2019
Listas de medicamentos para imprimir

Humana Medical Plan
Todas las regiones

POR FAVOR LEA: ESTE DOCUMENTO CONTIENE INFORMACIÓN ACERCA DE LOS MEDICAMENTOS CUBIERTOS POR ESTE PLAN. ESTE FORMULARIO FUE ACTUALIZADO EL 08/02/2019.

Humana®

FLHKCM9EN_SPC

Lista de medicamentos preferidos

¿Qué es la Lista de medicamentos preferidos?
Esta es una lista de medicamentos que cubre su plan. El medicamento debe ser surtido en una farmacia de la red y a usted no se le pedirá que pague un copago siempre y cuando su medicamento este cubierto.

¿La Lista de medicamentos preferidos puede cambiar?
Sí. Medicamentos nuevos son agregados o eliminados según sea necesario. Se le notificará con una carta si un medicamento que usted toma es eliminado de la lista.

Para información de sus medicamentos:
Puede visitar **espanol.humana.com** e iniciar sesión en MyHumana.
- Utilice "Drug Pricing Tool" (Herramienta de precios de medicamentos) debajo de "Tools & Resources" Herramientas y recursos) al final de la página.
- Busque el medicamento por nombre o por la afección.

Tenga en cuenta: MyHumana solo muestra los beneficios a la fecha de inicio de sesión.

¿Existen límites en mis medicamentos?
Algunos medicamentos pueden tener límites o no son preferidos.

Estos límites pueden incluir:
- **Autorización previa (PA, por sus siglas en inglés):** Algunos medicamentos tienen que ser aprobados por su plan para ser cubiertos.
- **Límites de cantidad (QL, por sus siglas en inglés):** Usted puede tener un límite en la cantidad de medicamentos que puede obtener de una sola vez.
- **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 otro medicamento primero.

Si su médico piensa que no hay otra opción con cobertura, él o ella puede llamar a Revisión de farmacia clínica de Humana al **1-800-555-2546** para pedir una excepción. Responderemos dentro de 24 horas después de recibir la solicitud de su médico.

Cómo leer la Lista de medicamentos recetados
La primera columna de la lista tiene los nombres de los medicamentos. Los medicamentos de marca se indican con MAYÚSCULAS y los medicamentos genéricos se indican con letra minúscula. Los medicamentos de venta sin receta (OTC, por sus siglas en inglés) están disponibles sin costo con una receta válida. Estos se muestran en la lista con "OTC" al lado del nombre del medicamento.

La segunda columna muestra si hay límites para el medicamento.
La tercera columna muestra los requisitos de edad que debe cumplir para la cobertura.

Nombre del medicamento	Requistos de administratción del uso	Edad mínima	Edad máxima
1ST TIER UNIFINE PENTIPS 29 GAUGE X 1/2" NEEDLE			
1ST TIER UNIFINE PENTIPS 31 GAUGE X 1/4" NEEDLE			
1ST TIER UNIFINE PENTIPS 31 GAUGE X 3/16" NEEDLE			
1ST TIER UNIFINE PENTIPS 31 GAUGE X 5/16" NEEDLE			
1ST TIER UNIFINE PENTIPS 32 GAUGE X 5/32" NEEDLE			
1ST TIER UNIFINE PENTIPS PLUS 29 GAUGE X 1/2" NEEDLE			
1ST TIER UNIFINE PENTIPS PLUS 31 GAUGE X 1/4" NEEDLE			
1ST TIER UNIFINE PENTIPS PLUS 31 GAUGE X 3/16" NEEDLE			
1ST TIER UNIFINE PENTIPS PLUS 31 GAUGE X 5/16" NEEDLE			
1ST TIER UNIFINE PENTIPS PLUS 32 GAUGE X 5/32" NEEDLE			
1ST TIER UNILET COMFORTOUCH LANCET 28 GAUGE			
1ST TIER UNILET COMFORTOUCH LANCET 30 GAUGE			
3 day vaginal 200 mg/5 gram (4 %) cream OTC			
abacavir 300 mg tablet			
abacavir-lamivudine 600-300 mg			
ABILIFY MAINTENA 300 MG INTRAMUSCULAR SUSPENSION,EXTENDED RELEASE	PA,QL(1 cada 28 días)	18	
ABILIFY MAINTENA 300 MG SUSPENSION,EXTENDED REL. INTRAMUSCULAR SYRINGE	PA,QL(1 cada 28 días)	18	
ABILIFY MAINTENA 400 MG INTRAMUSCULAR SUSPENSION,EXTENDED RELEASE	PA,QL(1 cada 28 días)	18	
ABILIFY MAINTENA 400 MG SUSPENSION,EXTENDED REL. INTRAMUSCULAR SYRINGE	PA,QL(1 cada 28 días)	18	
acamprosate calc dr 333 mg tab			
acarbose 100 mg tablet			
acarbose 25 mg tablet			
acarbose 50 mg tablet			
ACCU-CHEK AVIVA CONNECT METER			
ACCU-CHEK AVIVA CONTROL SOLN SOLUTION			
ACCU-CHEK AVIVA PLUS METER			
ACCU-CHEK AVIVA PLUS TEST STRIPS	QL(150 cada 30 días)		
ACCU-CHEK COMPACT PLUS CARE KIT			
ACCU-CHEK COMPACT PLUS CONTROL SOLUTION			
ACCU-CHEK COMPACT PLUS TEST STRIPS	QL(204 cada 30 días)		
ACCU-CHEK FASTCLIX LANCET DRUM			
ACCU-CHEK FASTCLIX LANCING DEVICE KIT			
ACCU-CHEK GUIDE GLUCOSE METER			
ACCU-CHEK GUIDE L1-L2 CONTROL SOLUTION			
ACCU-CHEK GUIDE ME GLUCOSE METER			
ACCU-CHEK GUIDE STRIPS	QL(150 cada 30 días)		
ACCU-CHEK MULTICLIX LANCET			
ACCU-CHEK MULTICLIX LANCET KIT			
ACCU-CHEK NANO			
ACCU-CHEK SAFE-T-PRO 23 GAUGE			
ACCU-CHEK SAFE-T-PRO PLUS 23 GAUGE			

