACKET	3	PA,QL(60 cada 30 días)	ANTIVIRALES
PREVYMIS 20 MG ORAL PELLETS IN PACKET	3	PA,QL(120 cada 30 días)	ANTIVIRALES
PREVYMIS 240 MG TABLET	3	PA,QL(28 cada 28 días)	ANTIVIRALES
PREVYMIS 240 MG/12 ML INTRAVENOUS SOLUTION	3	PA,QL(336 cada 28 días)	ANTIVIRALES
PREVYMIS 480 MG TABLET	3	PA,QL(28 cada 28 días)	ANTIVIRALES
PREVYMIS 480 MG/24 ML INTRAVENOUS SOLUTION	3	PA,QL(672 cada 28 días)	ANTIVIRALES
PREZCOBIX 675 MG-150 MG TABLET	1	QL(30 cada 30 días)	ANTIVIRALES
PREZCOBIX 800 MG-150 MG TABLET	1	QL(30 cada 30 días)	ANTIVIRALES
PREZCOBIX PED 600 MG-90 MG TABLET FOR ORAL SUSPENSION	1	QL(30 cada 30 días)	ANTIVIRALES
PREZISTA 100 MG/ML ORAL SUSPENSION	1		ANTIVIRALES
PREZISTA 150 MG TABLET	1		ANTIVIRALES
PREZISTA 600 MG TABLET	1	PA	ANTIVIRALES
PREZISTA 75 MG TABLET	1		ANTIVIRALES
PREZISTA 800 MG TABLET	1	PA	ANTIVIRALES
raltegravir 600 mg tablet	1	QL(60 cada 30 días)	ANTIVIRALES
RAPIVAB (PF) 200 MG/20 ML (10 MG/ML) INTRAVENOUS SOLUTION[MDO]	*		ANTIVIRALES
RELENZA DISKHALER 5 MG/ACTUATION POWDER FOR INHALATION	3	PA,QL(20 cada 5 días)	ANTIVIRALES
RETROVIR 10 MG/ML INTRAVENOUS SOLUTION	1		ANTIVIRALES
RETROVIR 10 MG/ML ORAL SYRUP	1	PA	ANTIVIRALES
RETROVIR 100 MG CAPSULE	1	PA	ANTIVIRALES
REYATAZ 200 MG CAPSULE	1	PA	ANTIVIRALES
REYATAZ 300 MG CAPSULE	1	PA	ANTIVIRALES
REYATAZ 50 MG ORAL POWDER PACKET	1		ANTIVIRALES
ribavirin 200 mg capsule	1		ANTIVIRALES
ribavirin 200 mg tablet	1		ANTIVIRALES
rilpivirine hcl 25 mg tablet	1		ANTIVIRALES

• MDO: Medicamento de uso únicamente médico • OTC – Medicamentos sin receta • PA – Autorización previa • QL – Límite de cantidad • ST – Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
rimantadine 100 mg tablet	1		ANTIVIRALES
ritonavir 100 mg tablet	1		ANTIVIRALES
RUKOBIA 600 MG TABLET,EXTENDED RELEASE	1	QL(60 cada 30 días)	ANTIVIRALES
SELZENTRY 150 MG TABLET	1	PA,QL(60 cada 30 días)	ANTIVIRALES
SELZENTRY 20 MG/ML ORAL SOLUTION	1	QL(1800 cada 30 días)	ANTIVIRALES
SELZENTRY 300 MG TABLET	1	PA,QL(120 cada 30 días)	ANTIVIRALES
sofosbuvir 400 mg-velpatasvir 100 mg tablet	1	QL(28 cada 28 días)	ANTIVIRALES
SOVALDI 150 MG ORAL PELLETS IN PACKET	3	PA,QL(28 cada 28 días)	ANTIVIRALES
SOVALDI 200 MG ORAL PELLETS IN PACKET	3	PA,QL(56 cada 28 días)	ANTIVIRALES
SOVALDI 200 MG TABLET	3	PA,QL(28 cada 28 días)	ANTIVIRALES
SOVALDI 400 MG TABLET	3	PA,QL(28 cada 28 días)	ANTIVIRALES
STRIBILD 150 MG-150 MG-200 MG-300 MG TABLET	1	QL(30 cada 30 días)	ANTIVIRALES
SUNLENCA 300 MG TABLET	1	QL(4 cada 2 días)	ANTIVIRALES
SUNLENCA 309 MG/ML SUBCUTANEOUS SOLUTION	1	QL(6 cada 180 días)	ANTIVIRALES
SYMFI 600 MG-300 MG-300 MG TABLET	1	QL(30 cada 30 días)	ANTIVIRALES
SYMTUZA 800 MG-150 MG-200 MG-10 MG TABLET	1	QL(30 cada 30 días)	ANTIVIRALES
TAMIFLU 6 MG/ML ORAL SUSPENSION	1	PA	ANTIVIRALES
TAMIFLU 75 MG CAPSULE	1	PA,QL(20 cada 10 días)	ANTIVIRALES
tenofovir disoproxil fumarate 300 mg tablet	1	QL(30 cada 30 días)	ANTIVIRALES
TIVICAY 50 MG TABLET	1		ANTIVIRALES
TIVICAY PD 5 MG TABLET FOR ORAL SUSPENSION	1	QL(180 cada 30 días)	ANTIVIRALES
TRIUMEQ 600 MG-50 MG-300 MG TABLET	1	QL(30 cada 30 días)	ANTIVIRALES
TRIUMEQ PD 60 MG-5 MG-30 MG TABLET FOR ORAL SUSPENSION	1	QL(180 cada 30 días)	ANTIVIRALES
TROGARZO 200 MG/1.33 ML (150 MG/ML) INTRAVENOUS SOLUTION	1	QL(40.02 cada 42 días)	ANTIVIRALES
TRUVADA 100 MG-150 MG TABLET	1	PA,QL(30 cada 30 días)	ANTIVIRALES
TRUVADA 133 MG-200 MG TABLET	1	PA,QL(30 cada 30 días)	ANTIVIRALES
TRUVADA 167 MG-250 MG TABLET	1	PA,QL(30 cada 30 días)	ANTIVIRALES
TRUVADA 200 MG-300 MG TABLET	1	PA,QL(30 cada 30 días)	ANTIVIRALES
TYBOST 150 MG TABLET	1	QL(30 cada 30 días)	ANTIVIRALES
valacyclovir 1 gram tablet	1		ANTIVIRALES

• MDO: Medicamento de uso únicamente médico • OTC – Medicamentos sin receta • PA – Autorización previa • QL – Límite de cantidad • ST – Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
valacyclovir 500 mg tablet	1		ANTIVIRALES
VALCYTE 50 MG/ML ORAL SOLUTION	1	PA	ANTIVIRALES
valganciclovir 450 mg tablet	1		ANTIVIRALES
valganciclovir 50 mg/ml oral solution	1		ANTIVIRALES
VALTREX 1 GRAM TABLET	1	PA	ANTIVIRALES
VALTREX 500 MG TABLET	1	PA	ANTIVIRALES
VEMLIDY 25 MG TABLET	1	QL(30 cada 30 dÍas)	ANTIVIRALES
VIRACEPT 250 MG TABLET	1		ANTIVIRALES
VIRACEPT 625 MG TABLET	1		ANTIVIRALES
VIREAD 150 MG TABLET	1	QL(30 cada 30 dÍas)	ANTIVIRALES
VIREAD 200 MG TABLET	1	QL(30 cada 30 dÍas)	ANTIVIRALES
VIREAD 250 MG TABLET	1	QL(30 cada 30 dÍas)	ANTIVIRALES
VIREAD 300 MG TABLET	1	PA,QL(30 cada 30 dÍas)	ANTIVIRALES
VIREAD 40 MG/SCOOP (40 MG/GRAM) ORAL POWDER	1		ANTIVIRALES
VOSEVI 400 MG-100 MG-100 MG TABLET	3	PA,QL(28 cada 28 dÍas)	ANTIVIRALES
XOCOVA 125 MG TABLET	1	QL(7 cada 5 dÍas)	ANTIVIRALES
XOFLUZA 40 MG TABLET	3	PA,QL(2 cada 1 dÍas)	ANTIVIRALES
XOFLUZA 80 MG TABLET	3	PA,QL(1 cada 1 dÍas)	ANTIVIRALES
YEZTUGO 300 MG TABLET	1	QL(4 cada 2 dÍas)	ANTIVIRALES
YEZTUGO 309 MG/ML SUBCUTANEOUS SOLUTION	1	QL(3 cada 180 dÍas)	ANTIVIRALES
ZEPATIER 50 MG-100 MG TABLET	3	PA,QL(28 cada 28 dÍas)	ANTIVIRALES
ZIAGEN 20 MG/ML ORAL SOLUTION	1	PA	ANTIVIRALES
zidovudine 10 mg/ml oral syrup	1		ANTIVIRALES
zidovudine 100 mg capsule	1		ANTIVIRALES
zidovudine 300 mg tablet	1		ANTIVIRALES
ZIRGAN 0.15 % EYE GEL	1		ANTIVIRALES
ACCRUFER 30 MG CAPSULE	2	PA,QL(60 cada 30 dÍas)	ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS
AURYXIA 210 MG IRON TABLET	3	PA,QL(360 cada 30 dÍas)	ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS
calcium 200 mg (as citrate)-vitamin d3 6.25 mcg (250 unit) tablet[OTC]	2		ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS
calcium 250 mg (as carbonate)-vitamin d3 3.125 mcg (125 unit) tablet[OTC]	2		ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS
calcium 315 mg (as citrate)-vitamin d3 5 mcg (200 unit) tablet[OTC]	2		ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS
calcium 315 mg (as citrate)-vitamin d3 6.25 mcg (250 unit) tablet[OTC]	2		ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS
calcium 500 + d 500 mg-5 mcg (200 unit) tablet[OTC]	1		ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS
calcium 500 mg (as carbonate)-vitamin d3 5 mcg (200 unit) tablet[OTC]	2		ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS

• MDO: Medicamento de uso únicamente médico • OTC – Medicamentos sin receta • PA – Autorización previa • QL – Límite de cantidad • ST – Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
calcium 500 mg/5 ml (as calcium carb 1,250 mg/5 ml) oral suspension[OTC]	3	PA	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 mg (as carbonate)-vitamin d3 10 mcg (400 unit) tablet[OTC]	2		ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS
calcium 600 mg (as carbonate)-vitamin d3 5 mcg (200 unit) tablet[OTC]	2		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 chloride 100 mg/ml (10 %) intravenous solution	1		ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS
calcium chloride 100 mg/ml (10 %) intravenous syringe	1		ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS
calcium citrate + d 315 mg-5 mcg (200 unit) tablet[OTC]	2		ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS
calcium gluconate 1 gram/100 ml in sodium chloride,iso-osm iv solution	1		ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS
calcium gluconate 1 gram/50 ml in sodium chloride, iso-osm iv solution	1		ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS
calcium gluconate 100 mg/ml (10 %) intravenous solution	1		ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS
calcium gluconate 2 gram/100 ml in sodium chloride,iso-osm iv solution	1		ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS
CARBAGLU 200 MG DISPERSIBLE TABLET	3	PA	ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS
carglumic acid 200 mg dispersible tablet	3	PA	ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS
CARNITOR (SUGAR-FREE) 100 MG/ML ORAL SOLUTION	1		ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS
CARNITOR 100 MG/ML ORAL SOLUTION	1	PA	ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS
CARNITOR 200 MG/ML INTRAVENOUS SOLUTION	1		ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS
CARNITOR 330 MG TABLET	1		ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS
CHEMET 100 MG CAPSULE	1		ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS
CLINISOL SF 15 % INTRAVENOUS SOLUTION[MDO]	*		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
CONCEPT DHA 35 MG-1 MG-200 MG CAPSULE	1		ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS
CONCEPT OB 85 MG-1 MG CAPSULE	1		ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS
CUVRIOR 300 MG TABLET	3	PA,QL(288 cada 28 dÍas)	ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS

• MDO: Medicamento de uso únicamente médico • OTC – Medicamentos sin receta • PA – Autorización previa • QL – Límite de cantidad • ST – Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
cysteine (l-cysteine) 50 mg/ml intravenous solution	1		ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS
deferasirox 125 mg dispersible tablet	1		ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS
deferasirox 180 mg oral granules in packet	3	PA	ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS
deferasirox 180 mg tablet	3	PA	ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS
deferasirox 250 mg dispersible tablet	1		ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS
deferasirox 360 mg oral granules in packet	3	PA	ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS
deferasirox 360 mg tablet	3	PA	ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS
deferasirox 500 mg dispersible tablet	1		ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS
deferasirox 90 mg oral granules in packet	3	PA	ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS
deferasirox 90 mg tablet	3	PA	ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS
deferiprone 1,000 mg tablet	3	PA	ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS
deferiprone 500 mg tablet	3	PA	ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS
deferoxamine 2 gram solution for injection	1		ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS
deferoxamine 500 mg solution for injection	1		ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS
denta 5000 plus 1.1 % cream	1	QL(51 cada 30 dÍas)	ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS
denta 5000 plus sensitive 1.1 %-5 % dental paste	1	QL(30 cada 30 dÍas)	ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS
dentagel 1.1 %	1	QL(56 cada 30 dÍas)	ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS
DEPEN TITRATABS 250 MG TABLET	1	PA	ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS
DESFERAL 500 MG SOLUTION FOR INJECTION	1		ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS
dextrose (d-glucose) 5 % and 0.9 % sodium chloride iv solution	1		ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS
dextrose 10 % and 0.2 % sodium chloride intravenous solution	1		ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS
dextrose 10 % and 0.45 % sodium chloride intravenous solution	1		ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS
dextrose 10 % in water (d10w) intravenous solution	1		ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS
dextrose 2.5 % and 0.45 % sodium chloride intravenous solution	1		ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS
dextrose 20 % in water (d20w) intravenous solution	1		ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS
dextrose 25 % in water (d25w) intravenous syringe	1		ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS
dextrose 30 % in water (d30w) intravenous solution	1		ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS

• MDO: Medicamento de uso únicamente médico • OTC – Medicamentos sin receta • PA – Autorización previa • QL – Límite de cantidad • ST – Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
dextrose 40 % in water (d40w) intravenous solution	1		ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS
dextrose 5 % and 0.2 % sodium chloride intravenous solution	1		ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS
dextrose 5 % and 0.45 % sodium chloride intravenous solution	1		ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS
dextrose 5 % and 0.9 % sodium chloride intravenous solution	1		ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS
dextrose 5 % and lactated ringers intravenous solution	1		ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS
dextrose 5 % in water (d5w) intravenous piggyback	1		ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS
dextrose 5 % in water (d5w) intravenous solution	1		ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS
dextrose 5% and 0.3 % sodium chloride intravenous solution	1		ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS
dextrose 50 % in water (d50w) intravenous solution	1		ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS
dextrose 50 % in water (d50w) intravenous syringe	1		ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS
dextrose 70 % in water (d70w) intravenous solution	1		ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS
effer-k 25 meq effervescent tablet	1		ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS
ELCYS 50 MG/ML INTRAVENOUS SOLUTION	1		ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS
electrolyte-148 intravenous solution	1		ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS
electrolyte-a intravenous solution	1		ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS
elite-ob 50 mg iron-1.25 mg tablet	2	ST	ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS
embriva 13 mg iron-1 mg tablet	3	PA	ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS
ENBRACE HR 1.5 MG IRON-8.73 MG-6.4 MG CAPSULE,IMMED AND DELAY RELEASE	2	ST	ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS
EXJADE 125 MG DISPERSIBLE TABLET	1		ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS
EXJADE 250 MG DISPERSIBLE TABLET	1	PA	ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS
EXJADE 500 MG DISPERSIBLE TABLET	1		ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS
FERAHEME 510 MG/17 ML (30 MG/ML) INTRAVENOUS SOLUTION[MDO]	*		ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS
ferric carboxymaltose 100 mg iron/2 ml intravenous solution[MDO]	*		ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS
ferric carboxymaltose 50 mg iron/ml intravenous solution[MDO]	*		ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS
ferric citrate 210 mg iron tablet	3	PA,QL(360 cada 30 dÍas)	ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS
FERRIPROX (2 TIMES A DAY) 1,000 MG TABLET, MODIFIED RELEASE	3	PA	ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS
FERRIPROX 1,000 MG TABLET	3	PA	ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS

• MDO: Medicamento de uso únicamente médico • OTC – Medicamentos sin receta • PA – Autorización previa • QL – Límite de cantidad • ST – Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
FERRIPROX 100 MG/ML ORAL SOLUTION	3	PA	ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS
FERRLECIT 62.5 MG/5 ML INTRAVENOUS SOLUTION[MDO]	*		ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS
ferumoxytol 510 mg/17 ml (30 mg/ml) intravenous solution[MDO]	*		ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS
folivane-ob 85 mg-1 mg capsule	1		ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS
FOSRENOL 1,000 MG CHEWABLE TABLET	3	PA	ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS
FOSRENOL 1,000 MG ORAL POWDER PACKET	3	PA	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	3	PA	ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS
gestyra 13 mg iron-1 mg tablet	3	PA	ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS
INFED 50 MG/ML INJECTION SOLUTION[MDO]	*		ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS
INJECTAFER 100 MG IRON/2 ML INTRAVENOUS SOLUTION[MDO]	*		ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS
INJECTAFER 50 MG IRON/ML INTRAVENOUS SOLUTION[MDO]	*		ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS
intraventricular electrolytes flush solution for cerliponase alfa no.1[MDO]	*		ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS
IONOSOL-MB IN D5W INTRAVENOUS SOLUTION	1		ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS
iron sucrose 100 mg iron/5 ml intravenous solution[MDO]	*		ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS
iron sucrose 200 mg iron/10 ml intravenous solution[MDO]	*		ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS
iron sucrose 50 mg iron/2.5 ml intravenous solution[MDO]	*		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
JADENU 180 MG TABLET	3	PA	ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS
JADENU 360 MG TABLET	3	PA	ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS
JADENU 90 MG TABLET	3	PA	ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS
JADENU SPRINKLE 180 MG ORAL GRANULES IN PACKET	3	PA	ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS
JADENU SPRINKLE 360 MG ORAL GRANULES IN PACKET	3	PA	ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS
JADENU SPRINKLE 90 MG ORAL GRANULES IN PACKET	3	PA	ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS

• MDO: Medicamento de uso únicamente médico • OTC – Medicamentos sin receta • PA – Autorización previa • QL – Límite de cantidad • ST – Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
JYNARQUE 15 MG (AM)/15 MG (PM) TABLETS	3	PA,QL(56 cada 28 días)	ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS
JYNARQUE 15 MG TABLET	1	QL(60 cada 30 días)	ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS
JYNARQUE 30 MG (AM)/15 MG (PM) TABLETS	3	PA,QL(56 cada 28 días)	ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS
JYNARQUE 30 MG TABLET	1	QL(90 cada 30 días)	ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS
JYNARQUE 45 MG (AM)/15 MG (PM) TABLETS	3	PA,QL(56 cada 28 días)	ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS
JYNARQUE 60 MG (AM)/30 MG (PM) TABLETS	3	PA,QL(56 cada 28 días)	ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS
JYNARQUE 90 MG (AM)/30 MG (PM) TABLETS	3	PA,QL(56 cada 28 días)	ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS
K-PHOS NO 2 305 MG-700 MG TABLET	1		ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS
K-PHOS ORIGINAL 500 MG SOLUBLE TABLET	1		ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS
K-PHOS-NEUTRAL 250 MG TABLET[OTC]	1	PA	ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS
kionex 15 gram/60 ml oral suspension	1		ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS
KLOR-CON 10 MEQ TABLET,EXTENDED RELEASE	1	PA	ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS
klor-con 20 meq oral packet	3	PA,QL(30 cada 30 días)	ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS
klor-con 8 meq tablet,extended release	2	PA	ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS
klor-con m10 meq tablet,extended release	1		ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS
KLOR-CON M15 MEQ TABLET,EXTENDED RELEASE	2	PA	ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS
klor-con m20 meq tablet,extended release	1		ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS
klor-con/ef 25 meq effervescent tablet	1		ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS
lactated ringers intravenous solution	1		ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS
lanthanum 1,000 mg chewable tablet	1		ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS
lanthanum 500 mg chewable tablet	3	PA	ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS
lanthanum 750 mg chewable tablet	3	PA	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
levocarnitine 330 mg tablet	1		ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS
levocarnitine 330 mg tablet[OTC]	1		ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS

• MDO: Medicamento de uso únicamente médico • OTC – Medicamentos sin receta • PA – Autorización previa • QL – Límite de cantidad • ST – Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
LOKELMA 10 GRAM ORAL POWDER PACKET	3	PA,QL(30 cada 30 dÍas)	ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS
LOKELMA 5 GRAM ORAL POWDER PACKET	3	PA,QL(30 cada 30 dÍas)	ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS
m-natal plus 27 mg iron-1 mg tablet	1		ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS
magnesium chloride 200 mg/ml (20 %) injection solution	1		ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS
magnesium sulfate 1 gram/100 ml in dextrose 5 % intravenous piggyback	1		ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS
magnesium sulfate 2 gram/50 ml (4 %) in water intravenous piggyback	1		ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS
magnesium sulfate 20 gram/500 ml (4 %) in water intravenous solution	1		ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS
magnesium sulfate 3 gram/100 ml (3 %) in water intravenous piggyback	1		ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS
magnesium sulfate 4 gram/100 ml (4 %) in water intravenous piggyback	1		ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS
magnesium sulfate 4 gram/50 ml (8 %) in water intravenous piggyback	1		ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS
magnesium sulfate 40 gram/1,000 ml (4 %) in water intravenous solution	1		ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS
magnesium sulfate 500 mg/ml (50 %) injection solution	1		ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS
magnesium sulfate 500 mg/ml (50 %) injection syringe	1		ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS
MATRONEX 27 MG IRON-1,000 MCG TABLET	3	PA,QL(30 cada 30 dÍas)	ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS
MONOFERRIC 100 MG IRON/ML INTRAVENOUS SOLUTION[MDO]	*		ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS
NESTABS 32 MG-1,000 MCG TABLET	2	PA,ST	ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS
NESTABS DHA 32 MG IRON-1,000 MCG-230 MG ORAL PACK	2	ST	ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS
NESTABS ONE 38 MG-1 MG-225 MG CAPSULE	2	ST	ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS
NORMOSOL-M 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
OB COMPLETE 50 MG IRON-1.25 MG TABLET	2	PA,ST	ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS
OB COMPLETE ONE 40 MG-10 MG-1 MG-300 MG CAPSULE	2	ST	ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS
OB COMPLETE PETITE 35 MG IRON-5 MG IRON-1 MG CAPSULE	2	ST	ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS
OB COMPLETE PREMIER 30 MG-20 MG-1 MG TABLET	2	ST	ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS
OB COMPLETE WITH DHA 30 MG IRON-10 MG IRON-1 MG CAPSULE	2	ST	ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS
OMEGAVEN 10 % INTRAVENOUS EMULSION[MDO]	*		ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS

• MDO: Medicamento de uso únicamente médico • OTC – Medicamentos sin receta • PA – Autorización previa • QL – Límite de cantidad • ST – Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
ORACIT 490 MG-640 MG/5 ML ORAL SOLUTION	1		ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS
oysco 500/d 500 mg-5 mcg (200 unit) tablet[OTC]	2		ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS
oyster shell calcium-vitamin d3 250 mg-3.125 mcg (125 unit) tablet[OTC]	2		ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS
oyster shell calcium-vitamin d3 500 mg-10 mcg (400 unit) tablet[OTC]	2		ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS
oyster shell calcium-vitamin d3 500 mg-5 mcg (200 unit) tablet[OTC]	2		ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS
penicillamine 250 mg capsule	1		ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS
penicillamine 250 mg tablet	1	PA	ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS
PHOS-NAK 280 MG-160 MG-250 MG ORAL POWDER PACKET[OTC]	3	PA	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[MDO]	*		ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS
pnv-dha 27 mg iron-1 mg-300 mg capsule	1		ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS
pnv-omega 28 mg-1 mg-300 mg capsule	2	ST	ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS
pnv-select 27 mg-1 mg tablet	2	ST	ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS
POKONZA 10 MEQ ORAL PACKET	3	PA,QL(30 cada 30 días)	ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS
POKONZA 10 MEQ/15 ML ORAL LIQUID	3	PA,QL(474 cada 31 días)	ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS
POKONZA 15 MEQ ORAL PACKET	3	PA,QL(30 cada 30 días)	ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS
potassium acetate 2 meq/ml intravenous solution	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 10 meq/l in 5 % dextrose intravenous solution	1		ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS
potassium chloride 10 meq/l in dextrose 5 %-0.45 % sodium chloride iv	1		ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS
potassium chloride 2 meq/ml intravenous solution	1		ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS
potassium chloride 20 meq oral packet	3	PA,QL(30 cada 30 días)	ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS
potassium chloride 20 meq/100ml in sterile water intravenous piggyback	1		ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS
potassium chloride 20 meq/15 ml oral liquid	1		ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS

• MDO: Medicamento de uso únicamente médico • OTC – Medicamentos sin receta • PA – Autorización previa • QL – Límite de cantidad • ST – Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
potassium chloride 20 meq/50 ml in sterile water intravenous piggyback	1		ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS
potassium chloride 20 meq/l in 0.45 % sodium chloride intravenous soln	1		ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS
potassium chloride 20 meq/l in 0.9 % sodium chloride intravenous	1		ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS
potassium chloride 20 meq/l in 5 % dextrose intravenous solution	1		ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS
potassium chloride 20 meq/l in d5-0.9 % sodium chloride intravenous	1		ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS
potassium chloride 20 meq/l in dextrose 5 %-0.2 % sodium chloride iv	1		ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS
potassium chloride 20 meq/l in dextrose 5 %-0.45 % sodium chloride iv	1		ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS
potassium chloride 20 meq/l-lactated ringers-5 % dextrose intravenous	1		ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS
potassium chloride 30 meq/l in dextrose 5 %-0.45 % sodium chloride iv	1		ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS
POTASSIUM CHLORIDE 40 MEQ ORAL PACKET	3	PA,QL(30 cada 30 dÍas)	ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS
potassium chloride 40 meq/100ml in sterile water intravenous piggyback	1		ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS
potassium chloride 40 meq/15 ml oral liquid	1		ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS
potassium chloride 40 meq/l in 0.9 % sodium chloride intravenous	1		ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS
potassium chloride 40 meq/l in d5-0.9 % sodium chloride intravenous	1		ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS
potassium chloride 40 meq/l in dextrose 5 %-0.45 % sodium chloride iv	1		ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS
potassium chloride er 10 meq capsule,extended release	1		ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS
potassium chloride er 10 meq tablet,extended release	1		ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS
potassium chloride er 10 meq tablet,extended release(part/cryst)	1		ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS
potassium chloride er 15 meq tablet,extended release	1		ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS
potassium chloride er 15 meq tablet,extended release(part/cryst)	1		ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS
potassium chloride er 20 meq tablet,extended release	1		ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS
potassium chloride er 20 meq tablet,extended release(part/cryst)	1		ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS
potassium chloride er 8 meq capsule,extended release	1		ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS
potassium chloride er 8 meq tablet,extended release	1		ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS
potassium citrate er 10 meq (1,080 mg) tablet,extended release	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

• MDO: Medicamento de uso únicamente médico • OTC – Medicamentos sin receta • PA – Autorización previa • QL – Límite de cantidad • ST – Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
potassium phosphate 15 mmol/100 ml in 0.9 % sod. chloride iv piggyback	1		ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS
potassium phosphate 15 mmol/250 ml in 0.9 % sodium chloride iv soln	1		ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS
potassium phosphates-mbasic and dibasic 3 mmol/ml intravenous solution	1		ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS
prenatal plus vitamin-mineral 27 mg iron-1 mg tablet	1		ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS
prenatal vitamins plus low iron 27 mg iron-1 mg tablet[otc]	1		ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS
prenatal vitamins plus low iron 27 mg iron-1 mg tablet	1		ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS
PRENATE AM 1 MG-500 MG TABLET	2	ST	ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS
PRENATE CHEWABLE 1 MG TABLET	2	ST	ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS
PRENATE DHA (FERROUS ASPARTO GLYCINATE) 18 MG IRON-1 MG-300 MG CAPSULE	2	ST	ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS
PRENATE ELITE (IRON ASPARTO GLYCINATE) 20 MG IRON-1 MG TABLET	2	ST	ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS
PRENATE ENHANCE 28 MG IRON-1 MG-400 MG CAPSULE	2	ST	ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS
PRENATE ESSENTIAL (IRON ASPARTO GLYCINATE) 18 MG IRON-1 MG-300 MG CAP	2	ST	ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS
PRENATE MINI (FERROUS ASPARTO GLYCINATE) 18 MG-1 MG-350 MG CAPSULE	2	ST	ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS
PRENATE PIXIE 10 MG IRON-1 MG-200 MG CAPSULE	2	ST	ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS
PRENATE RESTORE 27 MG IRON-1 MG-400 MG CAPSULE	2	ST	ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS
PRENATE STAR 20 MG IRON-1 MG TABLET	2	ST	ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS
PROSOL 20 % INTRAVENOUS SOLUTION	1		ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS
PROVIDA OB 40 MG IRON-1.25 MG CAPSULE	1		ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS
RENVELA 0.8 GRAM ORAL POWDER PACKET	1	PA	ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS
RENVELA 2.4 GRAM ORAL POWDER PACKET	1	PA	ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS
RENVELA 800 MG TABLET	1	PA	ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS
ringer's intravenous solution	1		ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS
SAMSCA 15 MG TABLET	1	PA,QL(60 cada 30 dÍas)	ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS
SAMSCA 30 MG TABLET	1	PA,QL(60 cada 30 dÍas)	ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS
SELECT-OB (FOLIC ACID) 29 MG IRON-1 MG CHEWABLE TABLET	2	ST	ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS
SELECT-OB + DHA 29 MG IRON-1 MG-250 MG ORAL PACK	1		ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS
sevelamer carbonate 0.8 gram oral powder packet	1		ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS

• MDO: Medicamento de uso únicamente médico • OTC – Medicamentos sin receta • PA – Autorización previa • QL – Límite de cantidad • ST – Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
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	3	PA	ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS
sevelamer hcl 800 mg tablet	3	PA	ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS
sodium acetate 2 meq/ml intravenous solution	1		ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS
sodium acetate 4 meq/ml intravenous solution	1		ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS
sodium bicarbonate 1 meq/ml (8.4 %) intravenous solution	1		ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS
sodium bicarbonate 4.2 % intravenous solution	1		ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS
sodium bicarbonate 50 meq/50 ml (8.4 %) intravenous syringe	1		ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS
sodium chloride 0.45 % intravenous solution	1		ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS
sodium chloride 0.9 % injection solution	1		ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS
sodium chloride 0.9 % intravenous piggyback	1		ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS
sodium chloride 0.9 % intravenous solution	1		ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS
sodium chloride 0.9 %, bacteriostatic injection solution	1		ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS
sodium chloride 2.5 meq/ml intravenous solution	1		ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS
sodium chloride 3 % hypertonic intravenous injection solution	1		ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS
sodium chloride 4 meq/ml intravenous solution	1		ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS
sodium chloride 5 % hypertonic intravenous solution	1		ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS
sodium ferric gluconate complex in sucrose 62.5 mg/5 ml intravenous[MDO]	*		ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS
sodium fluoride 0.2 % dental solution	1		ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS
sodium fluoride 1.1 % dental gel	1	QL(56 cada 30 días)	ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS
sodium fluoride 1.1 % dental paste	1	QL(30 cada 30 días)	ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS
sodium fluoride 1.1 %-potassium nitrate 5 % dental paste	1	QL(30 cada 30 días)	ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS
sodium fluoride 5000 dry mouth 1.1 % dental paste	1	QL(30 cada 30 días)	ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS
sodium fluoride 5000 plus 1.1 % dental cream	1	QL(51 cada 30 días)	ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS
sodium phosphate 3 mmol/ml intravenous solution	3	PA	ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS
sodium polystyrene sulfonate 15 gram oral powder	1		ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS

• MDO: Medicamento de uso únicamente médico • OTC – Medicamentos sin receta • PA – Autorización previa • QL – Límite de cantidad • ST – Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
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
taron-c dha 35 mg-1 mg-200 mg capsule	1		ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS
THAM 36 MG/ML (0.3 M) INTRAVENOUS SOLUTION	1		ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS
tolvaptan (polycystic kidney disease) 15 mg (am)/15 mg (pm) tablets	3	PA,QL(56 cada 28 días)	ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS
tolvaptan (polycystic kidney disease) 15 mg tablet	3	PA,QL(60 cada 30 días)	ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS
tolvaptan (polycystic kidney disease) 30 mg (am)/15 mg (pm) tablets	3	PA,QL(56 cada 28 días)	ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS
tolvaptan (polycystic kidney disease) 30 mg tablet	3	PA,QL(90 cada 30 días)	ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS
tolvaptan (polycystic kidney disease) 45 mg (am)/15 mg (pm) tablets	3	PA,QL(56 cada 28 días)	ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS
tolvaptan (polycystic kidney disease) 60 mg (am)/30 mg (pm) tablets	3	PA,QL(56 cada 28 días)	ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS
tolvaptan (polycystic kidney disease) 90 mg (am)/30 mg (pm) tablets	3	PA,QL(56 cada 28 días)	ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS
tolvaptan 15 mg tablet	1	QL(60 cada 30 días)	ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS
tolvaptan 30 mg tablet	1	QL(60 cada 30 días)	ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS
TPN ELECTROLYTES 35 MEQ-20 MEQ-5 MEQ/20 ML INTRAVENOUS SOLUTION	1		ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS
TRICARE 27 MG IRON-1 MG TABLET	1	PA	ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS
trientine 250 mg capsule	1		ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS
trientine 500 mg capsule	3	PA,QL(100 cada 25 días)	ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS
trinatal rx 1 60 mg iron-1 mg tablet	1		ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS
TRISTART DHA 31 MG IRON-1 MG-200 MG CAPSULE	2	ST	ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS
tromethamine 36 mg/ml (0.3 m) intravenous solution	1		ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS
UROCIT-K 10 10 MEQ (1,080 MG) TABLET,EXTENDED RELEASE	1	PA	ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS
UROCIT-K 15 15 MEQ (1,620 MG) TABLET,EXTENDED RELEASE	1	PA	ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS
VAPRISOL IN 5 % DEXTROSE 20 MG/100 ML INTRAVENOUS SOLUTION	1		ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS
VELPHORO 500 MG CHEWABLE TABLET	2	PA	ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS
VELTASSA 1 GRAM ORAL POWDER PACKET	3	PA,QL(120 cada 30 días)	ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS
VELTASSA 16.8 GRAM ORAL POWDER PACKET	3	PA,QL(30 cada 30 días)	ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS

• MDO: Medicamento de uso únicamente médico • OTC – Medicamentos sin receta • PA – Autorización previa • QL – Límite de cantidad • ST – Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
VELTASSA 8.4 GRAM ORAL POWDER PACKET	3	PA,QL(30 cada 30 días)	ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS
VENOFER 100 MG IRON/5 ML INTRAVENOUS SOLUTION[MDO]	*		ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS
VENOFER 200 MG IRON/10 ML INTRAVENOUS SOLUTION[MDO]	*		ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS
VENOFER 50 MG IRON/2.5 ML INTRAVENOUS SOLUTION[MDO]	*		ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS
VITAFOL FE PLUS 90 MG IRON-1 MG-200 MG CAPSULE	1		ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS
VITAFOL GUMMIES 3.33 MG IRON-0.33 MG CHEWABLE TABLET	1		ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS
VITAFOL ULTRA 29 MG IRON-1 MG-200 MG CAPSULE	1		ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS
VITAFOL-OB 65 MG-1 MG TABLET	1		ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS
VITAFOL-OB+DHA 65 MG-1 MG-250 MG ORAL PACK	1		ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS
VITAFOL-ONE 29 MG IRON-1 MG-200 MG CAPSULE	1		ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS
wes-phos neutral 250 mg tablet[OTC]	1		ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS
wescap-c dha 35 mg-1 mg-200 mg capsule	1		ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS
wescap-pn dha 27 mg iron-1 mg-300 mg capsule	1		ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS
wesnatal dha complete 29 mg iron-1 mg-200 mg oral pack	1		ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS
wesnate dha 28 mg iron-1 mg-200 mg capsule	2	ST	ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS
westab plus 27 mg iron-1 mg tablet	1		ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS
westgel dha 31 mg iron-1 mg-200 mg capsule	2	ST	ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS
XPHOZAH 20 MG TABLET	3	PA,QL(60 cada 30 días)	ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS
XPHOZAH 30 MG TABLET	3	PA,QL(60 cada 30 días)	ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS
zinc chloride 1 mg/ml intravenous solution	1		ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS
ZYCUBO 2.9 MG SUBCUTANEOUS SOLUTION	3	PA,QL(30 cada 30 días)	ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS
adult aspirin regimen 81 mg tablet,delayed release[OTC]	1	QL(30 cada 30 días)	PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES
ADVATE 1,000 (+/-) UNIT INTRAVENOUS SOLUTION	3		PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES
ADVATE 1,500 (+/-) UNIT INTRAVENOUS SOLUTION	3		PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES
ADVATE 2,000 (+/-) UNIT INTRAVENOUS SOLUTION	3		PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES
ADVATE 250 (+/-) UNIT INTRAVENOUS SOLUTION	3		PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES
ADVATE 3,000 (+/-) UNIT INTRAVENOUS SOLUTION	3		PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES

• MDO: Medicamento de uso únicamente médico • OTC – Medicamentos sin receta • PA – Autorización previa • QL – Límite de cantidad • ST – Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
ADVATE 4,000 (+/-) UNIT INTRAVENOUS SOLUTION	1		PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES
ADVATE 500 (+/-) UNIT INTRAVENOUS SOLUTION	3		PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES
ADYNOVATE 1,000 (+/-) UNIT INTRAVENOUS SOLUTION	3	PA	PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES
ADYNOVATE 1,500 (+/-) UNIT INTRAVENOUS SOLUTION	3	PA	PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES
ADYNOVATE 2,000 (+/-) UNIT INTRAVENOUS SOLUTION	3	PA	PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES
ADYNOVATE 250 (+/-) UNIT INTRAVENOUS SOLUTION	3	PA	PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES
ADYNOVATE 3,000 (+/-) UNIT INTRAVENOUS SOLUTION	3	PA	PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES
ADYNOVATE 500 (+/-) UNIT INTRAVENOUS SOLUTION	3	PA	PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES
ADYNOVATE 750 (+/-) UNIT INTRAVENOUS SOLUTION	3	PA	PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES
ADZYNMA 1,500 (+/-) UNIT INTRAVENOUS KIT	3	PA	PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES
ADZYNMA 500 (+/-) UNIT INTRAVENOUS KIT	3	PA	PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES
AFSTYLA 1,000 (+/-) UNIT RANGE INTRAVENOUS SOLUTION	3	PA	PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES
AFSTYLA 1,500 (+/-) UNIT RANGE INTRAVENOUS SOLUTION	3	PA	PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES
AFSTYLA 2,000 (+/-) UNIT RANGE INTRAVENOUS SOLUTION	3	PA	PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES
AFSTYLA 2,500 (+/-) UNIT RANGE INTRAVENOUS SOLUTION	3	PA	PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES
AFSTYLA 250 (+/-) UNIT RANGE INTRAVENOUS SOLUTION	3	PA	PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES
AFSTYLA 3,000 (+/-) UNIT RANGE INTRAVENOUS SOLUTION	3	PA	PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES
AFSTYLA 500 (+/-) UNIT RANGE INTRAVENOUS SOLUTION	3	PA	PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES
AGRYLIN 0.5 MG CAPSULE	1	PA	PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES
ALBUKED-25 INTRAVENOUS SOLUTION	1		PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES
ALBUKED-5 INTRAVENOUS SOLUTION	1		PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES
ALBUMIN, HUMAN 25 % INTRAVENOUS SOLUTION	1		PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES
ALBUMIN, HUMAN 5 % INTRAVENOUS SOLUTION	1		PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES
ALBUMINEX 25 % INTRAVENOUS SOLUTION	1		PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES
ALBUMINEX 5 % INTRAVENOUS SOLUTION	1		PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES
ALBURX (HUMAN) 25 % INTRAVENOUS SOLUTION	1		PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES
ALBURX (HUMAN) 5 % INTRAVENOUS SOLUTION	1		PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES

• MDO: Medicamento de uso únicamente médico • OTC – Medicamentos sin receta • PA – Autorización previa • QL – Límite de cantidad • ST – Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
ALBUTEIN 25 % INTRAVENOUS SOLUTION	1		PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES
ALBUTEIN 5 % INTRAVENOUS SOLUTION	1		PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES
ALPHANATE 1,000 (400 VWF) UNIT/10 ML INTRAVENOUS SOLUTION	1		PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES
ALPHANATE 1,500 (600 VWF) UNIT/10 ML INTRAVENOUS SOLUTION	1		PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES
ALPHANATE 2,000 (800 VWF) UNIT/10 ML INTRAVENOUS SOLUTION	1		PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES
ALPHANATE 250 (100 VWF) UNIT/5 ML INTRAVENOUS SOLUTION	1		PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES
ALPHANATE 500 (200 VWF) UNIT/5 ML INTRAVENOUS SOLUTION	1		PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES
ALTUVIIIO 1,000 (+/-) UNIT INTRAVENOUS SOLUTION	1		PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES
ALTUVIIIO 2,000 (+/-) UNIT INTRAVENOUS SOLUTION	1		PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES
ALTUVIIIO 250 (+/-) UNIT INTRAVENOUS SOLUTION	1		PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES
ALTUVIIIO 3,000 (+/-) UNIT INTRAVENOUS SOLUTION	1		PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES
ALTUVIIIO 4,000 (+/-) UNIT INTRAVENOUS SOLUTION	1		PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES
ALTUVIIIO 500 (+/-) UNIT INTRAVENOUS SOLUTION	1		PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES
ALVAIZ 18 MG TABLET	3	PA,QL(120 cada 30 días)	PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES
ALVAIZ 36 MG TABLET	3	PA,QL(60 cada 30 días)	PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES
ALVAIZ 54 MG TABLET	3	PA,QL(60 cada 30 días)	PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES
ALVAIZ 9 MG TABLET	3	PA,QL(30 cada 30 días)	PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES
aminocaproic acid 1,000 mg tablet	1		PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES
aminocaproic acid 250 mg/ml (25 %) oral solution	1		PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES
aminocaproic acid 250 mg/ml intravenous solution	1		PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES
aminocaproic acid 500 mg tablet	1		PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES
anagrelide 0.5 mg capsule	1		PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES
anagrelide 1 mg capsule	1		PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES
APHEXDA 62 MG SUBCUTANEOUS SOLUTION	3	PA	PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES
ARANESP 10 MCG/0.4 ML (IN POLYSORBATE) INJECTION SYRINGE	3	PA,QL(1.6 cada 28 días)	PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES
ARANESP 100 MCG/0.5 ML (IN POLYSORBATE) INJECTION SYRINGE	3	PA,QL(2 cada 28 días)	PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES
ARANESP 100 MCG/ML (IN POLYSORBATE) INJECTION	3	PA,QL(4 cada 28 días)	PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES

• MDO: Medicamento de uso únicamente médico • OTC – Medicamentos sin receta • PA – Autorización previa • QL – Límite de cantidad • ST – Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
ARANESP 150 MCG/0.3 ML (IN POLYSORBATE) INJECTION SYRINGE	3	PA,QL(1.2 cada 28 días)	PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES
ARANESP 200 MCG/0.4 ML (IN POLYSORBATE) INJECTION SYRINGE	3	PA,QL(1.6 cada 28 días)	PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES
ARANESP 200 MCG/ML (IN POLYSORBATE) INJECTION	3	PA,QL(4 cada 28 días)	PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES
ARANESP 25 MCG/0.42 ML (IN POLYSORBATE) INJECTION SYRINGE	3	PA,QL(1.68 cada 28 días)	PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES
ARANESP 25 MCG/ML (IN POLYSORBATE) INJECTION	3	PA,QL(4 cada 28 días)	PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES
ARANESP 300 MCG/0.6 ML (IN POLYSORBATE) INJECTION SYRINGE	3	PA,QL(2.4 cada 28 días)	PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES
ARANESP 40 MCG/0.4 ML (IN POLYSORBATE) INJECTION SYRINGE	3	PA,QL(1.6 cada 28 días)	PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES
ARANESP 40 MCG/ML (IN POLYSORBATE) INJECTION	3	PA,QL(4 cada 28 días)	PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES
ARANESP 500 MCG/ML (IN POLYSORBATE) INJECTION SYRINGE	3	PA,QL(4 cada 28 días)	PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES
ARANESP 60 MCG/0.3 ML (IN POLYSORBATE) INJECTION SYRINGE	3	PA,QL(1.2 cada 28 días)	PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES
ARANESP 60 MCG/ML (IN POLYSORBATE) INJECTION	3	PA,QL(4 cada 28 días)	PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES
argatroban 1 mg/ml in 0.9 % sodium chloride intravenous solution	1		PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES
argatroban 100 mg/ml intravenous solution	1		PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES
ARIXTRA 10 MG/0.8 ML SUBCUTANEOUS SOLUTION SYRINGE	1	QL(24 cada 30 días)	PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES
ARIXTRA 2.5 MG/0.5 ML SUBCUTANEOUS SOLUTION SYRINGE	1	QL(15 cada 30 días)	PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES
ARIXTRA 5 MG/0.4 ML SUBCUTANEOUS SOLUTION SYRINGE	1	QL(12 cada 30 días)	PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES
ARIXTRA 7.5 MG/0.6 ML SUBCUTANEOUS SOLUTION SYRINGE	1	QL(18 cada 30 días)	PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES
ARMLUPEG 6 MG/0.6 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE	3	PA,QL(0.6 cada 21 días)	PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES
aspirin 25 mg-dipyridamole 200 mg capsule,ext.release 12 hr multiphase	1	QL(60 cada 30 días)	PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES
aspirin 81 mg chewable tablet[OTC]	1	QL(30 cada 30 días)	PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES
aspirin 81 mg tablet,delayed release[OTC]	1	QL(30 cada 30 días)	PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES
bivalirudin 250 mg intravenous powder for solution	1		PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES
bivalirudin 250 mg/50 ml (5 mg/ml) intravenous solution	1		PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES
BRILINTA 60 MG TABLET	1	QL(60 cada 30 días)	PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES
BRILINTA 90 MG TABLET	1	PA,QL(61 cada 30 días)	PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES
CABLIVI 11 MG INJECTION KIT	3	PA,QL(30 cada 30 días)	PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES
CEPROTIN (BLUE BAR) 500 UNIT INTRAVENOUS SOLUTION	1		PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES

• MDO: Medicamento de uso únicamente médico • OTC – Medicamentos sin receta • PA – Autorización previa • QL – Límite de cantidad • ST – Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
CEPROTIN (GREEN BAR) 1,000 UNIT INTRAVENOUS SOLUTION	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	QL(1 cada 1 dÍas)	PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES
clopidogrel 75 mg tablet	1	QL(30 cada 30 dÍas)	PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES
CYKLOKAPRON 1,000 MG/10 ML (100 MG/ML) INTRAVENOUS SOLUTION	1		PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES
dabigatran etexilate 110 mg capsule	3	PA,QL(60 cada 30 dÍas)	PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES
dabigatran etexilate 150 mg capsule	3	PA,QL(60 cada 30 dÍas)	PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES
dabigatran etexilate 75 mg capsule	3	PA,QL(60 cada 30 dÍas)	PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES
dipyridamole 25 mg tablet	1	QL(120 cada 30 dÍas)	PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES
dipyridamole 50 mg tablet	1	QL(120 cada 30 dÍas)	PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES
dipyridamole 75 mg tablet	1	QL(120 cada 30 dÍas)	PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES
DOPTELET (10 TAB PACK) 20 MG TABLET	3	PA,QL(90 cada 30 dÍas)	PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES
DOPTELET (15 TAB PACK) 20 MG TABLET	3	PA,QL(90 cada 30 dÍas)	PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES
DOPTELET (30 TAB PACK) 20 MG TABLET	3	PA,QL(90 cada 30 dÍas)	PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES
DOPTELET SPRINKLE 10 MG CAPSULE	3	PA,QL(60 cada 30 dÍas)	PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES
EFFIENT 10 MG TABLET	1	PA,QL(35 cada 30 dÍas)	PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES
EFFIENT 5 MG TABLET	1	PA,QL(35 cada 30 dÍas)	PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES
ELIQUIS 0.5 MG TABLET FOR ORAL SUSPENSION	1	QL(112 cada 28 dÍas)	PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES
ELIQUIS 1.5 MG (0.5 MG X 3) TABLET FOR ORAL SUSPENSION	1	QL(336 cada 28 dÍas)	PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES
ELIQUIS 2 MG (0.5 MG X 4) TABLET FOR ORAL SUSPENSION	1	QL(448 cada 28 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(74 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 30 dÍas)	PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES
ELIQUIS SPRINKLE 0.15 MG CAPSULE	1	QL(56 cada 28 dÍas)	PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES
ELOCTATE 1,000 UNIT INTRAVENOUS SOLUTION	3	PA	PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES
ELOCTATE 1,500 UNIT INTRAVENOUS SOLUTION	3	PA	PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES

• MDO: Medicamento de uso únicamente médico • OTC – Medicamentos sin receta • PA – Autorización previa • QL – Límite de cantidad • ST – Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
ELOCTATE 2,000 UNIT INTRAVENOUS SOLUTION	3	PA	PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES
ELOCTATE 250 UNIT INTRAVENOUS SOLUTION	3	PA	PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES
ELOCTATE 3,000 UNIT INTRAVENOUS SOLUTION	3	PA	PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES
ELOCTATE 4,000 UNIT INTRAVENOUS SOLUTION	3	PA	PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES
ELOCTATE 5,000 UNIT INTRAVENOUS SOLUTION	3	PA	PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES
ELOCTATE 500 UNIT INTRAVENOUS SOLUTION	3	PA	PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES
ELOCTATE 6,000 UNIT INTRAVENOUS SOLUTION	3	PA	PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES
ELOCTATE 750 UNIT INTRAVENOUS SOLUTION	3	PA	PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES
eltrombopag 12.5 mg powder packet for oral suspension	1	QL(30 cada 30 dÍas)	PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES
eltrombopag olamine 12.5 mg tablet	1	QL(30 cada 30 dÍas)	PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES
eltrombopag olamine 25 mg oral powder packet	1	QL(30 cada 30 dÍas)	PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES
eltrombopag olamine 25 mg tablet	1	QL(30 cada 30 dÍas)	PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES
eltrombopag olamine 50 mg tablet	1	QL(30 cada 30 dÍas)	PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES
eltrombopag olamine 75 mg tablet	1	QL(30 cada 30 dÍas)	PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES
enoxaparin 100 mg/ml subcutaneous syringe	1	QL(60 cada 30 dÍas)	PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES
enoxaparin 120 mg/0.8 ml subcutaneous syringe	1	QL(48 cada 30 dÍas)	PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES
enoxaparin 150 mg/ml subcutaneous syringe	1	QL(60 cada 30 dÍas)	PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES
enoxaparin 30 mg/0.3 ml subcutaneous syringe	1	QL(18 cada 30 dÍas)	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	QL(24 cada 30 dÍas)	PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES
enoxaparin 60 mg/0.6 ml subcutaneous syringe	1	QL(36 cada 30 dÍas)	PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES
enoxaparin 80 mg/0.8 ml subcutaneous syringe	1	QL(48 cada 30 dÍas)	PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES
EPOGEN 10,000 UNIT/ML INJECTION SOLUTION	3	PA	PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES
EPOGEN 2,000 UNIT/ML INJECTION SOLUTION	3	PA	PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES
EPOGEN 20,000 UNIT/2 ML INJECTION SOLUTION	3	PA	PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES
EPOGEN 20,000 UNIT/ML INJECTION SOLUTION	3	PA	PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES
EPOGEN 3,000 UNIT/ML INJECTION SOLUTION	3	PA	PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES

• MDO: Medicamento de uso únicamente médico • OTC – Medicamentos sin receta • PA – Autorización previa • QL – Límite de cantidad • ST – Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
EPOGEN 4,000 UNIT/ML INJECTION SOLUTION	3	PA	PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES
eptifibatide 0.75 mg/ml intravenous solution[MDO]	*		PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES
eptifibatide 2 mg/ml intravenous solution	1		PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES
ESPEROCT 1,000 (+/-) UNIT INTRAVENOUS SOLUTION	3	PA	PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES
ESPEROCT 1,500 (+/-) UNIT INTRAVENOUS SOLUTION	3	PA	PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES
ESPEROCT 2,000 (+/-) UNIT INTRAVENOUS SOLUTION	3	PA	PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES
ESPEROCT 3,000 (+/-) UNIT INTRAVENOUS SOLUTION	3	PA	PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES
ESPEROCT 4,000 (+/-) UNIT INTRAVENOUS SOLUTION	3	PA	PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES
ESPEROCT 500 (+/-) UNIT INTRAVENOUS SOLUTION	3	PA	PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES
FEIBA NF 1,750 UNIT-3,250 UNIT INTRAVENOUS SOLUTION	3	PA	PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES
FEIBA NF 350 UNIT-650 UNIT INTRAVENOUS SOLUTION	3	PA	PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES
FEIBA NF 700 UNIT-1,300 UNIT INTRAVENOUS SOLUTION	3	PA	PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES
FESILTY 1 GRAM INTRAVENOUS SOLUTION	3	PA	PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES
FIBRYGA 1 GRAM (700 MG-1,300 MG) INTRAVENOUS SOLUTION	1		PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES
FIBRYGA 2 GRAM (1,400 MG-2,600 MG) INTRAVENOUS SOLUTION	1		PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES
FILKRI 300 MCG/0.5 ML INJECTION SYRINGE	3	PA,QL(15 cada 30 dÍas)	PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES
FILKRI 480 MCG/0.8 ML INJECTION SYRINGE	3	PA,QL(24 cada 30 dÍas)	PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES
FLEXBUMIN 25 % INTRAVENOUS SOLUTION	1		PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES
FLEXBUMIN 5 % INTRAVENOUS SOLUTION	1		PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES
fondaparinux 10 mg/0.8 ml subcutaneous solution syringe	1	QL(24 cada 30 dÍas)	PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES
fondaparinux 2.5 mg/0.5 ml subcutaneous solution syringe	1	QL(15 cada 30 dÍas)	PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES
fondaparinux 5 mg/0.4 ml subcutaneous solution syringe	1	QL(12 cada 30 dÍas)	PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES
fondaparinux 7.5 mg/0.6 ml subcutaneous solution syringe	1	QL(18 cada 30 dÍas)	PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES
FRAGMIN 10,000 ANTI-XA UNIT/ML SUBCUTANEOUS SYRINGE	1	QL(30 cada 30 dÍas)	PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES
FRAGMIN 12,500 ANTI-XA UNIT/0.5 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE	1	QL(15 cada 30 dÍas)	PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES
FRAGMIN 15,000 ANTI-XA UNIT/0.6 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE	1	QL(18 cada 30 dÍas)	PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES
FRAGMIN 18,000 ANTI-XA UNIT/0.72 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE	1	QL(21.6 cada 30 dÍas)	PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES

• MDO: Medicamento de uso únicamente médico • OTC – Medicamentos sin receta • PA – Autorización previa • QL – Límite de cantidad • ST – Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
FRAGMIN 2,500 ANTI-XA UNIT/0.2 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE	1	QL(6 cada 30 dÍas)	PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES
FRAGMIN 2,500 ANTI-XA UNIT/ML SUBCUTANEOUS SOLUTION	1	QL(240 cada 30 dÍas)	PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES
FRAGMIN 25,000 ANTI-XA UNIT/ML SUBCUTANEOUS SOLUTION	1	QL(22.8 cada 30 dÍas)	PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES
FRAGMIN 5,000 ANTI-XA UNIT/0.2 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE	1	QL(6 cada 30 dÍas)	PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES
FRAGMIN 7,500 ANTI-XA UNIT/0.3 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE	1	QL(9 cada 30 dÍas)	PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES
FULPHILA 6 MG/0.6 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE	1	QL(0.6 cada 21 dÍas)	PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES
FYLNETRA 6 MG/0.6 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE	1	QL(0.6 cada 21 dÍas)	PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES
GRANIX 300 MCG/0.5 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE	2	QL(15 cada 30 dÍas)	PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES
GRANIX 300 MCG/ML SUBCUTANEOUS SOLUTION	1	QL(30 cada 30 dÍas)	PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES
GRANIX 480 MCG/0.8 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE	2	QL(24 cada 30 dÍas)	PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES
HEMOFIL M HIGH 801 UNIT-1,500 UNIT INTRAVENOUS SOLUTION	3		PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES
HEMOFIL M LOW 220 UNIT-400 UNIT INTRAVENOUS SOLUTION	1		PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES
HEMOFIL M MID 401 UNIT-800 UNIT INTRAVENOUS SOLUTION	1		PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES
HEMOFIL M SUPER HIGH 1,501 UNIT-2,000 UNIT INTRAVENOUS SOLUTION	1		PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES
heparin (porcine) (pf) 1,000 unit/500 ml in 0.9 % sodium chloride iv	1		PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES
heparin (porcine) (pf) 2,000 unit/1,000 ml in 0.9 % sodium chloride iv	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) 12,500 unit/250 ml in 0.45 % sodium chloride iv soln	1		PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES
heparin (porcine) 20,000 unit/500 ml (40 unit/ml) in dextrose 5 % iv	1		PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES
heparin (porcine) 20,000 unit/ml injection solution	1		PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES
heparin (porcine) 25,000 unit/250 ml (100 unit/ml) in dextrose 5 % iv	1		PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES
heparin (porcine) 25,000 unit/250 ml in 0.45 % sodium chloride iv soln	1		PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES
heparin (porcine) 25,000 unit/500 ml (50 unit/ml) in dextrose 5 % iv	1		PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES
heparin (porcine) 25,000 unit/500 ml in 0.45 % sodium chloride iv soln	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

• MDO: Medicamento de uso únicamente médico • OTC – Medicamentos sin receta • PA – Autorización previa • QL – Límite de cantidad • ST – Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
heparin (porcine) 5,000 unit/ml injection syringe	1		PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES
heparin, porcine (pf) 1,000 unit/ml injection solution	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
HUMATE-P 1,000 UNIT-2,400 UNIT INTRAVENOUS SOLUTION	3		PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES
HUMATE-P 250 UNIT-600 UNIT INTRAVENOUS SOLUTION	3		PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES
HUMATE-P 500 UNIT-1,200 UNIT INTRAVENOUS SOLUTION	3		PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES
jantoven 1 mg tablet	1		PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES
jantoven 10 mg tablet	1		PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES
jantoven 2 mg tablet	1		PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES
jantoven 2.5 mg tablet	1		PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES
jantoven 3 mg tablet	1		PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES
jantoven 4 mg tablet	1		PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES
jantoven 5 mg tablet	1		PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES
jantoven 6 mg tablet	1		PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES
jantoven 7.5 mg tablet	1		PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES
JIVI 1,000 (+/-) UNIT INTRAVENOUS SOLUTION	1		PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES
JIVI 2,000 (+/-) UNIT INTRAVENOUS SOLUTION	1		PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES
JIVI 3,000 (+/-) UNIT INTRAVENOUS SOLUTION	1		PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES
JIVI 4,000 (+/-) UNIT INTRAVENOUS SOLUTION	1		PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES
JIVI 500 (+/-) UNIT INTRAVENOUS SOLUTION	1		PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES
KENGREAL 50 MG INTRAVENOUS SOLUTION[MDO]	*		PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES
KOATE 1,000 (+/-) UNIT INTRAVENOUS SOLUTION	1		PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES
KOATE 250 (+/-) UNIT INTRAVENOUS SOLUTION	1		PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES
KOATE 500 (+/-) UNIT INTRAVENOUS SOLUTION	1		PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES
KOVALTRY 1,000 (+/-) UNIT INTRAVENOUS SOLUTION	1		PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES

• MDO: Medicamento de uso únicamente médico • OTC – Medicamentos sin receta • PA – Autorización previa • QL – Límite de cantidad • ST – Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
KOVALTRY 2,000 (+/-) UNIT INTRAVENOUS SOLUTION	1		PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES
KOVALTRY 250 (+/-) UNIT INTRAVENOUS SOLUTION	3		PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES
KOVALTRY 3,000 (+/-) UNIT INTRAVENOUS SOLUTION	3		PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES
KOVALTRY 500 (+/-) UNIT INTRAVENOUS SOLUTION	1		PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES
LEUKINE 250 MCG SOLUTION FOR INJECTION	1		PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES
LOVENOX 100 MG/ML SUBCUTANEOUS SYRINGE	2	PA,QL(60 cada 30 días)	PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES
LOVENOX 120 MG/0.8 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE	1	PA,QL(48 cada 30 días)	PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES
LOVENOX 150 MG/ML SUBCUTANEOUS SYRINGE	1	PA,QL(60 cada 30 días)	PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES
LOVENOX 30 MG/0.3 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE	1	PA,QL(18 cada 30 días)	PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES
LOVENOX 300 MG/3 ML SUBCUTANEOUS SOLUTION	1	PA	PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES
LOVENOX 40 MG/0.4 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE	2	PA,QL(24 cada 30 días)	PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES
LOVENOX 60 MG/0.6 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE	1	PA,QL(36 cada 30 días)	PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES
LOVENOX 80 MG/0.8 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE	1	PA,QL(48 cada 30 días)	PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES
MOZOBIL 24 MG/1.2 ML (20 MG/ML) SUBCUTANEOUS SOLUTION	3	PA,QL(4.8 cada 4 días)	PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES
MULPLETA 3 MG TABLET	3	PA,QL(7 cada 7 días)	PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES
NEULASTA 4 MG/0.4 ML SUBCUTANEOUS SOLUTION	1	QL(0.4 cada 21 días)	PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES
NEULASTA 6 MG/0.6 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE	1	QL(0.6 cada 21 días)	PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES
NEULASTA ONPRO 6 MG/0.6 ML WITH WEARABLE SUBCUTANEOUS INJECTOR[MDO]	*		PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES
NEUPOGEN 300 MCG/0.5 ML INJECTION SYRINGE	1	QL(15 cada 30 días)	PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES
NEUPOGEN 300 MCG/ML INJECTION SOLUTION	1	QL(30 cada 30 días)	PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES
NEUPOGEN 480 MCG/0.8 ML INJECTION SYRINGE	1	QL(24 cada 30 días)	PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES
NEUPOGEN 480 MCG/1.6 ML INJECTION SOLUTION	1	QL(48 cada 30 días)	PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES
NIVESTYM 300 MCG/0.5 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE	3	PA,QL(15 cada 30 días)	PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES
NIVESTYM 300 MCG/ML INJECTION SOLUTION	3	PA,QL(30 cada 30 días)	PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES
NIVESTYM 480 MCG/0.8 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE	3	PA,QL(24 cada 30 días)	PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES
NIVESTYM 480 MCG/1.6 ML INJECTION SOLUTION	3	PA,QL(48 cada 30 días)	PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES
NOVOEIGHT 1,000 (+/-) UNIT INTRAVENOUS SOLUTION	1		PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES

• MDO: Medicamento de uso únicamente médico • OTC – Medicamentos sin receta • PA – Autorización previa • QL – Límite de cantidad • ST – Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
NOVOEIGHT 1,500 (+/-) UNIT INTRAVENOUS SOLUTION	1		PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES
NOVOEIGHT 2,000 (+/-) UNIT INTRAVENOUS SOLUTION	1		PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES
NOVOEIGHT 250 (+/-) UNIT INTRAVENOUS SOLUTION	1		PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES
NOVOEIGHT 3,000 (+/-) UNIT INTRAVENOUS SOLUTION	1		PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES
NOVOEIGHT 500 (+/-) UNIT INTRAVENOUS SOLUTION	1		PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES
NOVOSEVEN RT 1 MG (1,000 MCG) INTRAVENOUS SOLUTION	3	PA	PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES
NOVOSEVEN RT 2 MG (2,000 MCG) INTRAVENOUS SOLUTION	3	PA	PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES
NOVOSEVEN RT 5 MG (5,000 MCG) INTRAVENOUS SOLUTION	3	PA	PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES
NOVOSEVEN RT 8 MG (8,000 MCG) INTRAVENOUS SOLUTION	3	PA	PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES
NPLATE 125 MCG SUBCUTANEOUS SOLUTION	1		PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES
NPLATE 250 MCG SUBCUTANEOUS SOLUTION	1		PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES
NPLATE 500 MCG SUBCUTANEOUS SOLUTION	1		PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES
NUWIQ 1,000 UNIT INTRAVENOUS SOLUTION	1		PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES
NUWIQ 1,500 UNIT INTRAVENOUS SOLUTION	1		PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES
NUWIQ 2,000 UNIT INTRAVENOUS SOLUTION	1		PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES
NUWIQ 2,500 UNIT INTRAVENOUS SOLUTION	1		PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES
NUWIQ 250 UNIT INTRAVENOUS SOLUTION	1		PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES
NUWIQ 3,000 UNIT INTRAVENOUS SOLUTION	1		PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES
NUWIQ 4,000 UNIT INTRAVENOUS SOLUTION	1		PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES
NUWIQ 500 UNIT INTRAVENOUS SOLUTION	1		PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES
NYPOZI 300 MCG/0.5 ML INJECTION SYRINGE	3	PA,QL(15 cada 30 dÍas)	PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES
NYPOZI 480 MCG/0.8 ML INJECTION SYRINGE	3	PA,QL(24 cada 30 dÍas)	PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES
NYVEPRIA 6 MG/0.6 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE	3	PA,QL(0.6 cada 21 dÍas)	PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES
OBIZUR 500 (+/-) UNIT RANGE INTRAVENOUS SOLUTION	3	PA	PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES
OCTAPLAS (BLOOD GROUP A) 45 TO 70 MG/ML INTRAVENOUS SOLUTION[MDO]	*		PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES
OCTAPLAS (BLOOD GROUP AB) 45 TO 70 MG/ML INTRAVENOUS SOLUTION[MDO]	*		PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES
OCTAPLAS (BLOOD GROUP B) 45 TO 70 MG/ML INTRAVENOUS SOLUTION[MDO]	*		PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES

• MDO: Medicamento de uso únicamente médico • OTC – Medicamentos sin receta • PA – Autorización previa • QL – Límite de cantidad • ST – Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
OCTAPLAS (BLOOD GROUP O) 45 TO 70 MG/ML INTRAVENOUS SOLUTION[MDO]	*		PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES
PLAVIX 75 MG TABLET	1	PA,QL(30 cada 30 días)	PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES
plerixafor 24 mg/1.2 ml (20 mg/ml) subcutaneous solution	3	PA,QL(4.8 cada 4 días)	PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES
PRADAXA 110 MG CAPSULE	3	PA,QL(60 cada 30 días)	PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES
PRADAXA 110 MG ORAL PELLETS IN PACKET	3	PA,QL(120 cada 30 días)	PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES
PRADAXA 150 MG CAPSULE	3	PA,QL(60 cada 30 días)	PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES
PRADAXA 150 MG ORAL PELLETS IN PACKET	3	PA,QL(60 cada 30 días)	PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES
PRADAXA 20 MG ORAL PELLETS IN PACKET	3	PA,QL(60 cada 30 días)	PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES
PRADAXA 30 MG ORAL PELLETS IN PACKET	3	PA,QL(120 cada 30 días)	PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES
PRADAXA 40 MG ORAL PELLETS IN PACKET	3	PA,QL(120 cada 30 días)	PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES
PRADAXA 50 MG ORAL PELLETS IN PACKET	3	PA,QL(120 cada 30 días)	PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES
PRADAXA 75 MG CAPSULE	3	PA,QL(60 cada 30 días)	PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES
prasugrel hcl 10 mg tablet	1	QL(35 cada 30 días)	PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES
prasugrel hcl 5 mg tablet	1	QL(35 cada 30 días)	PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES
PROCRIT 10,000 UNIT/ML INJECTION SOLUTION	3	PA	PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES
PROCRIT 2,000 UNIT/ML INJECTION SOLUTION	3	PA	PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES
PROCRIT 20,000 UNIT/2 ML INJECTION SOLUTION	3	PA	PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES
PROCRIT 20,000 UNIT/ML INJECTION SOLUTION	3	PA	PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES
PROCRIT 3,000 UNIT/ML INJECTION SOLUTION	3	PA	PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES
PROCRIT 4,000 UNIT/ML INJECTION SOLUTION	3	PA	PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES
PROCRIT 40,000 UNIT/ML INJECTION SOLUTION	3	PA	PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES
PROMACTA 12.5 MG ORAL POWDER PACKET	1	QL(30 cada 30 días)	PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES
PROMACTA 12.5 MG TABLET	1	QL(30 cada 30 días)	PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES
PROMACTA 25 MG ORAL POWDER PACKET	1	QL(30 cada 30 días)	PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES
PROMACTA 25 MG TABLET	1	QL(30 cada 30 días)	PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES
PROMACTA 50 MG TABLET	1	QL(30 cada 30 días)	PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES
PROMACTA 75 MG TABLET	1	QL(30 cada 30 días)	PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES

• MDO: Medicamento de uso únicamente médico • OTC – Medicamentos sin receta • PA – Autorización previa • QL – Límite de cantidad • ST – Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
REBLOZYL 25 MG SUBCUTANEOUS SOLUTION	3	PA	PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES
REBLOZYL 75 MG SUBCUTANEOUS SOLUTION	3	PA	PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES
RECOMBINATE 1,000 (+/-) UNIT INTRAVENOUS SOLUTION	3		PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES
RECOMBINATE 1,500 (+/-) UNIT INTRAVENOUS SOLUTION	1		PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES
RECOMBINATE 2,000 (+/-) UNIT INTRAVENOUS SOLUTION	1		PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES
RECOMBINATE 250 (+/-) UNIT INTRAVENOUS SOLUTION	3		PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES
RECOMBINATE 500 (+/-) UNIT INTRAVENOUS SOLUTION	3		PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES
RELEUKO 300 MCG/0.5 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE	3	PA,QL(15 cada 30 días)	PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES
RELEUKO 480 MCG/0.8 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE	3	PA,QL(24 cada 30 días)	PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES
RETACRIT 10,000 UNIT/ML INJECTION SOLUTION	3	PA	PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES
RETACRIT 2,000 UNIT/ML INJECTION SOLUTION	3	PA	PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES
RETACRIT 20,000 UNIT/2 ML INJECTION SOLUTION	3	PA	PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES
RETACRIT 20,000 UNIT/ML INJECTION SOLUTION	3	PA	PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES
RETACRIT 3,000 UNIT/ML INJECTION SOLUTION	3	PA	PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES
RETACRIT 4,000 UNIT/ML INJECTION SOLUTION	3	PA	PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES
RETACRIT 40,000 UNIT/ML INJECTION SOLUTION	3	PA	PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES
RHAPSIDO 25 MG TABLET	3	PA,QL(60 cada 30 días)	PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES
RIASTAP 1 GRAM (900 MG-1,300 MG) INTRAVENOUS SOLUTION	1		PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES
rivaroxaban 1 mg/ml oral powder for suspension	1	QL(465 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	3	PA,QL(0.6 cada 21 días)	PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES
RYPLAZIM 68.8 MG INTRAVENOUS SOLUTION	3	PA	PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES
RYZNEUTA 20 MG/ML SUBCUTANEOUS SYRINGE	3	PA,QL(1 cada 21 días)	PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES
SAVAYSA 15 MG TABLET	3	PA,QL(30 cada 30 días)	PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES
SAVAYSA 30 MG TABLET	3	PA,QL(30 cada 30 días)	PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES
SAVAYSA 60 MG TABLET	3	PA,QL(30 cada 30 días)	PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES
SEVENFACT 1 MG (1,000 MCG) INTRAVENOUS SOLUTION	3	PA	PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES

• MDO: Medicamento de uso únicamente médico • OTC – Medicamentos sin receta • PA – Autorización previa • QL – Límite de cantidad • ST – Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
SEVENFACT 2 MG (2,000 MCG) INTRAVENOUS SOLUTION	3	PA	PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES
SEVENFACT 5 MG (5,000 MCG) INTRAVENOUS SOLUTION	3	PA	PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES
STIMUFEND 6 MG/0.6 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE	3	PA,QL(0.6 cada 21 días)	PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES
TAVALISSE 100 MG TABLET	3	PA,QL(60 cada 30 días)	PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES
TAVALISSE 150 MG TABLET	3	PA,QL(60 cada 30 días)	PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES
THROMBATE III 500 (+/-) UNIT INTRAVENOUS SOLUTION	1		PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES
ticagrelor 60 mg tablet	1	QL(60 cada 30 días)	PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES
ticagrelor 90 mg tablet	1	QL(61 cada 30 días)	PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES
tirofiban 12.5 mg/250 ml (50 mcg/ml)-0.9 % sodium chloride intravenous	1		PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES
tirofiban 5 mg/100 ml (50 mcg/ml)-0.9 % sodium chloride intravenous	1		PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES
tranexamic acid 1,000 mg/10 ml (100 mg/ml) intravenous solution	1		PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES
tranexamic acid 1,000 mg/100 ml (10 mg/ml)in sod chlor,iso iv solution	1		PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES
tranexamic acid 1,000 mg/100 ml(10 mg/ml)in sod chlor,iso iv piggyback	1		PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES
tranexamic acid 650 mg tablet	1		PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES
UDENYCA 6 MG/0.6 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE[MDO]	*	QL(0.6 cada 21 días)	PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES
UDENYCA AUTOINJECTOR 6 MG/0.6 ML SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR[MDO]	*	QL(0.6 cada 21 días)	PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES
UDENYCA ONBODY 6 MG/0.6 ML WITH WEARABLE SUBCUTANEOUS INJECTOR[MDO]	*		PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES
VAFSEO 150 MG TABLET	3	PA,QL(90 cada 30 días)	PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES
VAFSEO 300 MG TABLET	3	PA,QL(60 cada 30 días)	PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES
warfarin 1 mg tablet	1		PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES
warfarin 10 mg tablet	1		PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES
warfarin 2 mg tablet	1		PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES
warfarin 2.5 mg tablet	1		PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES
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

• MDO: Medicamento de uso únicamente médico • OTC – Medicamentos sin receta • PA – Autorización previa • QL – Límite de cantidad • ST – Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
warfarin 7.5 mg tablet	1		PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES
WAYRILZ 400 MG TABLET	3	PA,QL(60 cada 30 días)	PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES
WILATE 1,000 UNIT-1,000 UNIT INTRAVENOUS SOLUTION	1		PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES
WILATE 500 UNIT-500 UNIT INTRAVENOUS SOLUTION	1		PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES
XARELTO 1 MG/ML ORAL SUSPENSION	3	PA,QL(465 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	3	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 30 días)	PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES
XOLREMDI 100 MG CAPSULE	3	PA,QL(120 cada 30 días)	PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES
XYNTHA 1,000 (+/-) UNIT INTRAVENOUS SOLUTION	1		PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES
XYNTHA 2,000 (+/-) UNIT INTRAVENOUS SOLUTION	3		PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES
XYNTHA 250 (+/-) UNIT INTRAVENOUS SOLUTION	1		PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES
XYNTHA 500 (+/-) UNIT INTRAVENOUS SOLUTION	1		PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES
XYNTHA SOLOFUSE 1,000 (+/-) UNIT INTRAVENOUS SYRINGE	1		PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES
XYNTHA SOLOFUSE 2,000 (+/-) UNIT INTRAVENOUS SYRINGE	1		PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES
XYNTHA SOLOFUSE 250 (+/-) UNIT INTRAVENOUS SYRINGE	1		PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES
XYNTHA SOLOFUSE 3,000 (+/-) UNIT INTRAVENOUS SYRINGE	1		PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES
XYNTHA SOLOFUSE 500 (+/-) UNIT INTRAVENOUS SYRINGE	1		PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES
ZARXIO 300 MCG/0.5 ML INJECTION SYRINGE	1	QL(15 cada 30 días)	PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES
ZARXIO 480 MCG/0.8 ML INJECTION SYRINGE	1	QL(24 cada 30 días)	PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES
ZIEXTENZO 6 MG/0.6 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE	1	QL(0.6 cada 21 días)	PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES
acarbose 100 mg tablet	1	QL(180 cada 30 días)	REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE
acarbose 25 mg tablet	1	QL(180 cada 30 días)	REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE
acarbose 50 mg tablet	1	QL(90 cada 30 días)	REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE
ACTOPLUS MET 15 MG-850 MG TABLET	3	PA,ST	REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE

• MDO: Medicamento de uso únicamente médico • OTC – Medicamentos sin receta • PA – Autorización previa • QL – Límite de cantidad • ST – Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
ACTOS 15 MG TABLET	1	PA,QL(90 cada 30 días)	REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE
ACTOS 30 MG TABLET	1	PA,QL(30 cada 30 días)	REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE
ACTOS 45 MG TABLET	1	PA,QL(30 cada 30 días)	REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE
ADMELOG SOLOSTAR U-100 INSULIN LISPRO 100 UNIT/ML SUBCUTANEOUS PEN	3	PA,QL(45 cada 30 días)	REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE
ADMELOG U-100 INSULIN LISPRO 100 UNIT/ML SUBCUTANEOUS SOLUTION	3	PA,QL(40 cada 30 días)	REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE
AFREZZA (REGULAR INSULIN) 8 UNIT (90)/12 UNIT (90) CARTRIDGE,INHALER	3	PA	REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE
AFREZZA 12 UNIT CARTRIDGE WITH INHALER	3	PA	REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE
AFREZZA 4 UNIT (60)/8 UNIT (60)/12 UNIT (60) CARTRIDGE WITH INHALER	3	PA	REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE
AFREZZA 4 UNIT (90)/8 UNIT (90) CARTRIDGE WITH INHALER	3	PA	REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE
AFREZZA 4 UNIT CARTRIDGE WITH INHALER	3	PA	REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE
AFREZZA 8 UNIT CARTRIDGE WITH INHALER	3	PA	REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE
alogliptin 12.5 mg tablet	3	PA	REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE
alogliptin 12.5 mg-metformin 1,000 mg tablet	3	ST	REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE
alogliptin 12.5 mg-metformin 500 mg tablet	3	ST	REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE
alogliptin 12.5 mg-pioglitazone 30 mg tablet	3	PA	REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE
alogliptin 25 mg tablet	3	PA	REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE
alogliptin 25 mg-pioglitazone 15 mg tablet	3	PA	REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE
alogliptin 25 mg-pioglitazone 30 mg tablet	3	PA	REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE
alogliptin 25 mg-pioglitazone 45 mg tablet	3	PA	REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE
alogliptin 6.25 mg tablet	3	PA	REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE
APIDRA SOLOSTAR U-100 INSULIN 100 UNIT/ML SUBCUTANEOUS PEN	1	QL(45 cada 30 días)	REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE
APIDRA U-100 INSULIN 100 UNIT/ML SUBCUTANEOUS SOLUTION	1	QL(40 cada 30 días)	REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE
AWIQLI FLEXTOUCH (U-700) 700 UNIT/ML (1.5 ML) SUBCUTANEOUS INSULIN PEN	3	PA	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	3	PA,QL(45 cada 30 días)	REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE
BRYNOVIN 25 MG/ML ORAL SOLUTION	3	PA,QL(120 cada 30 días)	REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE
BYETTA 10 MCG/DOSE(250 MCG/ML)2.4 ML SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR	3	PA,QL(2.4 cada 30 días)	REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE

• MDO: Medicamento de uso únicamente médico • OTC – Medicamentos sin receta • PA – Autorización previa • QL – Límite de cantidad • ST – Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
BYETTA 5 MCG/DOSE (250 MCG/ML)1.2 ML SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR	3	PA,QL(1.2 cada 30 días)	REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE
CYCLOSET 0.8 MG TABLET	3	ST,QL(180 cada 30 días)	REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE
dapagliflozin 10 mg tablet	1	QL(30 cada 30 días)	REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE
dapagliflozin 10 mg-metformin er 1,000 mg tablet,ext rel 24hr	2	ST,QL(30 cada 30 días)	REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE
dapagliflozin 10 mg-metformin er 500 mg tablet, ext rel 24hr	2	ST,QL(30 cada 30 días)	REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE
dapagliflozin 10 mg-saxagliptin 5 mg tablet	3	PA,QL(30 cada 30 días)	REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE
dapagliflozin 5 mg tablet	1	QL(30 cada 30 días)	REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE
dapagliflozin 5 mg-metformin er 1,000 mg tablet, ext rel 24hr	2	ST,QL(60 cada 30 días)	REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE
dapagliflozin 5 mg-metformin er 500 mg tablet,ext rel 24hr	2	ST,QL(30 cada 30 días)	REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE
diazoxide 50 mg/ml oral suspension	1		REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE
DUETACT 30 MG-2 MG TABLET	3	PA,ST	REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE
DUETACT 30 MG-4 MG TABLET	3	PA,ST	REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE
exenatide 10 mcg/dose(250 mcg/ml)2.4 ml subcutaneous pen injector	3	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	3	PA,QL(1.2 cada 30 días)	REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE
FARXIGA 10 MG TABLET	1	PA,QL(30 cada 30 días)	REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE
FARXIGA 5 MG TABLET	1	PA,QL(30 cada 30 días)	REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE
FIASP FLEXTOUCH U-100 INSULIN 100 UNIT/ML (3 ML) SUBCUTANEOUS PEN	1	PA,QL(45 cada 30 días)	REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE
FIASP PENFILL U-100 INSULIN 100 UNIT/ML (3 ML) SUBCUTANEOUS CARTRIDGE	1	PA,QL(45 cada 30 días)	REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE
FIASP PUMPCART 100 UNIT/ML (1.6 ML) SUBCUTANEOUS CARTRIDGE	1	PA,QL(40 cada 30 días)	REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE
FIASP U-100 INSULIN 100 UNIT/ML SUBCUTANEOUS SOLUTION	1	PA,QL(40 cada 30 días)	REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE
glimepiride 1 mg tablet	1	QL(240 cada 30 días)	REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE
glimepiride 2 mg tablet	1	QL(120 cada 30 días)	REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE
glimepiride 3 mg tablet	3	PA,QL(30 cada 30 días)	REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE
glimepiride 4 mg tablet	1	QL(60 cada 30 días)	REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE
glipizide 10 mg tablet	1	QL(120 cada 30 días)	REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE
glipizide 15 mg tablet	3	PA,QL(60 cada 30 días)	REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE
glipizide 2.5 mg tablet	3	PA,QL(30 cada 30 días)	REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE

• MDO: Medicamento de uso únicamente médico • OTC – Medicamentos sin receta • PA – Autorización previa • QL – Límite de cantidad • ST – Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
glipizide 2.5 mg-metformin 250 mg tablet	1	QL(240 cada 30 días)	REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE
glipizide 2.5 mg-metformin 500 mg tablet	1	QL(120 cada 30 días)	REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE
glipizide 5 mg tablet	1	QL(240 cada 30 días)	REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE
glipizide 5 mg-metformin 500 mg tablet	1	QL(120 cada 30 días)	REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE
glipizide er 10 mg tablet, extended release 24 hr	1	QL(60 cada 30 días)	REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE
glipizide er 2.5 mg tablet, extended release 24 hr	1	QL(240 cada 30 días)	REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE
glipizide er 5 mg tablet, extended release 24 hr	1	QL(120 cada 30 días)	REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE
GLUCAGON (HCL) EMERGENCY KIT 1 MG SOLUTION FOR INJECTION	1		REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE
glucagon emergency kit 1 mg solution for injection	1		REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE
GLUCOTROL XL 5 MG TABLET,EXTENDED RELEASE	1	PA,QL(120 cada 30 días)	REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE
glyburide 1.25 mg tablet	1	QL(240 cada 30 días)	REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE
glyburide 1.25 mg-metformin 250 mg tablet	1	QL(240 cada 30 días)	REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE
glyburide 2.5 mg tablet	1	QL(240 cada 30 días)	REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE
glyburide 2.5 mg-metformin 500 mg tablet	1	QL(120 cada 30 días)	REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE
glyburide 5 mg tablet	1	QL(120 cada 30 días)	REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE
glyburide 5 mg-metformin 500 mg tablet	1	QL(120 cada 30 días)	REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE
glyburide micronized 3 mg tablet	1	QL(120 cada 30 días)	REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE
glyburide micronized 6 mg tablet	1	QL(60 cada 30 días)	REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE
GLYXAMBI 10 MG-5 MG TABLET	1	QL(30 cada 30 días)	REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE
GLYXAMBI 25 MG-5 MG TABLET	1	QL(30 cada 30 días)	REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE
GVOKE 1 MG/0.2 ML SUBCUTANEOUS SOLUTION	1		REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE
GVOKE HYPOPEN 1-PACK 1 MG/0.2 ML SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR	1		REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE
GVOKE HYPOPEN 2-PACK 0.5 MG/0.1 ML SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR	1		REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE
GVOKE HYPOPEN 2-PACK 1 MG/0.2 ML SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR	1		REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE
GVOKE PFS 1-PACK 1 MG/0.2 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE	1		REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE
GVOKE PFS 2-PACK 1 MG/0.2 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE	1		REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE
HUMALOG JUNIOR KWIKPEN (U-100) 100 UNIT/ML SUBCUTANEOUS HALF-UNIT PEN	1	QL(45 cada 30 días)	REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE

• MDO: Medicamento de uso únicamente médico • OTC – Medicamentos sin receta • PA – Autorización previa • QL – Límite de cantidad • ST – Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
HUMALOG KWIKPEN (U-100) INSULIN 100 UNIT/ML SUBCUTANEOUS	2	QL(45 cada 30 días)	REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE
HUMALOG KWIKPEN U-200 INSULIN 200 UNIT/ML (3 ML) SUBCUTANEOUS	1	QL(24 cada 30 días)	REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE
HUMALOG MIX 50-50 KWIKPEN U-100 INSULIN 100 UNIT/ML SUBCUTANEOUS PEN	1	QL(45 cada 30 días)	REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE
HUMALOG MIX 75-25 (U-100) INSULIN 100 UNIT/ML SUBCUTANEOUS SUSPENSION	1	QL(40 cada 30 días)	REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE
HUMALOG MIX 75-25 KWIKPEN U-100 INSULIN 100 UNIT/ML SUBCUTANEOUS PEN	1	QL(45 cada 30 días)	REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE
HUMALOG TEMPO PEN (U-100) INSULIN 100 UNIT/ML SUBCUTANEOUS PEN, SENSOR	2	QL(135 cada 90 días)	REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE
HUMALOG U-100 INSULIN 100 UNIT/ML SUBCUTANEOUS CARTRIDGE	1	QL(135 cada 90 días)	REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE
HUMALOG U-100 INSULIN 100 UNIT/ML SUBCUTANEOUS SOLUTION	1	QL(40 cada 30 días)	REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE
HUMULIN 70/30 U-100 INSULIN 100 UNIT/ML SUBCUTANEOUS SUSPENSION[OTC]	1	QL(40 cada 30 días)	REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE
HUMULIN 70/30 U-100 INSULIN KWIKPEN 100 UNIT/ML SUBCUTANEOUS[OTC]	1	QL(45 cada 30 días)	REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE
HUMULIN N NPH U-100 INSULIN (ISOPHANE SUSP) 100 UNIT/ML SUBCUTANEOUS[OTC]	1	QL(40 cada 30 días)	REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE
HUMULIN N NPH U-100 INSULIN KWIKPEN 100 UNIT/ML (3 ML) SUBCUTANEOUS[OTC]	1	QL(45 cada 30 días)	REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE
HUMULIN R REGULAR U-100 INSULIN 100 UNIT/ML INJECTION SOLUTION[OTC]	1	QL(40 cada 30 días)	REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE
HUMULIN R U-500 (CONC) INSULIN KWIKPEN 500 UNIT/ML (3 ML) SUBCUTANEOUS	1	QL(12 cada 30 días)	REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE
INSULIN ASPAR PROT-INSULIN ASPART 100 UNIT/ML (70-30) SUBCUTANEOUS PEN	1	QL(45 cada 30 días)	REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE
INSULIN ASPAR PRT-INSULIN ASPART 100 UNIT/ML (70-30) SUBCUTANEOUS SOLN	1	QL(40 cada 30 días)	REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE
INSULIN ASPART (U-100) 100 UNIT/ML (3 ML) SUBCUTANEOUS PEN	1	QL(45 cada 30 días)	REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE
INSULIN ASPART U-100 100 UNIT/ML SUBCUTANEOUS CARTRIDGE	1	QL(45 cada 30 días)	REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE
INSULIN ASPART U-100 100 UNIT/ML SUBCUTANEOUS SOLUTION	1	QL(40 cada 30 días)	REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE
INSULIN DEGLUDEC (U-100) 100 UNIT/ML (3 ML) SUBCUTANEOUS PEN	1	QL(45 cada 30 días)	REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE
INSULIN DEGLUDEC (U-100) 100 UNIT/ML SUBCUTANEOUS SOLUTION	1	QL(40 cada 30 días)	REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE
INSULIN DEGLUDEC (U-200) 200 UNIT/ML (3 ML) SUBCUTANEOUS PEN	1	QL(27 cada 30 días)	REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE
INSULIN GLARGINE (U-300) CONC. 300 UNIT/ML (1.5 ML) SUBCUTANEOUS PEN	3	PA,QL(13.5 cada 30 días)	REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE
INSULIN GLARGINE (U-300) CONC. 300 UNIT/ML (3 ML) SUBCUTANEOUS PEN	3	PA,QL(13.5 cada 30 días)	REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE
INSULIN GLARGINE-YFGN (U-100) 100 UNIT/ML (3 ML) SUBCUTANEOUS PEN	1	QL(45 cada 30 días)	REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE
INSULIN GLARGINE-YFGN (U-100) 100 UNIT/ML SUBCUTANEOUS SOLUTION	1	QL(40 cada 30 días)	REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE
INSULIN LISPRO (U-100) 100 UNIT/ML SUBCUTANEOUS HALF-UNIT PEN	1	QL(45 cada 30 días)	REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE

• MDO: Medicamento de uso únicamente médico • OTC – Medicamentos sin receta • PA – Autorización previa • QL – Límite de cantidad • ST – Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
INSULIN LISPRO (U-100) 100 UNIT/ML SUBCUTANEOUS PEN	1	QL(45 cada 30 días)	REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE
INSULIN LISPRO (U-100) 100 UNIT/ML SUBCUTANEOUS SOLUTION	1	QL(40 cada 30 días)	REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE
INSULIN LISPRO PROTAMINE-LISPRO 100 UNIT/ML (75-25) SUBCUTANEOUS PEN	1	QL(45 cada 30 días)	REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE
INVOKAMET 150 MG-1,000 MG TABLET	3	ST,QL(60 cada 30 días)	REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE
INVOKAMET 150 MG-500 MG TABLET	3	ST,QL(30 cada 30 días)	REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE
INVOKAMET 50 MG-1,000 MG TABLET	3	ST,QL(30 cada 30 días)	REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE
INVOKAMET 50 MG-500 MG TABLET	3	ST,QL(60 cada 30 días)	REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE
INVOKAMET XR 150 MG-1,000 MG TABLET, EXTENDED RELEASE	3	ST,QL(60 cada 30 días)	REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE
INVOKAMET XR 150 MG-500 MG TABLET, EXTENDED RELEASE	3	ST,QL(60 cada 30 días)	REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE
INVOKAMET XR 50 MG-1,000 MG TABLET, EXTENDED RELEASE	3	ST,QL(60 cada 30 días)	REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE
INVOKAMET XR 50 MG-500 MG TABLET, EXTENDED RELEASE	3	ST,QL(60 cada 30 días)	REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE
INVOKANA 100 MG TABLET	3	ST,QL(30 cada 30 días)	REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE
INVOKANA 300 MG TABLET	3	ST,QL(60 cada 30 días)	REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE
JANUMET 50 MG-1,000 MG TABLET	2	ST,QL(60 cada 30 días)	REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE
JANUMET 50 MG-500 MG TABLET	2	ST,QL(60 cada 30 días)	REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE
JANUMET XR 100 MG-1,000 MG TABLET,EXTENDED RELEASE	3	PA,QL(30 cada 30 días)	REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE
JANUMET XR 50 MG-1,000 MG TABLET,EXTENDED RELEASE	3	PA,QL(60 cada 30 días)	REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE
JANUMET XR 50 MG-500 MG TABLET,EXTENDED RELEASE	3	PA,QL(30 cada 30 días)	REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE
JANUVIA 100 MG TABLET	2	ST,QL(60 cada 30 días)	REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE
JANUVIA 25 MG TABLET	2	ST,QL(120 cada 30 días)	REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE
JANUVIA 50 MG TABLET	2	ST,QL(60 cada 30 días)	REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE
JARDIANCE 10 MG TABLET	1	QL(60 cada 30 días)	REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE
JARDIANCE 25 MG TABLET	1	QL(30 cada 30 días)	REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE
JENTADUETO 2.5 MG-1,000 MG TABLET	2	ST,QL(60 cada 30 días)	REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE
JENTADUETO 2.5 MG-500 MG TABLET	2	ST,QL(60 cada 30 días)	REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE
JENTADUETO 2.5 MG-850 MG TABLET	2	ST,QL(60 cada 30 días)	REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE
JENTADUETO XR 2.5 MG-1,000 MG TABLET, EXTENDED RELEASE	2	ST,QL(30 cada 30 días)	REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE

• MDO: Medicamento de uso únicamente médico • OTC – Medicamentos sin receta • PA – Autorización previa • QL – Límite de cantidad • ST – Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
JENTADUETO XR 5 MG-1,000 MG TABLET, EXTENDED RELEASE	2	ST,QL(30 cada 30 días)	REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE
KAZANO 12.5 MG-1,000 MG TABLET	3	PA,ST	REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE
KIRSTY 100 UNIT/ML SUBCUTANEOUS SOLUTION	3	PA,QL(120 cada 90 días)	REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE
KIRSTY PEN 100 UNIT/ML (3 ML) SUBCUTANEOUS	3	PA,QL(135 cada 90 días)	REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE
LANTUS SOLOSTAR U-100 INSULIN 100 UNIT/ML (3 ML) SUBCUTANEOUS PEN	1	QL(45 cada 30 días)	REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE
LANTUS U-100 INSULIN 100 UNIT/ML SUBCUTANEOUS SOLUTION	1	QL(40 cada 30 días)	REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE
LEVEMIR U-100 INSULIN 100 UNIT/ML SUBCUTANEOUS SOLUTION	1	QL(40 cada 30 días)	REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE
linagliptin 2.5 mg-metformin 1,000 mg tablet	2	ST,QL(60 cada 30 días)	REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE
linagliptin 2.5 mg-metformin 500 mg tablet	2	ST,QL(60 cada 30 días)	REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE
linagliptin 2.5 mg-metformin 850 mg tablet	2	ST,QL(60 cada 30 días)	REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE
liraglutide 0.6 mg/0.1 ml (18 mg/3 ml) subcutaneous pen injector	3	PA,ST,QL(9 cada 30 días)	REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE
LYUMJEV KWIKPEN U-100 INSULIN 100 UNIT/ML SUBCUTANEOUS	1	QL(45 cada 30 días)	REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE
LYUMJEV KWIKPEN U-200 INSULIN 200 UNIT/ML (3 ML) SUBCUTANEOUS	2	PA,QL(24 cada 30 días)	REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE
LYUMJEV TEMPO PEN (U-100) INSULIN 100 UNIT/ML SUBCUTANEOUS PEN, SENSOR	1	QL(45 cada 30 días)	REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE
LYUMJEV U-100 INSULIN 100 UNIT/ML SUBCUTANEOUS SOLUTION	1	QL(40 cada 30 días)	REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE
MERILOG 100 UNIT/ML SUBCUTANEOUS SOLUTION	3	PA,QL(120 cada 90 días)	REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE
MERILOG SOLOSTAR 100 UNIT/ML (3 ML) SUBCUTANEOUS INSULIN PEN	3	PA,QL(135 cada 90 días)	REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE
metformin 1,000 mg tablet	1	QL(90 cada 30 días)	REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE
metformin 500 mg tablet	1	QL(150 cada 30 días)	REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE
metformin 500 mg/5 ml oral solution	3	PA	REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE
metformin 625 mg tablet	3	PA,QL(120 cada 30 días)	REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE
metformin 750 mg tablet	3	PA,QL(90 cada 30 días)	REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE
metformin 850 mg tablet	1	QL(90 cada 30 días)	REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE
metformin er 1,000 mg 24 hr tablet,extended release (gastric reten.)	3	PA,QL(120 cada 30 días)	REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE
metformin er 1,000 mg tablet,extended release 24hr (osmotic)	3	PA,QL(120 cada 30 días)	REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE
metformin er 500 mg 24 hr tablet,extended release (gastric retention)	3	PA,QL(120 cada 30 días)	REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE
metformin er 500 mg tablet,extended release 24 hr	1	QL(120 cada 30 días)	REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE

• MDO: Medicamento de uso únicamente médico • OTC – Medicamentos sin receta • PA – Autorización previa • QL – Límite de cantidad • ST – Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
metformin er 500 mg tablet,extended release 24hr (osmotic)	3	PA,QL(120 cada 30 días)	REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE
metformin er 750 mg tablet,extended release 24 hr	1	QL(90 cada 30 días)	REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE
miglitol 100 mg tablet	3	ST	REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE
miglitol 25 mg tablet	3	ST	REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE
miglitol 50 mg tablet	3	ST	REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE
MOUNJARO 10 MG/0.5 ML SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR	3	PA,QL(2 cada 28 días)	REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE
MOUNJARO 12.5 MG/0.5 ML SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR	3	PA,QL(2 cada 28 días)	REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE
MOUNJARO 15 MG/0.5 ML SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR	3	PA,QL(2 cada 28 días)	REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE
MOUNJARO 2.5 MG/0.5 ML SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR	3	PA,QL(2 cada 28 días)	REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE
MOUNJARO 5 MG/0.5 ML SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR	3	PA,QL(2 cada 28 días)	REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE
MOUNJARO 7.5 MG/0.5 ML SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR	3	PA,QL(2 cada 28 días)	REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE
MYXREDLIN (REGULAR INSULIN) 100 UNIT/100 ML (1 UNIT/ML) IV SOLUTION[MDO]	*		REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE
nateglinide 120 mg tablet	2	ST,QL(90 cada 30 días)	REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE
nateglinide 60 mg tablet	2	ST,QL(90 cada 30 días)	REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE
NESINA 25 MG TABLET	3	PA	REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE
NOVOLIN 70-30 FLEXPEN U-100 INSULIN 100 UNIT/ML (70-30) SUBCUTANEOUS[OTC]	1	QL(45 cada 30 días)	REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE
NOVOLIN 70/30 U-100 INSULIN 100 UNIT/ML SUBCUTANEOUS SUSPENSION[OTC]	1	QL(40 cada 30 días)	REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE
NOVOLIN N FLEXPEN 100 UNIT/ML (3 ML) SUBCUTANEOUS INSULIN PEN[OTC]	1	QL(45 cada 30 días)	REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE
NOVOLIN N NPH U-100 INSULIN ISOPHANE 100 UNIT/ML SUBCUTANEOUS SUSP[OTC]	1	QL(40 cada 30 días)	REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE
NOVOLIN R FLEXPEN 100 UNIT/ML (3 ML) SUBCUTANEOUS INSULIN PEN[OTC]	1	QL(45 cada 30 días)	REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE
NOVOLIN R REGULAR U-100 INSULIN 100 UNIT/ML INJECTION SOLUTION[OTC]	1	QL(40 cada 30 días)	REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE
NOVOLOG FLEXPEN U-100 INSULIN ASPART 100 UNIT/ML (3 ML) SUBCUTANEOUS	1	QL(45 cada 30 días)	REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE
NOVOLOG MIX 70-30 FLEXPEN U-100 INSULIN 100 UNIT/ML SUBCUTANEOUS PEN	1	QL(45 cada 30 días)	REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE
NOVOLOG MIX 70-30 U-100 INSULIN 100 UNIT/ML SUBCUTANEOUS SOLUTION	1	QL(40 cada 30 días)	REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE
NOVOLOG PENFILL U-100 INSULIN ASPART 100 UNIT/ML SUBCUTANEOUS CARTRIDG	1	QL(45 cada 30 días)	REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE
NOVOLOG U-100 INSULIN ASPART 100 UNIT/ML SUBCUTANEOUS SOLUTION	1	QL(40 cada 30 días)	REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE
OSENI 25 MG-30 MG TABLET	3	PA	REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE

• MDO: Medicamento de uso únicamente médico • OTC – Medicamentos sin receta • PA – Autorización previa • QL – Límite de cantidad • ST – Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
OZEMPIC 0.25 MG OR 0.5 MG (2 MG/3 ML) SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR	3	PA,QL(3 cada 28 días)	REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE
OZEMPIC 1 MG/DOSE (4 MG/3 ML) SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR	3	PA,QL(3 cada 28 días)	REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE
OZEMPIC 1.5 MG TABLET	3	PA,QL(30 cada 30 días)	REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE
OZEMPIC 2 MG/DOSE (8 MG/3 ML) SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR	3	PA,QL(3 cada 28 días)	REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE
OZEMPIC 4 MG TABLET	3	PA,QL(30 cada 30 días)	REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE
OZEMPIC 9 MG TABLET	3	PA,QL(30 cada 30 días)	REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE
pioglitazone 15 mg tablet	1	QL(90 cada 30 días)	REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE
pioglitazone 15 mg-metformin 500 mg tablet	3	ST	REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE
pioglitazone 15 mg-metformin 850 mg tablet	3	ST	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	3	ST	REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE
pioglitazone 30 mg-glimepiride 4 mg tablet	3	ST	REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE
pioglitazone 45 mg tablet	1	QL(30 cada 30 días)	REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE
PROGLYCEM 50 MG/ML ORAL SUSPENSION	1		REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE
repaglinide 0.5 mg tablet	1	QL(240 cada 30 días)	REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE
repaglinide 1 mg tablet	1	QL(240 cada 30 días)	REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE
repaglinide 2 mg tablet	1	QL(240 cada 30 días)	REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE
REZVOGLAR KWIKPEN 100 UNIT/ML (3 ML) SUBCUTANEOUS	3	PA,QL(45 cada 30 días)	REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE
RYBELSUS 14 MG TABLET	3	PA,QL(30 cada 30 días)	REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE
RYBELSUS 3 MG TABLET	3	PA,QL(30 cada 30 días)	REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE
RYBELSUS 7 MG TABLET	3	PA,QL(30 cada 30 días)	REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE
saxagliptin 2.5 mg tablet	3	ST,QL(60 cada 30 días)	REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE
saxagliptin 2.5 mg-metformin er 1,000 mg tablet,extend release 24hr mp	3	PA,QL(60 cada 30 días)	REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE
saxagliptin 5 mg tablet	3	ST,QL(30 cada 30 días)	REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE
saxagliptin 5 mg-metformin er 1,000 mg tablet,extend release 24hr mp	3	PA,QL(30 cada 30 días)	REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE
saxagliptin 5 mg-metformin er 500 mg tablet,extend release 24hr mp	3	PA,QL(30 cada 30 días)	REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE
SEGLUROMET 2.5 MG-1,000 MG TABLET	3	PA,QL(60 cada 30 días)	REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE

• MDO: Medicamento de uso únicamente médico • OTC – Medicamentos sin receta • PA – Autorización previa • QL – Límite de cantidad • ST – Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
SEGLUROMET 2.5 MG-500 MG TABLET	3	PA,QL(60 cada 30 días)	REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE
SEGLUROMET 7.5 MG-1,000 MG TABLET	3	PA,QL(60 cada 30 días)	REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE
SEGLUROMET 7.5 MG-500 MG TABLET	3	PA,QL(60 cada 30 días)	REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE
SEMGLEE (INSULIN GLARGINE-YFGN) 100 UNIT/ML SUBCUTANEOUS SOLUTION	1	QL(40 cada 30 días)	REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE
SEMGLEE (INSULIN GLARGINE-YFGN) PEN 100 UNIT/ML (3 ML) SUBCUTANEOUS	1	QL(45 cada 30 días)	REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE
sitagliptin 100 mg tablet	2	ST,QL(30 cada 30 días)	REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE
sitagliptin 100 mg-metformin er 1,000 mg tablet,extend rel 24h mphase	2	ST,QL(30 cada 30 días)	REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE
sitagliptin 25 mg tablet	2	ST,QL(30 cada 30 días)	REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE
sitagliptin 50 mg tablet	2	ST,QL(30 cada 30 días)	REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE
sitagliptin 50 mg-metformin 1,000 mg tablet	2	ST,QL(60 cada 30 días)	REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE
sitagliptin 50 mg-metformin 500 mg tablet	2	ST,QL(60 cada 30 días)	REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE
sitagliptin 50 mg-metformin er 1,000 mg tablet,extended rel 24h mphase	2	ST,QL(60 cada 30 días)	REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE
sitagliptin 50 mg-metformin er 500 mg tablet,extended rel 24hr mphase	2	ST,QL(30 cada 30 días)	REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE
sitagliptin phos 100 mg-metformin er 1,000 mg tablet,extend rel 24h mp	3	PA,QL(30 cada 30 días)	REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE
sitagliptin phos 50 mg-metformin er 1,000 mg tablet,extend rel 24h mp	3	PA,QL(60 cada 30 días)	REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE
sitagliptin phos 50 mg-metformin er 500 mg tablet,extended rel 24h mp	3	PA,QL(30 cada 30 días)	REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE
sitagliptin phosphate 100 mg tablet	3	ST,QL(60 cada 30 días)	REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE
sitagliptin phosphate 25 mg tablet	3	ST,QL(120 cada 30 días)	REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE
sitagliptin phosphate 50 mg tablet	3	ST,QL(60 cada 30 días)	REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE
sitagliptin phosphate 50 mg-metformin 1,000 mg tablet	3	ST,QL(60 cada 30 días)	REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE
sitagliptin phosphate 50 mg-metformin 500 mg tablet	3	ST,QL(60 cada 30 días)	REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE
SOLIQUA 100/33 100 UNIT-33 MCG/ML SUBCUTANEOUS INSULIN PEN	3	PA,QL(15 cada 30 días)	REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE
STEGLATRO 15 MG TABLET	3	PA,QL(30 cada 30 días)	REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE
STEGLATRO 5 MG TABLET	3	PA,QL(30 cada 30 días)	REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE
STEGLUJAN 15 MG-100 MG TABLET	3	PA,QL(30 cada 30 días)	REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE
STEGLUJAN 5 MG-100 MG TABLET	3	PA,QL(30 cada 30 días)	REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE
SYMLINPEN 120 2,700 MCG/2.7 ML SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR	3	PA,QL(10.8 cada 30 días)	REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE

• MDO: Medicamento de uso únicamente médico • OTC – Medicamentos sin receta • PA – Autorización previa • QL – Límite de cantidad • ST – Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
SYMLINPEN 60 1,500 MCG/1.5 ML SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR	3	PA,QL(6 cada 30 días)	REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE
SYNJARDY 12.5 MG-1,000 MG TABLET	1	QL(60 cada 30 días)	REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE
SYNJARDY 12.5 MG-500 MG TABLET	1	QL(60 cada 30 días)	REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE
SYNJARDY 5 MG-1,000 MG TABLET	1	QL(60 cada 30 días)	REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE
SYNJARDY 5 MG-500 MG TABLET	1	QL(60 cada 30 días)	REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE
SYNJARDY XR 10 MG-1,000 MG TABLET, EXTENDED RELEASE	1	QL(60 cada 30 días)	REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE
SYNJARDY XR 12.5 MG-1,000 MG TABLET, EXTENDED RELEASE	1	QL(60 cada 30 días)	REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE
SYNJARDY XR 25 MG-1,000 MG TABLET, EXTENDED RELEASE	1	QL(30 cada 30 días)	REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE
SYNJARDY XR 5 MG-1,000 MG TABLET, EXTENDED RELEASE	1	QL(60 cada 30 días)	REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE
TOUJEO MAX U-300 SOLOSTAR 300 UNIT/ML (3 ML) SUBCUTANEOUS INSULIN PEN	3	PA,QL(13.5 cada 30 días)	REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE
TOUJEO SOLOSTAR U-300 INSULIN 300 UNIT/ML (1.5 ML) SUBCUTANEOUS PEN	3	PA,QL(13.5 cada 30 días)	REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE
TRADJENTA 5 MG TABLET	2	ST,QL(30 cada 30 días)	REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE
TRESIBA FLEXTOUCH U-100 INSULIN 100 UNIT/ML (3 ML) SUBCUTANEOUS PEN	1	QL(45 cada 30 días)	REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE
TRESIBA FLEXTOUCH U-200 INSULIN 200 UNIT/ML (3 ML) SUBCUTANEOUS PEN	1	QL(27 cada 30 días)	REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE
TRESIBA U-100 INSULIN 100 UNIT/ML SUBCUTANEOUS SOLUTION	1	QL(40 cada 30 días)	REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE
TRIJARDY XR 10 MG-5 MG-1,000 MG TABLET, EXTENDED RELEASE	1	QL(30 cada 30 días)	REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE
TRIJARDY XR 12.5 MG-2.5 MG-1,000 MG TABLET, EXTENDED RELEASE	1	QL(60 cada 30 días)	REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE
TRIJARDY XR 25 MG-5 MG-1,000 MG TABLET, EXTENDED RELEASE	1	QL(30 cada 30 días)	REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE
TRIJARDY XR 5 MG-2.5 MG-1,000 MG TABLET, EXTENDED RELEASE	1	QL(60 cada 30 días)	REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE
TRULICITY 0.75 MG/0.5 ML SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR	2	ST,QL(2 cada 28 días)	REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE
TRULICITY 1.5 MG/0.5 ML SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR	2	ST,QL(2 cada 28 días)	REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE
TRULICITY 3 MG/0.5 ML SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR	2	ST,QL(2 cada 28 días)	REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE
TRULICITY 4.5 MG/0.5 ML SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR	2	ST,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	2	ST,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	2	ST,QL(9 cada 30 días)	REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE
XIGDUO XR 10 MG-1,000 MG TABLET,EXTENDED RELEASE	2	ST,QL(30 cada 30 días)	REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE
XIGDUO XR 10 MG-500 MG TABLET,EXTENDED RELEASE	2	ST,QL(30 cada 30 días)	REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE

• MDO: Medicamento de uso únicamente médico • OTC – Medicamentos sin receta • PA – Autorización previa • QL – Límite de cantidad • ST – Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
XIGDUO XR 2.5 MG-1,000 MG TABLET,EXTENDED RELEASE	2	ST,QL(60 cada 30 días)	REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE
XIGDUO XR 5 MG-1,000 MG TABLET,EXTENDED RELEASE	2	ST,QL(60 cada 30 días)	REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE
XIGDUO XR 5 MG-500 MG TABLET,EXTENDED RELEASE	2	ST,QL(30 cada 30 días)	REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE
XULTOPHY 100/3.6 100 UNIT-3.6 MG/ML (3 ML) SUBCUTANEOUS INSULIN PEN	3	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	2	PA,ST,QL(60 cada 30 días)	REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE
ZITUVIMET 50 MG-500 MG TABLET	2	PA,ST,QL(60 cada 30 días)	REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE
ZITUVIMET XR 100 MG-1,000 MG TABLET,EXTENDED RELEASE	2	PA,ST,QL(30 cada 30 días)	REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE
ZITUVIMET XR 50 MG-1,000 MG TABLET,EXTENDED RELEASE	2	PA,ST,QL(60 cada 30 días)	REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE
ZITUVIMET XR 50 MG-500 MG TABLET,EXTENDED RELEASE	2	PA,ST,QL(30 cada 30 días)	REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE
ZITUVIO 100 MG TABLET	2	PA,ST,QL(30 cada 30 días)	REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE
ZITUVIO 25 MG TABLET	2	PA,ST,QL(30 cada 30 días)	REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE
ZITUVIO 50 MG TABLET	2	PA,ST,QL(30 cada 30 días)	REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE
AMRIX 15 MG CAPSULE,EXTENDED RELEASE	3	PA,QL(30 cada 30 días)	RELAJANTES DEL MÚSCULO ESQUELÉTICO
AMRIX 30 MG CAPSULE,EXTENDED RELEASE	3	PA,QL(30 cada 30 días)	RELAJANTES DEL MÚSCULO ESQUELÉTICO
ATMEKSI 750 MG/5 ML ORAL SUSPENSION	3	PA,QL(300 cada 9 días)	RELAJANTES DEL MÚSCULO ESQUELÉTICO
carisoprodol 250 mg tablet	3	PA,QL(120 cada 30 días)	RELAJANTES DEL MÚSCULO ESQUELÉTICO
carisoprodol 350 mg tablet	1	PA,QL(120 cada 30 días)	RELAJANTES DEL MÚSCULO ESQUELÉTICO
chlorzoxazone 250 mg tablet	3	PA	RELAJANTES DEL MÚSCULO ESQUELÉTICO
chlorzoxazone 375 mg tablet	3	PA,QL(120 cada 30 días)	RELAJANTES DEL MÚSCULO ESQUELÉTICO
chlorzoxazone 500 mg tablet	1		RELAJANTES DEL MÚSCULO ESQUELÉTICO
chlorzoxazone 750 mg tablet	3	PA,QL(120 cada 30 días)	RELAJANTES DEL MÚSCULO ESQUELÉTICO
cyclobenzaprine 10 mg tablet	1		RELAJANTES DEL MÚSCULO ESQUELÉTICO
cyclobenzaprine 5 mg tablet	1		RELAJANTES DEL MÚSCULO ESQUELÉTICO
cyclobenzaprine 7.5 mg tablet	3	PA,QL(90 cada 30 días)	RELAJANTES DEL MÚSCULO ESQUELÉTICO
cyclobenzaprine er 15 mg capsule,extended release 24 hr	3	PA,QL(30 cada 30 días)	RELAJANTES DEL MÚSCULO ESQUELÉTICO

• MDO: Medicamento de uso únicamente médico • OTC – Medicamentos sin receta • PA – Autorización previa • QL – Límite de cantidad • ST – Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
cyclobenzaprine er 30 mg capsule,extended release 24 hr	3	PA,QL(30 cada 30 días)	RELAJANTES DEL MÚSCULO ESQUELÉTICO
FEXMID 7.5 MG TABLET	3	PA,QL(90 cada 30 días)	RELAJANTES DEL MÚSCULO ESQUELÉTICO
metaxalone 400 mg tablet	3	PA	RELAJANTES DEL MÚSCULO ESQUELÉTICO
METAXALONE 640 MG TABLET	3	PA,QL(120 cada 30 días)	RELAJANTES DEL MÚSCULO ESQUELÉTICO
metaxalone 800 mg tablet	2	ST	RELAJANTES DEL MÚSCULO ESQUELÉTICO
methocarbamol 1,000 mg tablet	3	PA	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	3	PA	RELAJANTES DEL MÚSCULO ESQUELÉTICO
NORGESIC FORTE 50 MG-770 MG-60 MG TABLET	3	PA	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	3	PA	RELAJANTES DEL MÚSCULO ESQUELÉTICO
orphengesic forte 50 mg-770 mg-60 mg tablet	3	PA	RELAJANTES DEL MÚSCULO ESQUELÉTICO
ROBAXIN 100 MG/ML INJECTION SOLUTION	1		RELAJANTES DEL MÚSCULO ESQUELÉTICO
SOMA 250 MG TABLET	3	PA,QL(120 cada 30 días)	RELAJANTES DEL MÚSCULO ESQUELÉTICO
SOMA 350 MG TABLET	1	PA,QL(120 cada 30 días)	RELAJANTES DEL MÚSCULO ESQUELÉTICO
tanlor 1,000 mg tablet	3	PA	RELAJANTES DEL MÚSCULO ESQUELÉTICO
TONMYA 2.8 MG SUBLINGUAL TABLET	2	PA,QL(60 cada 30 días)	RELAJANTES DEL MÚSCULO ESQUELÉTICO
24hr allergy relief 5 mg tablet[OTC]	2	ST,QL(30 cada 30 días)	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	3	PA,QL(60 cada 30 días)	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES
ADEMPAS 0.5 MG TABLET	3	PA,QL(90 cada 30 días)	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES

• MDO: Medicamento de uso únicamente médico • OTC – Medicamentos sin receta • PA – Autorización previa • QL – Límite de cantidad • ST – Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
ADEMPAS 1 MG TABLET	3	PA,QL(90 cada 30 días)	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES
ADEMPAS 1.5 MG TABLET	3	PA,QL(90 cada 30 días)	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES
ADEMPAS 2 MG TABLET	3	PA,QL(90 cada 30 días)	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES
ADEMPAS 2.5 MG TABLET	3	PA,QL(90 cada 30 días)	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES
ADRENALIN 1 MG/ML (1 ML) INJECTION SOLUTION	1		TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES
ADRENALIN 1 MG/ML INJECTION SOLUTION	1		TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES
ADVAIR DISKUS 100 MCG-50 MCG/DOSE POWDER FOR INHALATION	1	QL(60 cada 30 días)	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES
ADVAIR DISKUS 250 MCG-50 MCG/DOSE POWDER FOR INHALATION	1	QL(60 cada 30 días)	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES
ADVAIR DISKUS 500 MCG-50 MCG/DOSE POWDER FOR INHALATION	1	QL(60 cada 30 días)	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES
ADVAIR HFA 115 MCG-21 MCG/ACTUATION AEROSOL INHALER	1	QL(12 cada 30 días)	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES
ADVAIR HFA 230 MCG-21 MCG/ACTUATION AEROSOL INHALER	1	QL(12 cada 30 días)	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES
ADVAIR HFA 45 MCG-21 MCG/ACTUATION AEROSOL INHALER	1	QL(12 cada 30 días)	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES
AIRSUPRA 90 MCG-80 MCG/ACTUATION HFA AEROSOL INHALER	3	PA,QL(32.1 cada 30 días)	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES
AKOVAZ 25 MG/5 ML (5 MG/ML) INTRAVENOUS SYRINGE[MDO]	*		TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES
AKOVAZ 50 MG/ML INTRAVENOUS SOLUTION	1		TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES
albuterol sulfate 0.63 mg/3 ml solution for nebulization	1	QL(600 cada 30 días)	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES
albuterol sulfate 1.25 mg/3 ml solution for nebulization	1	QL(600 cada 30 días)	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES
albuterol sulfate 2 mg tablet	1		TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES

• MDO: Medicamento de uso únicamente médico • OTC – Medicamentos sin receta • PA – Autorización previa • QL – Límite de cantidad • ST – Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
albuterol sulfate 2 mg/5 ml oral syrup	1		TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES
albuterol sulfate 2.5 mg/3 ml (0.083 %) solution for nebulization	1	QL(600 cada 30 días)	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES
albuterol sulfate 4 mg tablet	1		TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES
albuterol sulfate concentrate 2.5 mg/0.5 ml solution for nebulization	1		TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES
albuterol sulfate hfa 90 mcg/actuation aerosol inhaler	1	QL(36 cada 30 días)	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES
all day allergy (cetirizine) 10 mg tablet[OTC]	1	QL(30 cada 30 días)	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES
allergy relief (cetirizine) 10 mg tablet[OTC]	1	QL(30 cada 30 días)	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES
allergy relief (cetirizine) 5 mg tablet[OTC]	1	QL(30 cada 30 días)	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES
allergy relief (levocetirizine) 5 mg tablet[OTC]	2	ST,QL(30 cada 30 días)	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES
allergy relief (loratadine) 10 mg tablet[OTC]	1	QL(30 cada 30 días)	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES
allergy relief (loratadine) 5 mg/5 ml oral solution[OTC]	1	QL(300 cada 30 días)	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES
ALVESCO 160 MCG/ACTUATION AEROSOL INHALER	2	PA,QL(6.1 cada 30 días)	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES
ALVESCO 80 MCG/ACTUATION AEROSOL INHALER	2	PA,QL(6.1 cada 30 días)	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES
ALYFTREK 10 MG-50 MG-125 MG TABLET	3	PA,QL(56 cada 28 días)	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES
ALYFTREK 4 MG-20 MG-50 MG TABLET	3	PA,QL(84 cada 28 días)	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES
alyq 20 mg tablet	3	PA,QL(60 cada 30 días)	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES
ambrisentan 10 mg tablet	1		TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES
ambrisentan 5 mg tablet	1		TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES

• MDO: Medicamento de uso únicamente médico • OTC – Medicamentos sin receta • PA – Autorización previa • QL – Límite de cantidad • ST – Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
aminophylline 250 mg/10 ml intravenous solution	1		TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES
aminophylline 500 mg/20 ml intravenous solution	1		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	3	PA,QL(120 cada 30 días)	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES
ARNUITY ELLIPTA 100 MCG/ACTUATION POWDER FOR INHALATION	1	QL(30 cada 30 días)	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES
ARNUITY ELLIPTA 200 MCG/ACTUATION POWDER FOR INHALATION	1	QL(30 cada 30 días)	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES
ARNUITY ELLIPTA 50 MCG/ACTUATION POWDER FOR INHALATION	1	QL(30 cada 30 días)	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES
ASMANEX HFA 100 MCG/ACTUATION AEROSOL INHALER	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	3	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
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	1		TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES
AUVI-Q 0.15 MG/0.15 ML AUTO-INJECTOR (FOR 33 LB TO 66 LB PATIENTS)	1		TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES

• MDO: Medicamento de uso únicamente médico • OTC – Medicamentos sin receta • PA – Autorización previa • QL – Límite de cantidad • ST – Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
AUVI-Q 0.3 MG/0.3 ML INJECTION, AUTO-INJECTOR	1		TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES
azelastine 137 mcg (0.1 %) nasal spray	1	QL(30 cada 30 días)	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES
azelastine 137 mcg-fluticasone 50 mcg/spray nasal spray	3	ST,QL(23 cada 30 días)	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES
beclomethasone dipropionate 40 mcg/actuation aerosol inhaler	3	PA,QL(17.4 cada 30 días)	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES
beclomethasone dipropionate 80 mcg/actuation aerosol inhaler	3	PA,QL(17.4 cada 30 días)	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES
BEVESPI AEROSPHERE 9 MCG-4.8 MCG HFA AEROSOL INHALER	3	PA,QL(10.7 cada 30 días)	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES
bosentan 125 mg tablet	1		TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES
bosentan 32 mg tablet for oral suspension	1		TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES
bosentan 62.5 mg tablet	1		TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES
BREO ELLIPTA 100 MCG-25 MCG/DOSE POWDER FOR INHALATION	3	PA,QL(60 cada 30 días)	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES
BREO ELLIPTA 200 MCG-25 MCG/DOSE POWDER FOR INHALATION	3	PA,QL(60 cada 30 días)	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES
BREO ELLIPTA 50 MCG-25 MCG/DOSE POWDER FOR INHALATION	3	PA,QL(60 cada 30 días)	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES
breyna 160 mcg-4.5 mcg/actuation hfa aerosol inhaler	1	PA,QL(20.6 cada 30 días)	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES
breyna 80 mcg-4.5 mcg/actuation hfa aerosol inhaler	1	PA,QL(20.6 cada 30 días)	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES
BREZTRI AEROSPHERE 160 MCG-9MCG-4.8MCG/ACTUATION HFA AEROSOL INHALER	3	PA,QL(10.7 cada 30 días)	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES
BREZTRI AEROSPHERE 160MCG-18MCG-4.8MCG/ACTUATION HFA AEROSOL INHALER	3	PA,QL(10.7 cada 30 días)	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES
BROVANA 15 MCG/2 ML SOLUTION FOR NEBULIZATION	3	PA,QL(120 cada 30 días)	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES
budesonide 0.25 mg/2 ml suspension for nebulization	1	QL(240 cada 30 días)	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES

• MDO: Medicamento de uso únicamente médico • OTC – Medicamentos sin receta • PA – Autorización previa • QL – Límite de cantidad • ST – Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
budesonide 0.5 mg/2 ml suspension for nebulization	1	QL(240 cada 30 días)	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES
budesonide 1 mg/2 ml suspension for nebulization	1	QL(240 cada 30 días)	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES
budesonide-formoterol hfa 160 mcg-4.5 mcg/actuation aerosol inhaler	1	QL(20.6 cada 30 días)	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES
budesonide-formoterol hfa 80 mcg-4.5 mcg/actuation aerosol inhaler	1	QL(20.6 cada 30 días)	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES
carbinoxamine 4 mg/5 ml oral liquid	1		TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES
CAYSTON 75 MG/ML SOLUTION FOR NEBULIZATION	3	PA,QL(84 cada 56 días)	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES
cetirizine 1 mg/ml oral solution[OTC]	1	QL(300 cada 30 días)	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES
cetirizine 1 mg/ml oral solution	1	QL(300 cada 30 días)	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES
cetirizine 10 mg tablet[OTC]	1	QL(30 cada 30 días)	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES
cetirizine 5 mg tablet[OTC]	1	QL(30 cada 30 días)	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES
cetirizine 5 mg/5 ml oral solution[OTC]	1		TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES
children's all day allergy (cetirizine) 1 mg/ml oral solution[OTC]	1	QL(300 cada 30 días)	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES
children's allergy relief (cetirizine) 1 mg/ml oral solution[OTC]	1	QL(300 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
CINQAIR 10 MG/ML INTRAVENOUS SOLUTION[MDO]	*		TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES
CLARINEX 5 MG TABLET	3	PA,QL(30 cada 30 días)	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES
clemastine 0.5 mg/5 ml oral syrup	3	PA	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES

• MDO: Medicamento de uso únicamente médico • OTC – Medicamentos sin receta • PA – Autorización previa • QL – Límite de cantidad • ST – Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
clemastine 2.68 mg tablet	3	PA	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES
clemsza 2.68 mg tablet	3	PA	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES
COMBIVENT RESPIMAT 20 MCG-100 MCG/ACTUATION SOLUTION FOR INHALATION	1	QL(12 cada 30 días)	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES
cromolyn 100 mg/5 ml oral concentrate	1		TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES
cromolyn 20 mg/2 ml solution for nebulization	1	QL(360 cada 30 días)	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES
CUROSURF 120 MG/1.5 ML INTRATRACHEAL SUSPENSION	1		TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES
CUROSURF 240 MG/3 ML INTRATRACHEAL SUSPENSION	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
DALIRESP 250 MCG TABLET	1	PA,QL(60 cada 30 días)	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES
DALIRESP 500 MCG TABLET	1	PA,QL(30 cada 30 días)	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES
desloratadine 0.5 mg/ml oral solution	3	PA,QL(118 cada 23 días)	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES
desloratadine 2.5 mg disintegrating tablet	3	PA,QL(30 cada 30 días)	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES
desloratadine 5 mg disintegrating tablet	3	PA,QL(30 cada 30 días)	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES
desloratadine 5 mg tablet	3	PA,QL(30 cada 30 días)	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES
diphenhydramine 50 mg/ml injection solution	1		TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES
diphenhydramine 50 mg/ml injection syringe	1		TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES
DUAKLIR PRESSAIR 400 MCG-12 MCG/ACTUATION BREATH ACTIVATED	3	PA,QL(1 cada 30 días)	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES

• MDO: Medicamento de uso únicamente médico • OTC – Medicamentos sin receta • PA – Autorización previa • QL – Límite de cantidad • ST – Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
DULERA 100 MCG-5 MCG/ACTUATION HFA AEROSOL INHALER	1	QL(26 cada 30 días)	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES
DULERA 200 MCG-5 MCG/ACTUATION HFA AEROSOL INHALER	1	QL(26 cada 30 días)	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES
DULERA 50 MCG-5 MCG/ACTUATION HFA AEROSOL INHALER	2	PA,QL(26 cada 30 días)	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES
DYMISTA 137 MCG-50 MCG/SPRAY NASAL SPRAY	3	ST,QL(23 cada 30 días)	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES
EMERPHED 25 MG/5 ML (5 MG/ML) INTRAVENOUS SYRINGE[MDO]	*		TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES
EMERPHED 5 MG/ML INTRAVENOUS SOLUTION[MDO]	*		TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES
EMERPHED 50 MG/10 ML (5 MG/ML) INTRAVENOUS SYRINGE[MDO]	*		TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES
ephedrine sulfate 25 mg/5 ml (5 mg/ml) intravenous syringe[MDO]	*		TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES
ephedrine sulfate 5 mg/ml intravenous solution[MDO]	*		TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES
ephedrine sulfate 50 mg/10 ml (5 mg/ml) intravenous syringe[MDO]	*		TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES
ephedrine sulfate 50 mg/ml intravenous solution	1		TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES
epinephrine (jr) 0.15 mg/0.3 ml injection,auto-injector	1		TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES
epinephrine 0.1 mg/ml injection syringe	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
epinephrine 1 mg/ml (1 ml) injection solution	1		TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES
epinephrine 1 mg/ml injection solution	1		TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES
EPIPEN 2-PAK 0.3 MG/0.3 ML INJECTION, AUTO-INJECTOR	1		TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES

• MDO: Medicamento de uso únicamente médico • OTC – Medicamentos sin receta • PA – Autorización previa • QL – Límite de cantidad • ST – Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
EPIPEN JR 2-PAK 0.15 MG/0.3 ML INJECTION,AUTO-INJECTOR	1		TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES
epoprostenol 0.5 mg intravenous solution	1		TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES
epoprostenol 1.5 mg intravenous solution	1		TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES
ESBRIET 267 MG TABLET	3	PA,QL(270 cada 30 días)	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES
ESBRIET 801 MG TABLET	3	PA,QL(90 cada 30 días)	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES
EXDENSUR 100 MG/ML SUBCUTANEOUS SYRINGE	3	PA,QL(1 cada 180 días)	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES
FASENRA 10 MG/0.5 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE	3	PA,QL(0.5 cada 28 días)	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES
FASENRA 30 MG/ML SUBCUTANEOUS SYRINGE	3	PA,QL(1 cada 28 días)	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES
FASENRA PEN 30 MG/ML SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR	3	PA,QL(1 cada 28 días)	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES
flunisolide 25 mcg (0.025 %) nasal spray	3	ST,QL(75 cada 30 días)	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES
fluticasone 100 mcg-salmeterol 50 mcg/dose blistr powdr for inhalation	1	QL(60 cada 30 días)	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES
fluticasone 113 mcg-salmeterol 14 mcg/actuation breath activated powdr	3	PA,QL(1 cada 30 días)	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES
fluticasone 232 mcg-salmeterol 14 mcg/actuation breath activated powdr	3	PA,QL(1 cada 30 días)	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES
fluticasone 250 mcg-salmeterol 50 mcg/dose blistr powdr for inhalation	1	QL(60 cada 30 días)	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES
fluticasone 500 mcg-salmeterol 50 mcg/dose blistr powdr for inhalation	1	QL(60 cada 30 días)	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES
fluticasone 55 mcg-salmeterol 14 mcg/actuation breath activated powder	3	PA,QL(1 cada 30 días)	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES
fluticasone furoate 100 mcg-vilanterol 25 mcg/dose inhalation powder	3	PA,QL(60 cada 30 días)	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES
fluticasone furoate 100 mcg/actuation blister powder for inhalation	1	QL(30 cada 30 días)	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES

• MDO: Medicamento de uso únicamente médico • OTC – Medicamentos sin receta • PA – Autorización previa • QL – Límite de cantidad • ST – Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
fluticasone furoate 200 mcg-vilanterol 25 mcg/dose inhalation powder	3	PA,QL(60 cada 30 días)	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES
fluticasone furoate 200 mcg/actuation blister powder for inhalation	1	QL(30 cada 30 días)	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES
fluticasone furoate 50 mcg/actuation blister powder for inhalation	1	QL(30 cada 30 días)	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES
fluticasone propionate 100 mcg/actuation blister powder for inhalation	2	PA,QL(240 cada 30 días)	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES
fluticasone propionate 110 mcg/actuation hfa aerosol inhaler	2	QL(24 cada 30 días)	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES
fluticasone propionate 115 mcg-salmeterol 21 mcg/actuation hfa inhaler	1	QL(12 cada 30 días)	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES
fluticasone propionate 220 mcg/actuation hfa aerosol inhaler	2	PA,QL(24 cada 30 días)	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES
fluticasone propionate 230 mcg-salmeterol 21 mcg/actuation hfa inhaler	1	QL(12 cada 30 días)	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES
fluticasone propionate 250 mcg/actuation blister powder for inhalation	2	PA,QL(240 cada 30 días)	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES
fluticasone propionate 44 mcg/actuation hfa aerosol inhaler	2	QL(21.2 cada 30 días)	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES
fluticasone propionate 45 mcg-salmeterol 21 mcg/actuation hfa inhaler	1	QL(12 cada 30 días)	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES
fluticasone propionate 50 mcg/actuation blister powder for inhalation	2	PA,QL(240 cada 30 días)	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES
fluticasone propionate 50 mcg/actuation nasal spray,suspension[otc]	1		TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES
fluticasone propionate 50 mcg/actuation nasal spray,suspension	1	QL(16 cada 30 días)	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES
formoterol fumarate 20 mcg/2 ml solution for nebulization	3	PA,QL(120 cada 30 días)	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES
GASTROCROM 100 MG/5 ML ORAL CONCENTRATE	1	PA	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES
GRASTEK 2,800 BAU SUBLINGUAL TABLET	3	PA,QL(30 cada 30 días)	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES
hydroxyzine pamoate 100 mg capsule	1		TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES

• MDO: Medicamento de uso únicamente médico • OTC – Medicamentos sin receta • PA – Autorización previa • QL – Límite de cantidad • ST – Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
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
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(1620 cada 90 días)	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES
ipratropium bromide 0.02 % solution for inhalation	1	QL(450 cada 30 días)	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES
ipratropium bromide 17 mcg/actuation hfa aerosol inhaler	1	QL(25.8 cada 30 días)	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES
ipratropium bromide 21 mcg (0.03 %) nasal spray	1	QL(30 cada 30 días)	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES
ipratropium bromide 42 mcg (0.06 %) nasal spray	1	QL(30 cada 30 días)	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES
JASCAYD 18 MG TABLET	3	PA,QL(60 cada 30 días)	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES
JASCAYD 9 MG TABLET	3	PA,QL(60 cada 30 días)	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES
KALYDECO 13.4 MG ORAL GRANULES IN PACKET	3	PA,QL(56 cada 28 días)	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES
KALYDECO 150 MG TABLET	3	PA,QL(56 cada 28 días)	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES
KALYDECO 25 MG ORAL GRANULES IN PACKET	3	PA,QL(56 cada 28 días)	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES
KALYDECO 5.8 MG ORAL GRANULES IN PACKET	3	PA,QL(56 cada 28 días)	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES
KALYDECO 50 MG ORAL GRANULES IN PACKET	3	PA,QL(56 cada 28 días)	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES
KALYDECO 75 MG ORAL GRANULES IN PACKET	3	PA,QL(56 cada 28 días)	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES
LETAIRIS 10 MG TABLET	1	PA	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES
LETAIRIS 5 MG TABLET	1	PA	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES

• MDO: Medicamento de uso únicamente médico • OTC – Medicamentos sin receta • PA – Autorización previa • QL – Límite de cantidad • ST – Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
levalbuterol 0.31 mg/3 ml solution for nebulization	1	QL(288 cada 30 días)	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES
levalbuterol 0.63 mg/3 ml solution for nebulization	1	QL(288 cada 30 días)	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES
levalbuterol 1.25 mg/3 ml solution for nebulization	1	QL(288 cada 30 días)	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES
levalbuterol concentrate 1.25 mg/0.5 ml solution for nebulization	1	QL(288 cada 30 días)	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES
levalbuterol hfa 45 mcg/actuation aerosol inhaler	3	PA,QL(30 cada 30 días)	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES
levocetirizine 2.5 mg/5 ml oral solution	2	ST,QL(150 cada 30 días)	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES
levocetirizine 5 mg tablet	2	ST,QL(30 cada 30 días)	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES
levocetirizine 5 mg tablet[OTC]	2	ST,QL(30 cada 30 días)	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES
loratadine 10 mg disintegrating tablet[OTC]	1	QL(30 cada 30 días)	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES
loratadine 10 mg tablet[OTC]	1	QL(30 cada 30 días)	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES
loratadine 5 mg/5 ml oral solution[OTC]	1	QL(300 cada 30 días)	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES
macitentan 10 mg tablet	3	PA,QL(30 cada 30 días)	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES
mometasone 50 mcg/actuation nasal spray	2	ST,QL(17 cada 30 días)	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES
montelukast 10 mg tablet	1	QL(30 cada 30 días)	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES
montelukast 4 mg chewable tablet	1	QL(30 cada 30 días)	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES
montelukast 4 mg oral granules in packet	3	PA,QL(30 cada 30 días)	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES
montelukast 5 mg chewable tablet	1	QL(30 cada 30 días)	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES
NEFFY 1 MG/SPRAY (0.1 ML) NASAL SPRAY	1		TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES

• MDO: Medicamento de uso únicamente médico • OTC – Medicamentos sin receta • PA – Autorización previa • QL – Límite de cantidad • ST – Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
NEFFY 2 MG/SPRAY (0.1 ML) NASAL SPRAY	1		TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES
nintedanib 100 mg capsule	3	PA,QL(60 cada 30 días)	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES
nintedanib 150 mg capsule	3	PA,QL(60 cada 30 días)	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES
NUCALA 100 MG SUBCUTANEOUS SOLUTION	3	PA,QL(1 cada 28 días)	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES
NUCALA 100 MG/ML SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR	3	PA,QL(3 cada 28 días)	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES
NUCALA 100 MG/ML SUBCUTANEOUS SYRINGE	3	PA,QL(3 cada 28 días)	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES
NUCALA 40 MG/0.4 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE	3	PA,QL(0.4 cada 28 días)	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES
ODACTRA 12 SQ-HDM SUBLINGUAL TABLET	3	PA,QL(30 cada 30 días)	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES
OFEV 100 MG CAPSULE	3	PA,QL(60 cada 30 días)	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES
OFEV 150 MG CAPSULE	3	PA,QL(60 cada 30 días)	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES
OHTUVAYRE 3 MG/2.5 ML SUSPENSION FOR NEBULIZATION	3	PA,QL(150 cada 30 días)	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES
olopatadine 0.6 % nasal spray	2	ST,QL(30.5 cada 30 días)	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES
OMNARIS 50 MCG NASAL SPRAY	1	QL(12.5 cada 30 días)	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES
OPSUMIT 10 MG TABLET	3	PA,QL(30 cada 30 días)	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES
OPSYNVI 10 MG-20 MG TABLET	3	PA,QL(30 cada 30 días)	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES
OPSYNVI 10 MG-40 MG TABLET	3	PA,QL(30 cada 30 días)	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES
ORALAIR 300 IR SUBLINGUAL TABLET	3	PA,QL(30 cada 30 días)	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES
ORENITRAM 0.125 MG TABLET,EXTENDED RELEASE	3	PA,QL(180 cada 30 días)	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES

• MDO: Medicamento de uso únicamente médico • OTC – Medicamentos sin receta • PA – Autorización previa • QL – Límite de cantidad • ST – Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
ORENITRAM 0.25 MG TABLET,EXTENDED RELEASE	3	PA,QL(180 cada 30 días)	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES
ORENITRAM 1 MG TABLET,EXTENDED RELEASE	3	PA,QL(180 cada 30 días)	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES
ORENITRAM 2.5 MG TABLET,EXTENDED RELEASE	3	PA,QL(180 cada 30 días)	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES
ORENITRAM 5 MG TABLET, EXTENDED RELEASE	3	PA,QL(180 cada 30 días)	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES
ORENITRAM MONTH 1 TITRATION 0.125 MG (126)-0.25 MG (42) TABLET,ER DSPK	3	PA,QL(168 cada 28 días)	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES
ORENITRAM MONTH 2 TITRATION 0.125 MG (126)-0.25 MG(210) TABLET,ER DSPK	3	PA,QL(336 cada 28 días)	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES
ORENITRAM MONTH 3 TITRATION 0.125MG(126)-0.25MG(42)-1MG TABLET,ER DSPK	3	PA,QL(252 cada 28 días)	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES
ORKAMBI 100 MG-125 MG ORAL GRANULES IN PACKET	3	PA,QL(56 cada 28 días)	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES
ORKAMBI 100 MG-125 MG TABLET	3	PA,QL(112 cada 28 días)	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES
ORKAMBI 150 MG-188 MG ORAL GRANULES IN PACKET	3	PA,QL(56 cada 28 días)	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES
ORKAMBI 200 MG-125 MG TABLET	3	PA,QL(112 cada 28 días)	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES
ORKAMBI 75 MG-94 MG ORAL GRANULES IN PACKET	3	PA,QL(56 cada 28 días)	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES
PERFOROMIST 20 MCG/2 ML SOLUTION FOR NEBULIZATION	2	PA,QL(120 cada 30 días)	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES
pirfenidone 267 mg capsule	3	PA,QL(270 cada 30 días)	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES
pirfenidone 267 mg tablet	3	PA,QL(270 cada 30 días)	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES
pirfenidone 534 mg tablet	3	PA,QL(90 cada 30 días)	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES
pirfenidone 801 mg tablet	3	PA,QL(90 cada 30 días)	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES
PROAIR RESPICLICK 90 MCG/ACTUATION BREATH ACTIVATED	1	QL(2 cada 30 días)	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES

• MDO: Medicamento de uso únicamente médico • OTC – Medicamentos sin receta • PA – Autorización previa • QL – Límite de cantidad • ST – Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
PULMICORT 0.25 MG/2 ML SUSPENSION FOR NEBULIZATION	1	PA,QL(240 cada 30 días)	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES
PULMICORT 0.5 MG/2 ML SUSPENSION FOR NEBULIZATION	1	PA,QL(240 cada 30 días)	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES
PULMICORT 1 MG/2 ML SUSPENSION FOR NEBULIZATION	1	PA,QL(240 cada 30 días)	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES
PULMICORT FLEXHALER 180 MCG/ACTUATION BREATH ACTIVATED	1	QL(2 cada 30 días)	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES
PULMICORT FLEXHALER 90 MCG/ACTUATION BREATH ACTIVATED	1	QL(2 cada 30 días)	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES
PULMOZYME 1 MG/ML SOLUTION FOR INHALATION	3	PA,QL(150 cada 30 días)	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES
QNASL 40 MCG/ACTUATION NASAL AEROSOL SPRAY	3	ST,QL(6.8 cada 30 días)	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES
QNASL 80 MCG/ACTUATION NASAL AEROSOL SPRAY	3	ST,QL(10.6 cada 30 días)	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES
QVAR REDIHALER 40 MCG/ACTUATION HFA BREATH ACTIVATED AEROSOL	1	QL(21.2 cada 30 días)	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES
QVAR REDIHALER 80 MCG/ACTUATION HFA BREATH ACTIVATED AEROSOL	1	QL(21.2 cada 30 días)	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES
RAGWITEK 12 AMB A 1 UNIT SUBLINGUAL TABLET	3	PA,QL(30 cada 30 días)	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES
REMODULIN 0.4 MG/ML INJECTION SOLUTION	1		TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES
REMODULIN 1 MG/ML INJECTION SOLUTION	1		TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES
REMODULIN 10 MG/ML INJECTION SOLUTION	1		TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES
REMODULIN 2.5 MG/ML INJECTION SOLUTION	1		TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES
REMODULIN 5 MG/ML INJECTION SOLUTION	1		TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES
REVATIO 10 MG/12.5 ML INTRAVENOUS SOLUTION	1	PA	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES
REVATIO 20 MG TABLET	3	PA,QL(90 cada 30 días)	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES

• MDO: Medicamento de uso únicamente médico • OTC – Medicamentos sin receta • PA – Autorización previa • QL – Límite de cantidad • ST – Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
riociguat 0.5 mg tablet	3	PA,QL(90 cada 30 días)	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES
riociguat 1 mg tablet	3	PA,QL(90 cada 30 días)	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES
riociguat 1.5 mg tablet	3	PA,QL(90 cada 30 días)	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES
riociguat 2 mg tablet	3	PA,QL(90 cada 30 días)	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES
riociguat 2.5 mg tablet	3	PA,QL(90 cada 30 días)	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES
roflumilast 250 mcg tablet	1	QL(60 cada 30 días)	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES
roflumilast 500 mcg tablet	1	QL(30 cada 30 días)	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES
RYALTRIS 665 MCG-25 MCG/SPRAY NASAL SPRAY	3	ST,QL(29 cada 30 días)	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES
SEREVENT DISKUS 50 MCG/DOSE POWDER FOR INHALATION	1	QL(120 cada 30 días)	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES
sildenafil (pulmonary hypertension) 10 mg/12.5 ml intravenous solution	1		TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES
sildenafil (pulmonary hypertension) 10 mg/ml oral powdr for suspension	3	PA,QL(224 cada 30 días)	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES
sildenafil (pulmonary hypertension) 20 mg tablet	3	PA,QL(90 cada 30 días)	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES
SINGULAIR 10 MG TABLET	1	PA,QL(30 cada 30 días)	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES
SINGULAIR 5 MG CHEWABLE TABLET	1	PA,QL(30 cada 30 días)	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES
SINUVA 1,350 MCG SINUS IMPLANT[MDO]	*		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

• MDO: Medicamento de uso únicamente médico • OTC – Medicamentos sin receta • PA – Autorización previa • QL – Límite de cantidad • ST – Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
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	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	3	PA,QL(4 cada 30 dÍas)	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES
STRIVERDI RESPIMAT 2.5 MCG/ACTUATION SOLUTION FOR INHALATION	1	QL(4 cada 30 dÍas)	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES
SYMBICORT 160 MCG-4.5 MCG/ACTUATION HFA AEROSOL INHALER	1	QL(20.6 cada 30 dÍas)	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES
SYMBICORT 80 MCG-4.5 MCG/ACTUATION HFA AEROSOL INHALER	1	QL(20.6 cada 30 dÍas)	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES
SYMDEKO 100 MG-150 MG (DAY)/150 MG (NIGHT) TABLETS	3	PA,QL(56 cada 28 dÍas)	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES
SYMDEKO 50 MG-75 MG (DAY)/75 MG (NIGHT) TABLETS	3	PA,QL(56 cada 28 dÍas)	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES
tadalafil 20 mg tablet (pulmonary hypertension)	3	PA,QL(60 cada 30 dÍas)	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES
TADLIQ 20 MG/5 ML (4 MG/ML) ORAL SUSPENSION	3	PA,QL(300 cada 30 dÍas)	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES
terbutaline 1 mg/ml subcutaneous solution	1		TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES
terbutaline 2.5 mg tablet	1	QL(180 cada 30 dÍas)	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES
terbutaline 5 mg tablet	1	QL(180 cada 30 dÍas)	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES
THEO-24 100 MG CAPSULE,EXTENDED RELEASE	1		TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES
THEO-24 200 MG CAPSULE,EXTENDED RELEASE	1		TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES
THEO-24 300 MG CAPSULE,EXTENDED RELEASE	1		TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES

• MDO: Medicamento de uso únicamente médico • OTC – Medicamentos sin receta • PA – Autorización previa • QL – Límite de cantidad • ST – Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
THEO-24 400 MG CAPSULE,EXTENDED RELEASE	1		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	1	PA,QL(30 cada 30 dÍas)	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES
TOBI PODHALER 28 MG CAPSULE WITH INHALATION DEVICE	3	PA,QL(224 cada 56 dÍas)	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES
TRACLEER 125 MG TABLET	1	PA	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES
TRACLEER 32 MG TABLET FOR ORAL SUSPENSION	1		TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES
TRACLEER 62.5 MG TABLET	1	PA	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES
TRELEGY ELLIPTA 100 MCG-62.5 MCG-25 MCG POWDER FOR INHALATION	3	PA,QL(60 cada 30 dÍas)	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES
TRELEGY ELLIPTA 200 MCG-62.5 MCG-25 MCG POWDER FOR INHALATION	3	PA,QL(60 cada 30 dÍas)	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES
treprostinil sodium 1 mg/ml injection solution	1		TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES
treprostinil sodium 10 mg/ml injection solution	1		TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES

• MDO: Medicamento de uso únicamente médico • OTC – Medicamentos sin receta • PA – Autorización previa • QL – Límite de cantidad • ST – Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
treprostinil sodium 2.5 mg/ml injection solution	1		TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES
treprostinil sodium 5 mg/ml injection solution	1		TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES
TRIKAFTA 100-50-75 MG (D)/150 MG (N) TABLETS	3	PA,QL(84 cada 28 días)	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES
TRIKAFTA 100-50-75 MG (D)/75 MG (N) GRANULE PACK	3	PA,QL(56 cada 28 días)	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES
TRIKAFTA 50-25-37.5 MG (D)/75 MG (N) TABLETS	3	PA,QL(84 cada 28 días)	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES
TRIKAFTA 80-40-60 MG (D)/59.5 MG (N) GRANULE PACK	3	PA,QL(56 cada 28 días)	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES
TUDORZA PRESSAIR 400 MCG/ACTUATION BREATH ACTIVATED	2	PA,QL(1 cada 30 días)	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES
TYVASO 1.74 MG/2.9 ML (0.6 MG/ML) SOLUTION FOR NEBULIZATION	1	QL(11.6 cada 7 días)	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES
TYVASO DPI 16 (112)-32 (112)-48 (28) MCG CARTRIDGE WITH INHALER	3	PA,QL(252 cada 35 días)	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES
TYVASO DPI 16 MCG CARTRIDGE WITH INHALER	3	PA,QL(112 cada 28 días)	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES
TYVASO DPI 32 MCG CARTRIDGE WITH INHALER	3	PA,QL(112 cada 28 días)	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES
TYVASO DPI 32 MCG-64 MCG CARTRIDGE WITH INHALER	3	PA,QL(224 cada 28 días)	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES
TYVASO DPI 48 MCG CARTRIDGE WITH INHALER	3	PA,QL(112 cada 28 días)	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES
TYVASO DPI 48 MCG-64 MCG CARTRIDGE WITH INHALER	3	PA,QL(224 cada 28 días)	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES
TYVASO DPI 48 MCG-80 MCG CARTRIDGE WITH INHALER	3	PA,QL(224 cada 28 días)	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES
TYVASO DPI 64 MCG CARTRIDGE WITH INHALER	3	PA,QL(112 cada 28 días)	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES
TYVASO DPI 80 MCG CARTRIDGE WITH INHALER	3	PA,QL(112 cada 28 días)	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES
TYVASO REFILL KIT 1.74 MG/2.9 ML (0.6 MG/ML) SOLUTION FOR NEBULIZATION	1	QL(324.8 cada 28 días)	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES

• MDO: Medicamento de uso únicamente médico • OTC – Medicamentos sin receta • PA – Autorización previa • QL – Límite de cantidad • ST – Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
TYVASO STARTER KIT 1.74 MG/2.9 ML SOLUTION FOR NEBULIZATION	1	QL(324.8 cada 28 días)	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES
umeclidinium 62.5 mcg-vilanterol 25 mcg/actuation powdr for inhalation	3	PA,QL(60 cada 30 días)	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES
umeclidinium 62.5 mcg/actuation blister powder for inhalation	1	QL(30 cada 30 días)	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES
UPTRAVI 1,000 MCG TABLET	3	PA,QL(60 cada 30 días)	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES
UPTRAVI 1,200 MCG TABLET	3	PA,QL(60 cada 30 días)	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES
UPTRAVI 1,400 MCG TABLET	3	PA,QL(60 cada 30 días)	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES
UPTRAVI 1,600 MCG TABLET	3	PA,QL(60 cada 30 días)	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES
UPTRAVI 1,800 MCG INTRAVENOUS SOLUTION	3	PA,QL(60 cada 30 días)	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES
UPTRAVI 100 MCG TABLET	3	PA,QL(60 cada 30 días)	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES
UPTRAVI 150 MCG TABLET	3	PA,QL(60 cada 30 días)	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES
UPTRAVI 200 MCG (140)-800 MCG (60) TABLETS IN A DOSE PACK	3	PA,QL(200 cada 30 días)	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES
UPTRAVI 200 MCG TABLET	3	PA,QL(60 cada 30 días)	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES
UPTRAVI 400 MCG TABLET	3	PA,QL(60 cada 30 días)	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES
UPTRAVI 600 MCG TABLET	3	PA,QL(60 cada 30 días)	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES
UPTRAVI 800 MCG TABLET	3	PA,QL(60 cada 30 días)	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES
VELETRI 0.5 MG INTRAVENOUS SOLUTION	1		TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES
VELETRI 1.5 MG INTRAVENOUS SOLUTION	1		TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES
VENTOLIN HFA 90 MCG/ACTUATION AEROSOL INHALER	1	PA,QL(36 cada 30 días)	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES

• MDO: Medicamento de uso únicamente médico • OTC – Medicamentos sin receta • PA – Autorización previa • QL – Límite de cantidad • ST – Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
WINREVAIR 120 MG (60 MG X 2) SUBCUTANEOUS KIT	3	PA,QL(1 cada 21 días)	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES
WINREVAIR 45 MG SUBCUTANEOUS KIT	3	PA,QL(1 cada 21 días)	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES
WINREVAIR 60 MG SUBCUTANEOUS KIT	3	PA,QL(1 cada 21 días)	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES
WINREVAIR 90 MG (45 MG X 2) SUBCUTANEOUS KIT	3	PA,QL(1 cada 21 días)	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES
wixela inhub 100 mcg-50 mcg/dose powder for inhalation	1	QL(60 cada 30 días)	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES
wixela inhub 250 mcg-50 mcg/dose powder for inhalation	1	QL(60 cada 30 días)	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES
wixela inhub 500 mcg-50 mcg/dose powder for inhalation	1	QL(60 cada 30 días)	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES
XHANCE 93 MCG/ACTUATION BREATH ACTIVATED AEROSOL	3	PA	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES
XOPENEX HFA 45 MCG/ACTUATION AEROSOL INHALER	1	QL(30 cada 30 días)	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES
YUPELRI 175 MCG/3 ML SOLUTION FOR NEBULIZATION	3	PA,QL(90 cada 30 días)	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES
YUTREPIA 106 MCG CAPSULE WITH INHALATION DEVICE	3	PA,QL(140 cada 28 días)	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES
YUTREPIA 26.5 MCG CAPSULE WITH INHALATION DEVICE	3	PA,QL(140 cada 28 días)	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES
YUTREPIA 53 MCG CAPSULE WITH INHALATION DEVICE	3	PA,QL(140 cada 28 días)	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES
YUTREPIA 79.5 MCG CAPSULE WITH INHALATION DEVICE	3	PA,QL(140 cada 28 días)	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES
zafirlukast 10 mg tablet	1	QL(60 cada 30 días)	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES
zafirlukast 20 mg tablet	1	QL(60 cada 30 días)	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES
zileuton er 600 mg tablet,extended release 12hr mphase	3	PA	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES
ZYFLO 600 MG TABLET	3	PA,QL(120 cada 30 días)	TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES

• MDO: Medicamento de uso únicamente médico • OTC – Medicamentos sin receta • PA – Autorización previa • QL – Límite de cantidad • ST – Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
KEBILIDI 2.8 X 10EXP11 VG/0.5 ML INTRACRANIAL SUSPENSION	3	PA,QL(0.5 cada 1 dÍas)	TRASTORNO GENÉTICO O ENZIMÁTICO O PROTEICO: DE REEMPLAZO, MODIFICADORES, TRATAMIEN
ALDURAZYME 2.9 MG/5 ML INTRAVENOUS SOLUTION	3	PA	TRASTORNO GENÉTICO O ENZIMÁTICO O PROTEICO: DE REEMPLAZO, MODIFICADORES, TRATAMIENTO
AMONDYS-45 50 MG/ML INTRAVENOUS SOLUTION	3	PA	TRASTORNO GENÉTICO O ENZIMÁTICO O PROTEICO: DE REEMPLAZO, MODIFICADORES, TRATAMIENTO
AMVUTTRA 25 MG/0.5 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE	3	PA,QL(0.5 cada 90 dÍas)	TRASTORNO GENÉTICO O ENZIMÁTICO O PROTEICO: DE REEMPLAZO, MODIFICADORES, TRATAMIENTO
AQVESME 100 MG TABLET	3	PA,QL(56 cada 28 dÍas)	TRASTORNO GENÉTICO O ENZIMÁTICO O PROTEICO: DE REEMPLAZO, MODIFICADORES, TRATAMIENTO
ARALAST NP 1,000 MG INTRAVENOUS SOLUTION	3	PA	TRASTORNO GENÉTICO O ENZIMÁTICO O PROTEICO: DE REEMPLAZO, MODIFICADORES, TRATAMIENTO
ARALAST NP 500 MG INTRAVENOUS SOLUTION	3	PA	TRASTORNO GENÉTICO O ENZIMÁTICO O PROTEICO: DE REEMPLAZO, MODIFICADORES, TRATAMIENTO
ATTRUBY 356 MG TABLET	3	PA,QL(112 cada 28 dÍas)	TRASTORNO GENÉTICO O ENZIMÁTICO O PROTEICO: DE REEMPLAZO, MODIFICADORES, TRATAMIENTO
AVLAYAH 150 MG INTRAVENOUS SOLUTION	3	PA	TRASTORNO GENÉTICO O ENZIMÁTICO O PROTEICO: DE REEMPLAZO, MODIFICADORES, TRATAMIENTO
betaine 1 gram/scoop oral powder	1		TRASTORNO GENÉTICO O ENZIMÁTICO O PROTEICO: DE REEMPLAZO, MODIFICADORES, TRATAMIENTO
BRINEURA 300 MG/10 ML(150 MG/5 ML X 2) INTRAVENTRICULAR KIT	3	PA	TRASTORNO GENÉTICO O ENZIMÁTICO O PROTEICO: DE REEMPLAZO, MODIFICADORES, TRATAMIENTO

• MDO: Medicamento de uso únicamente médico • OTC – Medicamentos sin receta • PA – Autorización previa • QL – Límite de cantidad • ST – Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
BUPHENYL 0.94 GRAM/GRAM ORAL POWDER	1	PA	TRASTORNO GENÉTICO O ENZIMÁTICO O PROTEICO: DE REEMPLAZO, MODIFICADORES, TRATAMIENTO
BUPHENYL 500 MG TABLET	1	PA	TRASTORNO GENÉTICO O ENZIMÁTICO O PROTEICO: DE REEMPLAZO, MODIFICADORES, TRATAMIENTO
CERDELGA 84 MG CAPSULE	3	PA,QL(56 cada 28 días)	TRASTORNO GENÉTICO O ENZIMÁTICO O PROTEICO: DE REEMPLAZO, MODIFICADORES, TRATAMIENTO
CEREZYME 400 UNIT INTRAVENOUS SOLUTION	3	PA	TRASTORNO GENÉTICO O ENZIMÁTICO O PROTEICO: DE REEMPLAZO, MODIFICADORES, TRATAMIENTO
CHOLBAM 250 MG CAPSULE	3	PA,QL(120 cada 30 días)	TRASTORNO GENÉTICO O ENZIMÁTICO O PROTEICO: DE REEMPLAZO, MODIFICADORES, TRATAMIENTO
CHOLBAM 50 MG CAPSULE	3	PA,QL(120 cada 30 días)	TRASTORNO GENÉTICO O ENZIMÁTICO O PROTEICO: DE REEMPLAZO, MODIFICADORES, TRATAMIENTO
CREON 12,000-38,000-60,000 UNIT CAPSULE,DELAYED RELEASE	1		TRASTORNO GENÉTICO O ENZIMÁTICO O PROTEICO: DE REEMPLAZO, MODIFICADORES, TRATAMIENTO
CREON 24,000-76,000-120,000 UNIT CAPSULE,DELAYED RELEASE	1		TRASTORNO GENÉTICO O ENZIMÁTICO O PROTEICO: DE REEMPLAZO, MODIFICADORES, TRATAMIENTO
CREON 3,000 UNIT-9,500 UNIT-15,000 UNIT CAPSULE,DELAYED RELEASE	1		TRASTORNO GENÉTICO O ENZIMÁTICO O PROTEICO: DE REEMPLAZO, MODIFICADORES, TRATAMIENTO
CREON 36,000 UNIT-114,000 UNIT-180,000 UNIT CAPSULE,DELAYED RELEASE	1		TRASTORNO GENÉTICO O ENZIMÁTICO O PROTEICO: DE REEMPLAZO, MODIFICADORES, TRATAMIENTO
CREON 6,000-19,000-30,000 UNIT CAPSULE,DELAYED RELEASE	1		TRASTORNO GENÉTICO O ENZIMÁTICO O PROTEICO: DE REEMPLAZO, MODIFICADORES, TRATAMIENTO

• MDO: Medicamento de uso únicamente médico • OTC – Medicamentos sin receta • PA – Autorización previa • QL – Límite de cantidad • ST – Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
CRYSVITA 10 MG/ML SUBCUTANEOUS SOLUTION	3	PA	TRASTORNO GENÉTICO O ENZIMÁTICO O PROTEICO: DE REEMPLAZO, MODIFICADORES, TRATAMIENTO
CRYSVITA 20 MG/ML SUBCUTANEOUS SOLUTION	3	PA	TRASTORNO GENÉTICO O ENZIMÁTICO O PROTEICO: DE REEMPLAZO, MODIFICADORES, TRATAMIENTO
CRYSVITA 30 MG/ML SUBCUTANEOUS SOLUTION	3	PA	TRASTORNO GENÉTICO O ENZIMÁTICO O PROTEICO: DE REEMPLAZO, MODIFICADORES, TRATAMIENTO
CYSTADANE 1 GRAM/SCOOP ORAL POWDER	1		TRASTORNO GENÉTICO O ENZIMÁTICO O PROTEICO: DE REEMPLAZO, MODIFICADORES, TRATAMIENTO
CYSTAGON 150 MG CAPSULE	1		TRASTORNO GENÉTICO O ENZIMÁTICO O PROTEICO: DE REEMPLAZO, MODIFICADORES, TRATAMIENTO
CYSTAGON 50 MG CAPSULE	1		TRASTORNO GENÉTICO O ENZIMÁTICO O PROTEICO: DE REEMPLAZO, MODIFICADORES, TRATAMIENTO
DAYBUE 200 MG/ML ORAL SOLUTION	3	PA,QL(3600 cada 30 días)	TRASTORNO GENÉTICO O ENZIMÁTICO O PROTEICO: DE REEMPLAZO, MODIFICADORES, TRATAMIENTO
DAYBUE STIX 5,000 MG ORAL POWDER PACKET	3	PA,QL(60 cada 30 días)	TRASTORNO GENÉTICO O ENZIMÁTICO O PROTEICO: DE REEMPLAZO, MODIFICADORES, TRATAMIENTO
DAYBUE STIX 6,000 MG ORAL POWDER PACKET	3	PA,QL(60 cada 30 días)	TRASTORNO GENÉTICO O ENZIMÁTICO O PROTEICO: DE REEMPLAZO, MODIFICADORES, TRATAMIENTO
DAYBUE STIX 8,000 MG ORAL POWDER PACKET	3	PA,QL(60 cada 30 días)	TRASTORNO GENÉTICO O ENZIMÁTICO O PROTEICO: DE REEMPLAZO, MODIFICADORES, TRATAMIENTO
dichlorphenamide 50 mg tablet	3	PA,QL(120 cada 30 días)	TRASTORNO GENÉTICO O ENZIMÁTICO O PROTEICO: DE REEMPLAZO, MODIFICADORES, TRATAMIENTO

• MDO: Medicamento de uso únicamente médico • OTC – Medicamentos sin receta • PA – Autorización previa • QL – Límite de cantidad • ST – Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
DOJOLVI 8.3 KCAL/ML ORAL LIQUID	3	PA	TRASTORNO GENÉTICO O ENZIMÁTICO O PROTEICO: DE REEMPLAZO, MODIFICADORES, TRATAMIENTO
DUVYZAT 8.86 MG/ML ORAL SUSPENSION	3	PA,QL(420 cada 35 dÍas)	TRASTORNO GENÉTICO O ENZIMÁTICO O PROTEICO: DE REEMPLAZO, MODIFICADORES, TRATAMIENTO
ELAPRASE 6 MG/3 ML INTRAVENOUS SOLUTION	3	PA	TRASTORNO GENÉTICO O ENZIMÁTICO O PROTEICO: DE REEMPLAZO, MODIFICADORES, TRATAMIENTO
ELELYSO 200 UNIT INTRAVENOUS SOLUTION	3	PA	TRASTORNO GENÉTICO O ENZIMÁTICO O PROTEICO: DE REEMPLAZO, MODIFICADORES, TRATAMIENTO
ELEVIDYS 1.33 X 10EXP13 VG/ML INTRAVENOUS SUSPENSION	3	PA	TRASTORNO GENÉTICO O ENZIMÁTICO O PROTEICO: DE REEMPLAZO, MODIFICADORES, TRATAMIENTO
ELFABRIO 2 MG/ML INTRAVENOUS SOLUTION	3	PA	TRASTORNO GENÉTICO O ENZIMÁTICO O PROTEICO: DE REEMPLAZO, MODIFICADORES, TRATAMIENTO
EVRYSDI 0.75 MG/ML ORAL SOLUTION	3	PA,QL(240 cada 36 dÍas)	TRASTORNO GENÉTICO O ENZIMÁTICO O PROTEICO: DE REEMPLAZO, MODIFICADORES, TRATAMIENTO
EVRYSDI 5 MG TABLET	3	PA,QL(30 cada 30 dÍas)	TRASTORNO GENÉTICO O ENZIMÁTICO O PROTEICO: DE REEMPLAZO, MODIFICADORES, TRATAMIENTO
EXONDYS-51 50 MG/ML INTRAVENOUS SOLUTION	3	PA	TRASTORNO GENÉTICO O ENZIMÁTICO O PROTEICO: DE REEMPLAZO, MODIFICADORES, TRATAMIENTO
FABRAZYME 35 MG INTRAVENOUS SOLUTION	3	PA	TRASTORNO GENÉTICO O ENZIMÁTICO O PROTEICO: DE REEMPLAZO, MODIFICADORES, TRATAMIENTO
FABRAZYME 5 MG INTRAVENOUS SOLUTION	3	PA	TRASTORNO GENÉTICO O ENZIMÁTICO O PROTEICO: DE REEMPLAZO, MODIFICADORES, TRATAMIENTO

• MDO: Medicamento de uso únicamente médico • OTC – Medicamentos sin receta • PA – Autorización previa • QL – Límite de cantidad • ST – Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
FAYUVI 1 X 10EXP13 VG/ML INTRAVENOUS SUSPENSION	3	PA,QL(210 cada 1 dÍas)	TRASTORNO GENÉTICO O ENZIMÁTICO O PROTEICO: DE REEMPLAZO, MODIFICADORES, TRATAMIENTO
GALAFOLD 123 MG CAPSULE	3	PA,QL(14 cada 28 dÍas)	TRASTORNO GENÉTICO O ENZIMÁTICO O PROTEICO: DE REEMPLAZO, MODIFICADORES, TRATAMIENTO
GENGLYCOS 3 X 10EXP13 VG/ML INTRAVENOUS SUSPENSION	3	PA	TRASTORNO GENÉTICO O ENZIMÁTICO O PROTEICO: DE REEMPLAZO, MODIFICADORES, TRATAMIENTO
GLASSIA 20 MG/ML (2 %) INTRAVENOUS SOLUTION	3	PA	TRASTORNO GENÉTICO O ENZIMÁTICO O PROTEICO: DE REEMPLAZO, MODIFICADORES, TRATAMIENTO
glycerol phenylbutyrate 1.1 gram/ml oral liquid	3	PA,QL(525 cada 30 dÍas)	TRASTORNO GENÉTICO O ENZIMÁTICO O PROTEICO: DE REEMPLAZO, MODIFICADORES, TRATAMIENTO
HARLIKU 2 MG TABLET	1	PA	TRASTORNO GENÉTICO O ENZIMÁTICO O PROTEICO: DE REEMPLAZO, MODIFICADORES, TRATAMIENTO
IMCIVREE 10 MG/ML SUBCUTANEOUS SOLUTION	3	PA,QL(9 cada 30 dÍas)	TRASTORNO GENÉTICO O ENZIMÁTICO O PROTEICO: DE REEMPLAZO, MODIFICADORES, TRATAMIENTO
ITVISMA 1.2 X 10EXP14 VG/3 ML INTRATHECAL SUSPENSION	3	PA,QL(1 cada 1 dÍas)	TRASTORNO GENÉTICO O ENZIMÁTICO O PROTEICO: DE REEMPLAZO, MODIFICADORES, TRATAMIENTO
javygtor 100 mg oral powder packet	3	PA	TRASTORNO GENÉTICO O ENZIMÁTICO O PROTEICO: DE REEMPLAZO, MODIFICADORES, TRATAMIENTO
javygtor 100 mg soluble tablet	3	PA	TRASTORNO GENÉTICO O ENZIMÁTICO O PROTEICO: DE REEMPLAZO, MODIFICADORES, TRATAMIENTO
javygtor 500 mg oral powder packet	3	PA	TRASTORNO GENÉTICO O ENZIMÁTICO O PROTEICO: DE REEMPLAZO, MODIFICADORES, TRATAMIENTO

• MDO: Medicamento de uso únicamente médico • OTC – Medicamentos sin receta • PA – Autorización previa • QL – Límite de cantidad • ST – Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
JOENJA 40 MG TABLET	3	PA,QL(60 cada 30 días)	TRASTORNO GENÉTICO O ENZIMÁTICO O PROTEICO: DE REEMPLAZO, MODIFICADORES, TRATAMIENTO
JOENJA 50 MG TABLET	3	PA,QL(60 cada 30 días)	TRASTORNO GENÉTICO O ENZIMÁTICO O PROTEICO: DE REEMPLAZO, MODIFICADORES, TRATAMIENTO
JOENJA 70 MG TABLET	3	PA,QL(60 cada 30 días)	TRASTORNO GENÉTICO O ENZIMÁTICO O PROTEICO: DE REEMPLAZO, MODIFICADORES, TRATAMIENTO
KANUMA 2 MG/ML INTRAVENOUS SOLUTION[MDO]	*		TRASTORNO GENÉTICO O ENZIMÁTICO O PROTEICO: DE REEMPLAZO, MODIFICADORES, TRATAMIENTO
KEVEYIS 50 MG TABLET	3	PA,QL(120 cada 30 días)	TRASTORNO GENÉTICO O ENZIMÁTICO O PROTEICO: DE REEMPLAZO, MODIFICADORES, TRATAMIENTO
KUVAN 100 MG ORAL POWDER PACKET	3	PA	TRASTORNO GENÉTICO O ENZIMÁTICO O PROTEICO: DE REEMPLAZO, MODIFICADORES, TRATAMIENTO
KUVAN 100 MG SOLUBLE TABLET	3	PA	TRASTORNO GENÉTICO O ENZIMÁTICO O PROTEICO: DE REEMPLAZO, MODIFICADORES, TRATAMIENTO
KUVAN 500 MG ORAL POWDER PACKET	3	PA	TRASTORNO GENÉTICO O ENZIMÁTICO O PROTEICO: DE REEMPLAZO, MODIFICADORES, TRATAMIENTO
KYGEVVI 4 GRAM ORAL POWDER PACKET	3	PA,QL(480 cada 30 días)	TRASTORNO GENÉTICO O ENZIMÁTICO O PROTEICO: DE REEMPLAZO, MODIFICADORES, TRATAMIENTO
LAMZEDE 10 MG INTRAVENOUS SOLUTION	3	PA	TRASTORNO GENÉTICO O ENZIMÁTICO O PROTEICO: DE REEMPLAZO, MODIFICADORES, TRATAMIENTO
LOARGYS 5 MG/ML INJECTION SOLUTION	3	PA,QL(12 cada 28 días)	TRASTORNO GENÉTICO O ENZIMÁTICO O PROTEICO: DE REEMPLAZO, MODIFICADORES, TRATAMIENTO

• MDO: Medicamento de uso únicamente médico • OTC – Medicamentos sin receta • PA – Autorización previa • QL – Límite de cantidad • ST – Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
LUMIZYME 50 MG INTRAVENOUS SOLUTION	3	PA	TRASTORNO GENÉTICO O ENZIMÁTICO O PROTEICO: DE REEMPLAZO, MODIFICADORES, TRATAMIENTO
MEPSEVII 2 MG/ML INTRAVENOUS SOLUTION	3	PA	TRASTORNO GENÉTICO O ENZIMÁTICO O PROTEICO: DE REEMPLAZO, MODIFICADORES, TRATAMIENTO
miglustat 100 mg capsule	3	PA,QL(90 cada 30 días)	TRASTORNO GENÉTICO O ENZIMÁTICO O PROTEICO: DE REEMPLAZO, MODIFICADORES, TRATAMIENTO
MIPLYFFA 124 MG CAPSULE	3	PA,QL(90 cada 30 días)	TRASTORNO GENÉTICO O ENZIMÁTICO O PROTEICO: DE REEMPLAZO, MODIFICADORES, TRATAMIENTO
MIPLYFFA 47 MG CAPSULE	3	PA,QL(90 cada 30 días)	TRASTORNO GENÉTICO O ENZIMÁTICO O PROTEICO: DE REEMPLAZO, MODIFICADORES, TRATAMIENTO
MIPLYFFA 62 MG CAPSULE	3	PA,QL(90 cada 30 días)	TRASTORNO GENÉTICO O ENZIMÁTICO O PROTEICO: DE REEMPLAZO, MODIFICADORES, TRATAMIENTO
MIPLYFFA 93 MG CAPSULE	3	PA,QL(90 cada 30 días)	TRASTORNO GENÉTICO O ENZIMÁTICO O PROTEICO: DE REEMPLAZO, MODIFICADORES, TRATAMIENTO
NAGLAZYME 5 MG/5 ML INTRAVENOUS SOLUTION	3	PA	TRASTORNO GENÉTICO O ENZIMÁTICO O PROTEICO: DE REEMPLAZO, MODIFICADORES, TRATAMIENTO
NEXVIAZYME 100 MG INTRAVENOUS SOLUTION	3	PA	TRASTORNO GENÉTICO O ENZIMÁTICO O PROTEICO: DE REEMPLAZO, MODIFICADORES, TRATAMIENTO
nitisinone 10 mg capsule	3	PA	TRASTORNO GENÉTICO O ENZIMÁTICO O PROTEICO: DE REEMPLAZO, MODIFICADORES, TRATAMIENTO
nitisinone 2 mg capsule	3	PA	TRASTORNO GENÉTICO O ENZIMÁTICO O PROTEICO: DE REEMPLAZO, MODIFICADORES, TRATAMIENTO