ST – Terapia por fases • QL – Límite en las cantidades • PA – Autorización previa • OTC – Medicamentos sin receta

Nombre del medicamento	Requistos de administratción del uso	Edad mínima	Edad máxima
ACCU-CHEK SMARTVIEW CONTROL SOLUTION			
ACCU-CHEK SMARTVIEW TEST STRIPS	QL(150 cada 30 días)		
ACCU-CHEK SOFTCLIX LANCETS			
ACCU-CHEK SOFTCLIX LANCING DEVICE+LANCETS KIT			
ACCUTREND GLUCOSE CONTROL SOLUTION			
ACCUTREND GLUCOSE STRIPS	QL(150 cada 30 días)		
ACE AEROSOL CLOUD ENHANCER SPACER			
acebutolol 200 mg capsule			
acebutolol 400 mg capsule			
acetamin-codein 300-30 mg/12.5		12	
acetaminop-codeine 120-12 mg/5		12	
acetaminop-codeine 120-12 mg/5		12	
acetaminophen 160 mg/5 ml liq OTC			6
acetaminophen 325 mg/10.15 ml OTC			6
acetaminophen 650 mg/20.3 ml OTC			6
acetaminophen-cod #2 tablet	QL(360 cada 30 días)	12	
acetaminophen-cod #3 tablet	QL(360 cada 30 días)	12	
acetaminophen-cod #4 tablet	QL(360 cada 30 días)	12	
acetazolamide 125 mg tablet			
acetazolamide 250 mg tablet			
acetazolamide er 500 mg cap			
acetic acid 0.25% irrig soln			
acetic acid 2% ear solution			
acetylcysteine 10% vial			
acetylcysteine 20% vial			
acetylcysteine 6 gram/30 ml vl			
acid gone antacid 95 mg-358 mg/15 ml oral suspension OTC			
acitretin 10 mg capsule			
acitretin 17.5 mg capsule			
acitretin 25 mg capsule			
ACTHAR 80 UNIT/ML INJECTION GEL	PA,QL(45 cada 30 días)		
ACTI-LANCE LANCETS 17 GAUGE			
ACTI-LANCE LANCETS 23 GAUGE			
ACTI-LANCE LANCETS 28 GAUGE			
acyclovir 200 mg capsule			
acyclovir 200 mg/5 ml susp			17
acyclovir 400 mg tablet			
acyclovir 800 mg tablet			
ADAGEN 250 UNIT/ML VIAL			
ADJUSTABLE LANCING DEVICE			
adult tussin chest congestion 100 mg/5 ml oral liquid OTC			
ADVAIR DISKUS 100 MCG-50 MCG/DOSE POWDER FOR INHALATION	QL(60 cada 30 días)	4	
ADVAIR DISKUS 250 MCG-50 MCG/DOSE POWDER FOR INHALATION	QL(60 cada 30 días)	4	
ADVAIR DISKUS 500 MCG-50 MCG/DOSE POWDER FOR INHALATION	QL(60 cada 30 días)	4	

Nombre del medicamento	Requistos de administratción del uso	Edad mínima	Edad máxima
ADVAIR HFA 115 MCG-21 MCG/ACTUATION AEROSOL INHALER	QL(12 cada 30 días)	5	
ADVAIR HFA 230 MCG-21 MCG/ACTUATION AEROSOL INHALER	QL(12 cada 30 días)	5	
ADVAIR HFA 45 MCG-21 MCG/ACTUATION AEROSOL INHALER	QL(12 cada 30 días)	5	
advanced antacid-antigas 400 mg-400 mg-40 mg/5 ml oral suspension OTC			
ADVANCED LANCING DEVICE KIT			
ADVANCED TRAVEL LANCETS 28 GAUGE			
ADVANCED TRAVEL LANCETS 30 GAUGE			
ADVOCATE LANCET 26 GAUGE			
ADVOCATE LANCET 30 GAUGE			
ADVOCATE LANCING DEVICE			
ADVOCATE PEN NEEDLE 29 GAUGE X 1/2"			
ADVOCATE PEN NEEDLE 31 GAUGE X 3/16"			
ADVOCATE PEN NEEDLE 31 GAUGE X 5/16"			
ADVOCATE PEN NEEDLE 33 GAUGE X 5/32"			
ADVOCATE RAPID-SAFE LANCING DEVICE			
ADVOCATE SYRINGES 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2"			
ADVOCATE SYRINGES 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16"			
ADVOCATE SYRINGES 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"			
ADVOCATE SYRINGES 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"			
ADVOCATE SYRINGES 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"			
ADVOCATE SYRINGES 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"			
ADVOCATE SYRINGES 1 ML 29 GAUGE X 1/2"			
ADVOCATE SYRINGES 1 ML 30 GAUGE X 5/16"			
ADVOCATE SYRINGES 1 ML 31 GAUGE X 5/16"			
AEROCHAMBER MINI			
AEROCHAMBER MV SPACER			
AEROCHAMBER PLUS FLOW-VU			
AEROCHAMBER PLUS FLOW-VU,LARGE MASK			
AEROCHAMBER PLUS FLOW-VU,MEDIUM MASK			
AEROCHAMBER PLUS FLOW-VU,SMALL MASK			
AEROCHAMBER PLUS Z STAT LARGE MASK			
AEROCHAMBER PLUS Z STAT MEDIUM MASK			
AEROCHAMBER PLUS Z STAT SMALL MASK			
AEROCHAMBER PLUS Z STAT SPACER			
AEROCHAMBER WITH FLOWSIGNAL			
AEROCHAMBER Z-STAT PLUS-FLOW SIGNAL			
AEROGEAR ACTION ASTHMA KIT			
AEROTRACH PLUS SPACER			
AEROVENT PLUS SPACER			
afirmelle 0.1 mg-20 mcg tablet	QL(91 cada 90 días)	12	
AFTERA 1.5 MG TABLET OTC	QL(2 cada 30 días)	12	
AGGRENOX 25 MG-200 MG CAPSULE, EXTENDED RELEASE			
AIMSCO LATEX CONDOM OTC			
ALA-QUIN 3 %-0.5 % TOPICAL CREAM			
albendazole 200 mg tablet	QL(120 cada 30 días)		
ALBENZA 200 MG TABLET	QL(120 cada 30 días)		
albumin (human) 25% iv soln	PA		

ST – Terapia por fases • QL – Límite en las cantidades • PA – Autorización previa • OTC – Medicamentos sin receta