• MDO: Medicamento de uso únicamente médico • OTC – Medicamentos sin receta • PA – Autorización previa • QL – Límite de cantidad • ST – Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
nitisinone 20 mg capsule	3	PA	TRASTORNO GENÉTICO O ENZIMÁTICO O PROTEICO: DE REEMPLAZO, MODIFICADORES, TRATAMIENTO
nitisinone 5 mg capsule	3	PA	TRASTORNO GENÉTICO O ENZIMÁTICO O PROTEICO: DE REEMPLAZO, MODIFICADORES, TRATAMIENTO
NITYR 10 MG TABLET	3	PA	TRASTORNO GENÉTICO O ENZIMÁTICO O PROTEICO: DE REEMPLAZO, MODIFICADORES, TRATAMIENTO
NITYR 2 MG TABLET	3	PA	TRASTORNO GENÉTICO O ENZIMÁTICO O PROTEICO: DE REEMPLAZO, MODIFICADORES, TRATAMIENTO
NITYR 5 MG TABLET	3	PA	TRASTORNO GENÉTICO O ENZIMÁTICO O PROTEICO: DE REEMPLAZO, MODIFICADORES, TRATAMIENTO
NULIBRY 9.5 MG INTRAVENOUS SOLUTION	3	PA	TRASTORNO GENÉTICO O ENZIMÁTICO O PROTEICO: DE REEMPLAZO, MODIFICADORES, TRATAMIENTO
OLPRUVA 3 GRAM ORAL PELLETS IN PACKET	3	PA,QL(90 cada 30 dÍas)	TRASTORNO GENÉTICO O ENZIMÁTICO O PROTEICO: DE REEMPLAZO, MODIFICADORES, TRATAMIENTO
OLPRUVA 4 GRAM ORAL PELLETS IN PACKET	3	PA,QL(270 cada 30 dÍas)	TRASTORNO GENÉTICO O ENZIMÁTICO O PROTEICO: DE REEMPLAZO, MODIFICADORES, TRATAMIENTO
OLPRUVA 5 GRAM ORAL PELLETS IN PACKET	3	PA,QL(270 cada 30 dÍas)	TRASTORNO GENÉTICO O ENZIMÁTICO O PROTEICO: DE REEMPLAZO, MODIFICADORES, TRATAMIENTO
OLPRUVA 6 GRAM ORAL PELLETS IN PACKET	3	PA,QL(270 cada 30 dÍas)	TRASTORNO GENÉTICO O ENZIMÁTICO O PROTEICO: DE REEMPLAZO, MODIFICADORES, TRATAMIENTO
OLPRUVA 6.67 GRAM ORAL PELLETS IN PACKET	3	PA,QL(270 cada 30 dÍas)	TRASTORNO GENÉTICO O ENZIMÁTICO O PROTEICO: DE REEMPLAZO, MODIFICADORES, TRATAMIENTO

• MDO: Medicamento de uso únicamente médico • OTC – Medicamentos sin receta • PA – Autorización previa • QL – Límite de cantidad • ST – Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
ONPATTRO 2 MG/ML INTRAVENOUS SOLUTION[MDO]	*		TRASTORNO GENÉTICO O ENZIMÁTICO O PROTEICO: DE REEMPLAZO, MODIFICADORES, TRATAMIENTO
OPFOLDA 65 MG CAPSULE	3	PA,QL(8 cada 28 dÍas)	TRASTORNO GENÉTICO O ENZIMÁTICO O PROTEICO: DE REEMPLAZO, MODIFICADORES, TRATAMIENTO
ORFADIN 10 MG CAPSULE	3	PA	TRASTORNO GENÉTICO O ENZIMÁTICO O PROTEICO: DE REEMPLAZO, MODIFICADORES, TRATAMIENTO
ORFADIN 2 MG CAPSULE	3	PA	TRASTORNO GENÉTICO O ENZIMÁTICO O PROTEICO: DE REEMPLAZO, MODIFICADORES, TRATAMIENTO
ORFADIN 20 MG CAPSULE	3	PA	TRASTORNO GENÉTICO O ENZIMÁTICO O PROTEICO: DE REEMPLAZO, MODIFICADORES, TRATAMIENTO
ORFADIN 4 MG/ML ORAL SUSPENSION	3	PA	TRASTORNO GENÉTICO O ENZIMÁTICO O PROTEICO: DE REEMPLAZO, MODIFICADORES, TRATAMIENTO
ORFADIN 5 MG CAPSULE	3	PA	TRASTORNO GENÉTICO O ENZIMÁTICO O PROTEICO: DE REEMPLAZO, MODIFICADORES, TRATAMIENTO
ormalvi 50 mg tablet	3	PA,QL(120 cada 30 dÍas)	TRASTORNO GENÉTICO O ENZIMÁTICO O PROTEICO: DE REEMPLAZO, MODIFICADORES, TRATAMIENTO
PALYNZIQ 10 MG/0.5 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE	3	PA,QL(7 cada 28 dÍas)	TRASTORNO GENÉTICO O ENZIMÁTICO O PROTEICO: DE REEMPLAZO, MODIFICADORES, TRATAMIENTO
PALYNZIQ 2.5 MG/0.5 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE	3	PA,QL(2 cada 28 dÍas)	TRASTORNO GENÉTICO O ENZIMÁTICO O PROTEICO: DE REEMPLAZO, MODIFICADORES, TRATAMIENTO
PALYNZIQ 20 MG/ML SUBCUTANEOUS SYRINGE	3	PA,QL(60 cada 30 dÍas)	TRASTORNO GENÉTICO O ENZIMÁTICO O PROTEICO: DE REEMPLAZO, MODIFICADORES, TRATAMIENTO

• MDO: Medicamento de uso únicamente médico • OTC – Medicamentos sin receta • PA – Autorización previa • QL – Límite de cantidad • ST – Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
PANCREAZE 21,000 UNIT-54,700 UNIT-83,900 UNIT CAPSULE,DELAYED RELEASE	3	PA	TRASTORNO GENÉTICO O ENZIMÁTICO O PROTEICO: DE REEMPLAZO, MODIFICADORES, TRATAMIENTO
PERTZYE 16,000 UNIT-57,500 UNIT-60,500 UNIT CAPSULE,DELAYED RELEASE	3	PA	TRASTORNO GENÉTICO O ENZIMÁTICO O PROTEICO: DE REEMPLAZO, MODIFICADORES, TRATAMIENTO
PERTZYE 24,000-86,250-90,750 UNIT CAPSULE,DELAYED RELEASE	3	PA	TRASTORNO GENÉTICO O ENZIMÁTICO O PROTEICO: DE REEMPLAZO, MODIFICADORES, TRATAMIENTO
PERTZYE 4,000 UNIT-14,375 UNIT-15,125 UNIT CAPSULE,DELAYED RELEASE	3	PA	TRASTORNO GENÉTICO O ENZIMÁTICO O PROTEICO: DE REEMPLAZO, MODIFICADORES, TRATAMIENTO
PERTZYE 8,000 UNIT-28,750 UNIT-30,250 UNIT CAPSULE,DELAYED RELEASE	3	PA	TRASTORNO GENÉTICO O ENZIMÁTICO O PROTEICO: DE REEMPLAZO, MODIFICADORES, TRATAMIENTO
PHEBURANE 483 MG/GRAM ORAL GRANULES	3	PA,QL(1218 cada 29 dÍas)	TRASTORNO GENÉTICO O ENZIMÁTICO O PROTEICO: DE REEMPLAZO, MODIFICADORES, TRATAMIENTO
POMBILITI 105 MG INTRAVENOUS SOLUTION	3	PA	TRASTORNO GENÉTICO O ENZIMÁTICO O PROTEICO: DE REEMPLAZO, MODIFICADORES, TRATAMIENTO
PROCYSBI 25 MG CAPSULE,DELAYED RELEASE SPRINKLE	3	PA	TRASTORNO GENÉTICO O ENZIMÁTICO O PROTEICO: DE REEMPLAZO, MODIFICADORES, TRATAMIENTO
PROCYSBI 300 MG ORAL DR GRANULES IN PACKET	3	PA	TRASTORNO GENÉTICO O ENZIMÁTICO O PROTEICO: DE REEMPLAZO, MODIFICADORES, TRATAMIENTO
PROCYSBI 75 MG CAPSULE,DELAYED RELEASE SPRINKLE	3	PA	TRASTORNO GENÉTICO O ENZIMÁTICO O PROTEICO: DE REEMPLAZO, MODIFICADORES, TRATAMIENTO
PROCYSBI 75 MG ORAL DR GRANULES IN PACKET	3	PA	TRASTORNO GENÉTICO O ENZIMÁTICO O PROTEICO: DE REEMPLAZO, MODIFICADORES, TRATAMIENTO

• MDO: Medicamento de uso únicamente médico • OTC – Medicamentos sin receta • PA – Autorización previa • QL – Límite de cantidad • ST – Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
PROLASTIN-C 1,000 MG (+/-)/20 ML INTRAVENOUS SOLUTION	3	PA	TRASTORNO GENÉTICO O ENZIMÁTICO O PROTEICO: DE REEMPLAZO, MODIFICADORES, TRATAMIENTO
PROLASTIN-C 4 GRAM/80 ML (5 %) INTRAVENOUS SOLUTION	3	PA	TRASTORNO GENÉTICO O ENZIMÁTICO O PROTEICO: DE REEMPLAZO, MODIFICADORES, TRATAMIENTO
PYRUKYND 20 MG (7)-5 MG (7) TABLETS IN A DOSE PACK	3	PA,QL(14 cada 14 días)	TRASTORNO GENÉTICO O ENZIMÁTICO O PROTEICO: DE REEMPLAZO, MODIFICADORES, TRATAMIENTO
PYRUKYND 20 MG TABLET	3	PA,QL(56 cada 28 días)	TRASTORNO GENÉTICO O ENZIMÁTICO O PROTEICO: DE REEMPLAZO, MODIFICADORES, TRATAMIENTO
PYRUKYND 5 MG TABLET	3	PA,QL(56 cada 28 días)	TRASTORNO GENÉTICO O ENZIMÁTICO O PROTEICO: DE REEMPLAZO, MODIFICADORES, TRATAMIENTO
PYRUKYND 50 MG (7)-20 MG (7) TABLETS IN A DOSE PACK	3	PA,QL(14 cada 14 días)	TRASTORNO GENÉTICO O ENZIMÁTICO O PROTEICO: DE REEMPLAZO, MODIFICADORES, TRATAMIENTO
PYRUKYND 50 MG TABLET	3	PA,QL(56 cada 28 días)	TRASTORNO GENÉTICO O ENZIMÁTICO O PROTEICO: DE REEMPLAZO, MODIFICADORES, TRATAMIENTO
RAVICTI 1.1 GRAM/ML ORAL LIQUID	3	PA,QL(525 cada 30 días)	TRASTORNO GENÉTICO O ENZIMÁTICO O PROTEICO: DE REEMPLAZO, MODIFICADORES, TRATAMIENTO
REVCOVI 2.4 MG/1.5 ML (1.6 MG/ML) INTRAMUSCULAR SOLUTION	3	PA	TRASTORNO GENÉTICO O ENZIMÁTICO O PROTEICO: DE REEMPLAZO, MODIFICADORES, TRATAMIENTO
sapropterin 100 mg oral powder packet	3	PA	TRASTORNO GENÉTICO O ENZIMÁTICO O PROTEICO: DE REEMPLAZO, MODIFICADORES, TRATAMIENTO
sapropterin 100 mg soluble tablet	3	PA	TRASTORNO GENÉTICO O ENZIMÁTICO O PROTEICO: DE REEMPLAZO, MODIFICADORES, TRATAMIENTO

• MDO: Medicamento de uso únicamente médico • OTC – Medicamentos sin receta • PA – Autorización previa • QL – Límite de cantidad • ST – Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
sapropterin 500 mg oral powder packet	3	PA	TRASTORNO GENÉTICO O ENZIMÁTICO O PROTEICO: DE REEMPLAZO, MODIFICADORES, TRATAMIENTO
SEPHIENCE 1,000 MG ORAL POWDER PACKET	3	PA	TRASTORNO GENÉTICO O ENZIMÁTICO O PROTEICO: DE REEMPLAZO, MODIFICADORES, TRATAMIENTO
SEPHIENCE 250 MG ORAL POWDER PACKET	3	PA	TRASTORNO GENÉTICO O ENZIMÁTICO O PROTEICO: DE REEMPLAZO, MODIFICADORES, TRATAMIENTO
sodium phenylbutyrate 0.94 gram/gram oral powder	1		TRASTORNO GENÉTICO O ENZIMÁTICO O PROTEICO: DE REEMPLAZO, MODIFICADORES, TRATAMIENTO
sodium phenylbutyrate 500 mg tablet	1		TRASTORNO GENÉTICO O ENZIMÁTICO O PROTEICO: DE REEMPLAZO, MODIFICADORES, TRATAMIENTO
SPINRAZA (PF) 12 MG/5 ML INTRATHECAL SOLUTION	3	PA	TRASTORNO GENÉTICO O ENZIMÁTICO O PROTEICO: DE REEMPLAZO, MODIFICADORES, TRATAMIENTO
SPINRAZA (PF) 28 MG/5 ML INTRATHECAL SOLUTION	3	PA	TRASTORNO GENÉTICO O ENZIMÁTICO O PROTEICO: DE REEMPLAZO, MODIFICADORES, TRATAMIENTO
SPINRAZA (PF) 50 MG/5 ML INTRATHECAL SOLUTION	3	PA	TRASTORNO GENÉTICO O ENZIMÁTICO O PROTEICO: DE REEMPLAZO, MODIFICADORES, TRATAMIENTO
STRENSIQ 18 MG/0.45 ML SUBCUTANEOUS SOLUTION	3	PA	TRASTORNO GENÉTICO O ENZIMÁTICO O PROTEICO: DE REEMPLAZO, MODIFICADORES, TRATAMIENTO
STRENSIQ 28 MG/0.7 ML SUBCUTANEOUS SOLUTION	3	PA	TRASTORNO GENÉTICO O ENZIMÁTICO O PROTEICO: DE REEMPLAZO, MODIFICADORES, TRATAMIENTO
STRENSIQ 40 MG/ML SUBCUTANEOUS SOLUTION	3	PA	TRASTORNO GENÉTICO O ENZIMÁTICO O PROTEICO: DE REEMPLAZO, MODIFICADORES, TRATAMIENTO

• MDO: Medicamento de uso únicamente médico • OTC – Medicamentos sin receta • PA – Autorización previa • QL – Límite de cantidad • ST – Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
STRENSIQ 80 MG/0.8 ML SUBCUTANEOUS SOLUTION	3	PA	TRASTORNO GENÉTICO O ENZIMÁTICO O PROTEICO: DE REEMPLAZO, MODIFICADORES, TRATAMIENTO
SUCRAID 8,500 UNIT/ML ORAL SOLUTION	3	PA	TRASTORNO GENÉTICO O ENZIMÁTICO O PROTEICO: DE REEMPLAZO, MODIFICADORES, TRATAMIENTO
VIJOICE 125 MG TABLET	3	PA,QL(28 cada 28 días)	TRASTORNO GENÉTICO O ENZIMÁTICO O PROTEICO: DE REEMPLAZO, MODIFICADORES, TRATAMIENTO
VIJOICE 250 MG/DAY(200 MG X 1 AND 50 MG X 1) TABLET	3	PA,QL(56 cada 28 días)	TRASTORNO GENÉTICO O ENZIMÁTICO O PROTEICO: DE REEMPLAZO, MODIFICADORES, TRATAMIENTO
VIJOICE 50 MG ORAL GRANULES IN PACKET	3	PA,QL(28 cada 28 días)	TRASTORNO GENÉTICO O ENZIMÁTICO O PROTEICO: DE REEMPLAZO, MODIFICADORES, TRATAMIENTO
VIJOICE 50 MG TABLET	3	PA,QL(28 cada 28 días)	TRASTORNO GENÉTICO O ENZIMÁTICO O PROTEICO: DE REEMPLAZO, MODIFICADORES, TRATAMIENTO
VILTEPSO 50 MG/ML INTRAVENOUS SOLUTION	3	PA	TRASTORNO GENÉTICO O ENZIMÁTICO O PROTEICO: DE REEMPLAZO, MODIFICADORES, TRATAMIENTO
VIMIZIM 5 MG/5 ML (1 MG/ML) INTRAVENOUS SOLUTION[MDO]	*		TRASTORNO GENÉTICO O ENZIMÁTICO O PROTEICO: DE REEMPLAZO, MODIFICADORES, TRATAMIENTO
VIOKACE 10,440 UNIT-39,150 UNIT-39,150 UNIT TABLET	3	PA	TRASTORNO GENÉTICO O ENZIMÁTICO O PROTEICO: DE REEMPLAZO, MODIFICADORES, TRATAMIENTO
VIOKACE 20,880 UNIT-78,300 UNIT-78,300 UNIT TABLET	3	PA	TRASTORNO GENÉTICO O ENZIMÁTICO O PROTEICO: DE REEMPLAZO, MODIFICADORES, TRATAMIENTO
VOXZOGO 0.4 MG SUBCUTANEOUS SOLUTION	3	PA,QL(30 cada 30 días)	TRASTORNO GENÉTICO O ENZIMÁTICO O PROTEICO: DE REEMPLAZO, MODIFICADORES, TRATAMIENTO

• MDO: Medicamento de uso únicamente médico • OTC – Medicamentos sin receta • PA – Autorización previa • QL – Límite de cantidad • ST – Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
VOXZOGO 0.56 MG SUBCUTANEOUS SOLUTION	3	PA,QL(30 cada 30 días)	TRASTORNO GENÉTICO O ENZIMÁTICO O PROTEICO: DE REEMPLAZO, MODIFICADORES, TRATAMIENTO
VOXZOGO 1.2 MG SUBCUTANEOUS SOLUTION	3	PA,QL(30 cada 30 días)	TRASTORNO GENÉTICO O ENZIMÁTICO O PROTEICO: DE REEMPLAZO, MODIFICADORES, TRATAMIENTO
VPRIV 400 UNIT INTRAVENOUS SOLUTION	3	PA	TRASTORNO GENÉTICO O ENZIMÁTICO O PROTEICO: DE REEMPLAZO, MODIFICADORES, TRATAMIENTO
VYNDAMAX 61 MG CAPSULE	3	PA,QL(30 cada 30 días)	TRASTORNO GENÉTICO O ENZIMÁTICO O PROTEICO: DE REEMPLAZO, MODIFICADORES, TRATAMIENTO
VYONDYS-53 50 MG/ML INTRAVENOUS SOLUTION	3	PA	TRASTORNO GENÉTICO O ENZIMÁTICO O PROTEICO: DE REEMPLAZO, MODIFICADORES, TRATAMIENTO
WAINUA 45 MG/0.8 ML SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR	3	PA,QL(0.8 cada 30 días)	TRASTORNO GENÉTICO O ENZIMÁTICO O PROTEICO: DE REEMPLAZO, MODIFICADORES, TRATAMIENTO
WAINUA 45 MG/0.8 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE	3	PA,QL(0.8 cada 28 días)	TRASTORNO GENÉTICO O ENZIMÁTICO O PROTEICO: DE REEMPLAZO, MODIFICADORES, TRATAMIENTO
WELIREG 40 MG TABLET	3	PA,QL(90 cada 30 días)	TRASTORNO GENÉTICO O ENZIMÁTICO O PROTEICO: DE REEMPLAZO, MODIFICADORES, TRATAMIENTO
XENPOZYME 20 MG INTRAVENOUS SOLUTION	3	PA	TRASTORNO GENÉTICO O ENZIMÁTICO O PROTEICO: DE REEMPLAZO, MODIFICADORES, TRATAMIENTO
XENPOZYME 4 MG INTRAVENOUS SOLUTION	3	PA	TRASTORNO GENÉTICO O ENZIMÁTICO O PROTEICO: DE REEMPLAZO, MODIFICADORES, TRATAMIENTO
XURIDEN 2 GRAM ORAL GRANULES IN PACKET	3	PA,QL(120 cada 30 días)	TRASTORNO GENÉTICO O ENZIMÁTICO O PROTEICO: DE REEMPLAZO, MODIFICADORES, TRATAMIENTO

• MDO: Medicamento de uso únicamente médico • OTC – Medicamentos sin receta • PA – Autorización previa • QL – Límite de cantidad • ST – Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
yargesa 100 mg capsule	3	PA,QL(90 cada 30 días)	TRASTORNO GENÉTICO O ENZIMÁTICO O PROTEICO: DE REEMPLAZO, MODIFICADORES, TRATAMIENTO
YUVIWEL 1.3 MG SUBCUTANEOUS SOLUTION	3	PA,QL(4 cada 28 días)	TRASTORNO GENÉTICO O ENZIMÁTICO O PROTEICO: DE REEMPLAZO, MODIFICADORES, TRATAMIENTO
YUVIWEL 2.8 MG SUBCUTANEOUS SOLUTION	3	PA,QL(4 cada 28 días)	TRASTORNO GENÉTICO O ENZIMÁTICO O PROTEICO: DE REEMPLAZO, MODIFICADORES, TRATAMIENTO
YUVIWEL 5.5 MG SUBCUTANEOUS SOLUTION	3	PA,QL(4 cada 28 días)	TRASTORNO GENÉTICO O ENZIMÁTICO O PROTEICO: DE REEMPLAZO, MODIFICADORES, TRATAMIENTO
ZANVASTRO 56 MG/2.8 ML INTRATHECAL SOLUTION	3	PA,QL(2.8 cada 90 días)	TRASTORNO GENÉTICO O ENZIMÁTICO O PROTEICO: DE REEMPLAZO, MODIFICADORES, TRATAMIENTO
ZAVESCA 100 MG CAPSULE	3	PA,QL(90 cada 30 días)	TRASTORNO GENÉTICO O ENZIMÁTICO O PROTEICO: DE REEMPLAZO, MODIFICADORES, TRATAMIENTO
zelvysia 100 mg oral powder packet	3	PA	TRASTORNO GENÉTICO O ENZIMÁTICO O PROTEICO: DE REEMPLAZO, MODIFICADORES, TRATAMIENTO
zelvysia 500 mg oral powder packet	3	PA	TRASTORNO GENÉTICO O ENZIMÁTICO O PROTEICO: DE REEMPLAZO, MODIFICADORES, TRATAMIENTO
ZEMAIRA 1,000 MG INTRAVENOUS SOLUTION	3	PA	TRASTORNO GENÉTICO O ENZIMÁTICO O PROTEICO: DE REEMPLAZO, MODIFICADORES, TRATAMIENTO
ZEMAIRA 4,000 MG INTRAVENOUS SOLUTION	3	PA	TRASTORNO GENÉTICO O ENZIMÁTICO O PROTEICO: DE REEMPLAZO, MODIFICADORES, TRATAMIENTO
ZEMAIRA 5,000 MG INTRAVENOUS SOLUTION	3	PA	TRASTORNO GENÉTICO O ENZIMÁTICO O PROTEICO: DE REEMPLAZO, MODIFICADORES, TRATAMIENTO

• MDO: Medicamento de uso únicamente médico • OTC – Medicamentos sin receta • PA – Autorización previa • QL – Límite de cantidad • ST – Terapia por fases

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	NOMBRE DE LA CATEGORÍA TERAPÉUTICA
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
ZENPEP 60,000-189,600-252,600 UNIT CAPSULE,DELAYED RELEASE	1		TRASTORNO GENÉTICO O ENZIMÁTICO O PROTEICO: DE REEMPLAZO, MODIFICADORES, TRATAMIENTO
ZOKINVY 50 MG CAPSULE	3	PA,QL(120 cada 30 dÍas)	TRASTORNO GENÉTICO O ENZIMÁTICO O PROTEICO: DE REEMPLAZO, MODIFICADORES, TRATAMIENTO
ZOKINVY 75 MG CAPSULE	3	PA,QL(120 cada 30 dÍas)	TRASTORNO GENÉTICO O ENZIMÁTICO O PROTEICO: DE REEMPLAZO, MODIFICADORES, TRATAMIENTO
ZOLGENSMA 2 X 10EXP13 VG/ML INTRAVENOUS SUSPENSION, KIT	3	PA	TRASTORNO GENÉTICO O ENZIMÁTICO O PROTEICO: DE REEMPLAZO, MODIFICADORES, TRATAMIENTO

• MDO: Medicamento de uso únicamente médico • OTC – Medicamentos sin receta • PA – Autorización previa • QL – Límite de cantidad • ST – Terapia por fases

Notas

Usted tiene a su disposición recursos y servicios auxiliares gratuitos. **855-223-9868 (TTY: 711)**, de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 5:00 p.m., hora central.

Humana Inc. y sus subsidiarias cumplen con la Sección 1557 al brindar recursos y servicios auxiliares gratuitos a personas con discapacidades cuando dichos recursos y servicios auxiliares 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.

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

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。

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

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

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

မြန်မာနိုင်ငံ (Burmese) အခမဲ့ ဘာသာစကား အကူအညီ ဝန်ဆောင်မှုများ ရယူရန် အထက်ပါ ဖုန်းနံပါတ်ကို ခေါ်ဆိုပါ။

Hmoob (Hmong) Hu rau tus xov tooj saum toj sauv kom tau txais kev pab txhais lus dawb.

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

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

ພາສາລາວ (Lao): ໂທຫາເບີໂທລະສັບຂ້າງເທິງ ເພື່ອຮັບບໍລິການ ຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາຟຣີ.

ภาษาไทย (Thai): โทรไปที่หมายเลขด้านบนเพื่อรับบริการช่วยเหลือด้านภาษาฟรี

اُردُو (Urdu) مفت لسانی اعانت کی خدمات موصول کرنے کے لیے درج بالا نمبر پر کال کریں۔

tsalagi gawonihisdi (Cherokee) ᎾᏴᏓᏏ ᎾᏍᎩᎩ ᏕᏣᎳᏣᏟ ᏗᏎᏍᏓ ᎾᎢ ᎠᏎᏩ ᏕᎧᏂᏯᏍᏗ ᎤᎾᏓᏍᏕᎵᏗ ᎢᏳᎾᏓᎧᎶᏗᎢ.

فارسی (Farsi) برای دریافت تسهیلات زبانی رایگان با شماره زیر تماس بگیرید.

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

Humana Healthy Horizons in Oklahoma es un producto de Medicaid de Humana Wisconsin Health Organization Insurance Corporation.

OKHMEDXSP_Approved