Nombre del medicamento	Requistos de administratción del uso	Edad mínima	Edad máxima
ALBURX (HUMAN) 25 % INTRAVENOUS SOLUTION	PA		
ALBURX (HUMAN) 5 % INTRAVENOUS SOLUTION	PA		
ALBUTEIN 25 % INTRAVENOUS SOLUTION	PA		
ALBUTEIN 5 % INTRAVENOUS SOLUTION	PA		
albuterol 2.5 mg/0.5 ml sol			
albuterol 5 mg/ml solution	QL(60 cada 30 días)		
albuterol sul 0.63 mg/3 ml sol			
albuterol sul 1.25 mg/3 ml sol			
albuterol sul 2.5 mg/3 ml soln			
ALCOHOL PADS OTC			
ALCOHOL PREP PADS OTC			
ALCOHOL SWAB OTC			
ALCOHOL WIPES OTC			
alcohol,dehydrated 98% ampule			
alendronate sodium 10 mg tab			
alendronate sodium 35 mg tab			
alendronate sodium 40 mg tab			
alendronate sodium 5 mg tablet			
alendronate sodium 70 mg tab			
alfuzosin hcl er 10 mg tablet			
ALIMTA 100 MG INTRAVENOUS SOLUTION			
ALIMTA 500 MG INTRAVENOUS SOLUTION			
ALKERAN 2 MG TABLET		18	
ALLERGIST TRAY 1/2 ML 27 GAUGE X 3/8" SYRINGE			
ALLERGIST TRAY INTRADERMAL BEVEL 1 ML 26 GAUGE X 1/2" SYRINGE			
ALLERGIST TRAY INTRADERMAL BEVEL 1 ML 26 GAUGE X 3/8" SYRINGE			
ALLERGIST TRAY INTRADERMAL BEVEL 1 ML 27 GAUGE X 3/8" SYRINGE			
ALLERGIST TRAY REGULAR BEVEL 1 ML 27 GAUGE X 3/8" SYRINGE			
allergy complete-d 5 mg-120 mg tablet,extended release OTC			
allergy relief (loratadine) 10 mg disintegrating tablet OTC			
allopurinol 100 mg tablet			
allopurinol 300 mg tablet			
ALMACONE 200 MG-200 MG-20 MG/5 ML ORAL SUSPENSION OTC			
almacone-2 400 mg-400 mg-40 mg/5 ml oral suspension OTC			
alosetron hcl 0.5 mg tablet			
alosetron hcl 1 mg tablet			
alprazolam 0.25 mg tablet	QL(150 cada 30 días)	7	
alprazolam 0.5 mg tablet	QL(150 cada 30 días)	7	
alprazolam 1 mg tablet	QL(150 cada 30 días)	7	
alprazolam 2 mg tablet	QL(150 cada 30 días)	7	
ALREX 0.2 % EYE DROPS,SUSPENSION			
altavera (28) 0.15 mg-0.03 mg tablet	QL(91 cada 90 días)	12	
ALTERNATE SITE LANCET 26 GAUGE			

ST – Terapia por fases • QL – Límite en las cantidades • PA – Autorización previa • OTC – Medicamentos sin receta

Nombre del medicamento	Requistos de administratción del uso	Edad mínima	Edad máxima
ALTERNATE SITE LANCING DEVICE			
alyacen 1/35 (28) 1 mg-35 mcg tablet	QL(91 cada 90 días)	12	
alyacen 7/7/7 (28) 0.5 mg/0.75 mg/1 mg-35 mcg tablet	QL(91 cada 90 días)	12	
amantadine 100 mg capsule		1	
amantadine 100 mg tablet		1	
amantadine 50 mg/5 ml solution		1	
amethia 0.15 mg-30 mcg (84)/10 mcg(7) tablets,3 month dose pack	QL(91 cada 90 días)	12	
AMETHIA LO 0.10 MG-20 MCG (84)/10 MCG(7) TABLETS,3 MONTH DOSE PACK	QL(91 cada 90 días)	12	
amethyst (28) 90 mcg-20 mcg tablet	QL(91 cada 90 días)	12	
AMICAR 1,000 MG TABLET			
AMICAR 250 MG/ML (25 %) ORAL SOLUTION			
AMICAR 500 MG TABLET			
amiloride hcl 5 mg tablet			
amiloride hcl-hctz 5-50 mg tab			
aminocaproic acid 5 g/20 ml vl			
AMINOSYN 10 % INTRAVENOUS SOLUTION			
AMINOSYN 7 % WITH ELECTROLYTES INTRAVENOUS SOLUTION			
AMINOSYN 8.5 % INTRAVENOUS SOLUTION			
AMINOSYN 8.5 % WITH ELECTROLYTES INTRAVENOUS SOLUTION			
AMINOSYN II 10 % INTRAVENOUS SOLUTION			
AMINOSYN II 15 % INTRAVENOUS SOLUTION			
AMINOSYN II 8.5 % INTRAVENOUS SOLUTION			
AMINOSYN II 8.5 % WITH ELECTROLYTES INTRAVENOUS SOLUTION			
AMINOSYN M 3.5 % INTRAVENOUS SOLUTION			
AMINOSYN-HBC 7% INTRAVENOUS SOLUTION			
AMINOSYN-PF 10 % INTRAVENOUS SOLUTION			
AMINOSYN-PF 7 % (SULFITE-FREE) INTRAVENOUS SOLUTION			
AMINOSYN-RF 5.2 % INTRAVENOUS SOLUTION			
amiodarone hcl 100 mg tablet			
amiodarone hcl 200 mg tablet			
amitriptyline hcl 10 mg tab	QL(240 cada 30 días)	12	
amitriptyline hcl 100 mg tab	QL(30 cada 30 días)	12	
amitriptyline hcl 150 mg tab	QL(30 cada 30 días)	12	
amitriptyline hcl 25 mg tab	QL(120 cada 30 días)	12	
amitriptyline hcl 50 mg tab	QL(120 cada 30 días)	12	
amitriptyline hcl 75 mg tab	QL(60 cada 30 días)	12	
amlodipine besylate 10 mg tab			
amlodipine besylate 2.5 mg tab	QL(60 cada 30 días)		
amlodipine besylate 5 mg tab	QL(60 cada 30 días)		
amlodipine-benazepril 10-20 mg			
amlodipine-benazepril 10-40 mg			
amlodipine-benazepril 2.5-10			
amlodipine-benazepril 5-10 mg			

ST – Terapia por fases • QL – Límite en las cantidades • PA – Autorización previa • OTC – Medicamentos sin receta

Nombre del medicamento	Requistos de administratción del uso	Edad mínima	Edad máxima
amlodipine-benazepril 5-20 mg			
amlodipine-benazepril 5-40 mg			
amlodipine-olmesartan 10-20 mg			
amlodipine-olmesartan 10-40 mg			
amlodipine-olmesartan 5-20 mg			
amlodipine-olmesartan 5-40 mg			
amlodipine-valsartan 10-160 mg			
amlodipine-valsartan 10-320 mg			
amlodipine-valsartan 5-160 mg			
amlodipine-valsartan 5-320 mg			
ammonium lactate 12% cream			
ammonium lactate 12% lotion			
amnesteem 10 mg capsule		12	
amnesteem 20 mg capsule		12	
amnesteem 40 mg capsule		12	
amox-clav 200-28.5 mg/5 ml sus			
amox-clav 250-125 mg tablet			
amox-clav 250-62.5 mg/5 ml sus			
amox-clav 400-57 mg/5 ml susp			
amox-clav 500-125 mg tablet			
amox-clav 600-42.9 mg/5 ml sus			
amox-clav 875-125 mg tablet			
amoxapine 100 mg tablet	QL(120 cada 30 días)	16	
amoxapine 150 mg tablet	QL(90 cada 30 días)	16	
amoxapine 25 mg tablet	QL(90 cada 30 días)	16	
amoxapine 50 mg tablet	QL(90 cada 30 días)	16	
amoxicillin 125 mg tab chew			
amoxicillin 125 mg/5 ml susp			
amoxicillin 200 mg/5 ml susp			
amoxicillin 250 mg capsule			
amoxicillin 250 mg tab chew			
amoxicillin 250 mg/5 ml susp			
amoxicillin 400 mg/5 ml susp			
amoxicillin 500 mg capsule			
amoxicillin 500 mg tablet			
amoxicillin 875 mg tablet			
amphotericin b 50 mg vial			
ampicillin 1 gm add-vantage vl			
ampicillin 1 gm vial			
ampicillin 10 gm vial			
ampicillin 125 mg vial			
ampicillin 2 gm add-vantage vl			
ampicillin 2 gm vial			
ampicillin 250 mg capsule			
ampicillin 250 mg vial			
ampicillin 500 mg capsule			
ampicillin 500 mg vial			
ampicillin-sulb 1.5 g add vial			

ST – Terapia por fases • QL – Límite en las cantidades • PA – Autorización previa • OTC – Medicamentos sin receta

Nombre del medicamento	Requistos de administratción del uso	Edad mínima	Edad máxima
ampicillin-sulbactam 1.5 gm vl			
ampicillin-sulbactam 15 gm vl			
ampicillin-sulbactam 3 gm vial			
anagrelide hcl 0.5 mg capsule			
anagrelide hcl 1 mg capsule			
anastrozole 1 mg tablet	QL(30 cada 30 días)	18	
ANDRODERM 2 MG/24 HOUR TRANSDERMAL 24 HOUR PATCH	PA	18	
ANDRODERM 4 MG/24 HR TRANSDERMAL 24 HOUR PATCH	PA	18	
ANDROGEL 1 % (25 MG/2.5 GRAM) TRANSDERMAL GEL PACKET	PA	18	
ANDROGEL 1 % (50 MG/5 GRAM) TRANSDERMAL GEL PACKET	PA	18	
ANDROGEL 1.62 % (20.25 MG/1.25 GRAM) TRANSDERMAL GEL PACKET	PA	18	
ANDROGEL 1.62 % (40.5 MG/2.5 GRAM) TRANSDERMAL GEL PACKET	PA	18	
ANDROGEL 20.25 MG/1.25 GRAM (1.62 %) TRANSDERMAL GEL PUMP	PA	18	
antacid-antigas 200 mg-200 mg-20 mg/5 ml oral suspension OTC			
antacid-simethicone 400 mg-400 mg-40 mg/5 ml oral suspension OTC			
anusol-hc 2.5 % topical cream with perineal applicator			
apri 0.15 mg-0.03 mg tablet	QL(91 cada 90 días)	12	
APRISO 0.375 GRAM CAPSULE,EXTENDED RELEASE			
APTENSIO XR 10 MG CAPSULE,EXTENDED RELEASE SPRINKLE	QL(30 cada 30 días)	6	
APTENSIO XR 15 MG CAPSULE,EXTENDED RELEASE SPRINKLE	QL(30 cada 30 días)	6	
APTENSIO XR 20 MG CAPSULE,EXTENDED RELEASE SPRINKLE	QL(30 cada 30 días)	6	
APTENSIO XR 30 MG CAPSULE,EXTENDED RELEASE SPRINKLE	QL(30 cada 30 días)	6	
APTENSIO XR 40 MG CAPSULE,EXTENDED RELEASE SPRINKLE	QL(30 cada 30 días)	6	
APTENSIO XR 50 MG CAPSULE,EXTENDED RELEASE SPRINKLE	QL(30 cada 30 días)	6	
APTENSIO XR 60 MG CAPSULE,EXTENDED RELEASE SPRINKLE	QL(30 cada 30 días)	6	
APTIOM 200 MG TABLET		4	
APTIOM 400 MG TABLET		4	
APTIOM 600 MG TABLET		4	
APTIOM 800 MG TABLET		4	
APTIVUS 100 MG/ML ORAL SOLUTION			
APTIVUS 250 MG CAPSULE			
AQUA LANCE LANCING DEVICE			
ARALAST NP 1,000 MG INTRAVENOUS SOLUTION	PA	18	
ARALAST NP 500 MG INTRAVENOUS SOLUTION	PA	18	
aranelle (28) 0.5 mg/1 mg/0.5 mg-35 mcg tablet	QL(91 cada 90 días)	12	
ARANESP 10 MCG/0.4 ML (IN POLYSORBATE) INJECTION SYRINGE	PA		
ARANESP 100 MCG/0.5 ML (IN POLYSORBATE) INJECTION SYRINGE	PA		
ARANESP 100 MCG/ML (IN POLYSORBATE) INJECTION	PA		
ARANESP 150 MCG/0.3 ML (IN POLYSORBATE) INJECTION SYRINGE	PA		

ST – Terapia por fases • QL – Límite en las cantidades • PA – Autorización previa • OTC – Medicamentos sin receta

Nombre del medicamento	Requistos de administratción del uso	Edad mínima	Edad máxima
ARANESP 200 MCG/0.4 ML (IN POLYSORBATE) INJECTION SYRINGE	PA		
ARANESP 200 MCG/ML (IN POLYSORBATE) INJECTION	PA		
ARANESP 25 MCG/0.42 ML (IN POLYSORBATE) INJECTION SYRINGE	PA		
ARANESP 25 MCG/ML (IN POLYSORBATE) INJECTION	PA		
ARANESP 300 MCG/0.6 ML (IN POLYSORBATE) INJECTION SYRINGE	PA		
ARANESP 300 MCG/ML (IN POLYSORBATE) INJECTION	PA		
ARANESP 40 MCG/0.4 ML (IN POLYSORBATE) INJECTION SYRINGE	PA		
ARANESP 40 MCG/ML (IN POLYSORBATE) INJECTION	PA		
ARANESP 500 MCG/ML (IN POLYSORBATE) INJECTION SYRINGE	PA		
ARANESP 60 MCG/0.3 ML (IN POLYSORBATE) INJECTION SYRINGE	PA		
ARANESP 60 MCG/ML (IN POLYSORBATE) INJECTION	PA		
aripiprazole 1 mg/ml solution	QL(900 cada 30 días)	6	
aripiprazole 10 mg tablet	QL(90 cada 30 días)	6	
aripiprazole 15 mg tablet	QL(60 cada 30 días)	6	
aripiprazole 2 mg tablet	QL(30 cada 30 días)	6	
aripiprazole 20 mg tablet	QL(30 cada 30 días)	6	
aripiprazole 30 mg tablet	QL(30 cada 30 días)	6	
aripiprazole 5 mg tablet	QL(30 cada 30 días)	6	
aripiprazole odt 10 mg tablet	QL(90 cada 30 días)	6	
aripiprazole odt 15 mg tablet	QL(60 cada 30 días)	6	
ARISTADA 1,064 MG/3.9 ML SUSPENSION, EXTEND.REL. IM SYRINGE	PA,QL(3.9 cada 60 días)	18	
ARISTADA 441 MG/1.6 ML SUSPENSION, EXTEND.REL. IM SYRINGE	PA,QL(1.6 cada 28 días)	18	
ARISTADA 662 MG/2.4 ML SUSPENSION, EXTEND.REL. IM SYRINGE	PA,QL(2.4 cada 28 días)	18	
ARISTADA 882 MG/3.2 ML SUSPENSION, EXTEND.REL. IM SYRINGE	PA,QL(3.2 cada 28 días)	18	
ARISTADA INITIO 675 MG/2.4 ML SUSPENSION, EXTEND.REL. IM SYRINGE	PA,QL(2.4 cada 180 días)	18	
ARMOUR THYROID 120 MG TABLET			
ARMOUR THYROID 15 MG TABLET			
ARMOUR THYROID 180 MG TABLET			
ARMOUR THYROID 240 MG TABLET			
ARMOUR THYROID 30 MG TABLET			
ARMOUR THYROID 300 MG TABLET			
ARMOUR THYROID 60 MG TABLET			
ARMOUR THYROID 90 MG TABLET			
ARYMO ER 15 MG TABLET,CRUSH RESISTANT, EXTENDED RELEASE	PA	18	
ARYMO ER 30 MG TABLET,CRUSH RESISTANT, EXTENDED RELEASE	PA	18	

ST – Terapia por fases • QL – Límite en las cantidades • PA – Autorización previa • OTC – Medicamentos sin receta

Nombre del medicamento	Requistos de administratción del uso	Edad mínima	Edad máxima
ARYMO ER 60 MG TABLET,CRUSH RESISTANT, EXTENDED RELEASE	PA	18	
ARZERRA 1,000 MG/50 ML INTRAVENOUS SOLUTION			
ARZERRA 100 MG/5 ML INTRAVENOUS SOLUTION			
ascorbic acid 500 mg/ml vial			
ashlyna 0.15 mg-30 mcg (84)/10 mcg(7) tablets,3 month dose pack	QL(91 cada 90 días)	12	
ASMANEX TWISTHALER 110 MCG #7	QL(1 cada 30 días)	4	
ASMANEX TWISTHALER 110 MCG (30 DOSES) BREATH ACTIVATED	QL(1 cada 30 días)	4	
ASMANEX TWISTHALER 220 MCG (120 DOSES) BREATH ACTIVATED	QL(1 cada 30 días)	4	
ASMANEX TWISTHALER 220 MCG (14 DOSES) BREATH ACTIVATED	QL(1 cada 30 días)	4	
ASMANEX TWISTHALER 220 MCG (30 DOSES) BREATH ACTIVATED	QL(1 cada 30 días)	4	
ASMANEX TWISTHALER 220 MCG (60 DOSES) BREATH ACTIVATED	QL(1 cada 30 días)	4	
aspir-81 mg tablet,delayed release OTC			
aspir-low 81 mg tablet,delayed release OTC			
aspirin 300 mg suppository OTC			
aspirin 600 mg suppository OTC			
ASSURE COMFORT 28G LANCETS			
ASSURE HAEMOLANCE PLUS 18 GAUGE			
ASSURE HAEMOLANCE PLUS 21 GAUGE			
ASSURE HAEMOLANCE PLUS 25 GAUGE			
ASSURE HAEMOLANCE PLUS 28 GAUGE			
ASSURE ID INSULIN SAFETY 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2" SYRINGE			
ASSURE ID INSULIN SAFETY 1 ML 29 GAUGE X 1/2" SYRINGE			
ASSURE ID PEN NEEDLE 30 GAUGE X 3/16"			
ASSURE ID PEN NEEDLE 30 GAUGE X 5/16"			
ASSURE ID PEN NEEDLE 31 GAUGE X 3/16"			
ASSURE LANCE 25 GAUGE			
ASSURE LANCE 28 GAUGE			
ASSURE LANCE PLUS 21 GAUGE			
ASSURE LANCE PLUS 25 GAUGE			
ASSURE LANCE PLUS 30 GAUGE			
ASTHMAPACK CHILDREN'S KIT			
atenolol 100 mg tablet			
atenolol 25 mg tablet			
atenolol 50 mg tablet			
atenolol-chlorthalidone 100-25			
atenolol-chlorthalidone 50-25			
ATGAM 50 MG/ML INTRAVENOUS SOLUTION	PA		
atomoxetine hcl 10 mg capsule		6	
atomoxetine hcl 100 mg capsule		6	
atomoxetine hcl 18 mg capsule		6	
atomoxetine hcl 25 mg capsule		6	

ST – Terapia por fases • QL – Límite en las cantidades • PA – Autorización previa • OTC – Medicamentos sin receta

Nombre del medicamento	Requistos de administratción del uso	Edad mínima	Edad máxima
atomoxetine hcl 40 mg capsule		6	
atomoxetine hcl 60 mg capsule		6	
atomoxetine hcl 80 mg capsule		6	
atorvastatin 10 mg tablet	QL(30 cada 30 días)		
atorvastatin 20 mg tablet	QL(30 cada 30 días)		
atorvastatin 40 mg tablet	QL(30 cada 30 días)		
atorvastatin 80 mg tablet	QL(30 cada 30 días)		
atovaquone 750 mg/5 ml susp			
ATRIPLA 600 MG-200 MG-300 MG TABLET	QL(30 cada 30 días)	12	
atropine 1% eye drops			
atropine 1% eye ointment			
ATROVENT HFA 17 MCG/ACTUATION AEROSOL INHALER	QL(25.8 cada 30 días)		
AUBAGIO 14 MG TABLET	QL(30 cada 30 días)	18	
AUBAGIO 7 MG TABLET	QL(30 cada 30 días)	18	
aubra 0.1 mg-20 mcg tablet	QL(91 cada 90 días)	12	
aubra eq 0.1 mg-20 mcg tablet	QL(91 cada 90 días)	12	
aurovela 1.5/30 (21) 1.5 mg-30 mcg tablet	QL(91 cada 90 días)	12	
aurovela 1/20 (21) 1 mg-20 mcg tablet	QL(91 cada 90 días)	12	
aurovela 24 fe 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4) tablet	QL(91 cada 90 días)	12	
aurovela fe 1-20 (28) 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7) tablet	QL(91 cada 90 días)	12	
aurovela fe 1.5/30 (28) 1.5 mg-30 mcg (21)/75 mg (7) tablet	QL(91 cada 90 días)	12	
AUSTEDO 12 MG TABLET	PA,QL(120 cada 30 días)	18	
AUSTEDO 6 MG TABLET	PA,QL(60 cada 30 días)	18	
AUSTEDO 9 MG TABLET	PA,QL(120 cada 30 días)	18	
AUTO-LANCET MINI			
AUTOJECT 2 INJECTION DEVICE SUBCUTANEOUS INSULIN PEN			
AUTOLET IMPRESSION LANCING DEVICE KIT			
AUTOLET LANCING DEVICE			
AUTOLET PLUS LANCING DEVICE			
AUTOPEN 1 TO 21 UNITS SUBCUTANEOUS			
AUTOPEN 2 TO 42 UNITS SUBCUTANEOUS			
aviane 0.1 mg-20 mcg tablet	QL(91 cada 90 días)	12	
AVITA 0.025 % TOPICAL CREAM		12	
AVONEX (WITH ALBUMIN) 30 MCG INTRAMUSCULAR KIT	QL(4 cada 28 días)	18	
AVONEX 30 MCG/0.5 ML INTRAMUSCULAR PEN KIT	QL(4 cada 28 días)	18	
AVONEX 30 MCG/0.5 ML INTRAMUSCULAR SYRINGE KIT	QL(4 cada 28 días)	18	
ayuna 0.15 mg-0.03 mg tablet	QL(91 cada 90 días)	12	
azacitidine 100 mg vial			
AZACTAM 1 GRAM SOLUTION FOR INJECTION			
AZACTAM 2 GRAM SOLUTION FOR INJECTION			
AZACTAM-ISO-OSMOT 1 GM/50 ML			
AZACTAM-ISO-OSMOT 2 GM/50 ML			
azathioprine 50 mg tablet			
azelastine 0.1% (137 mcg) spry			
azelastine 0.15% nasal spray			

ST – Terapia por fases • QL – Límite en las cantidades • PA – Autorización previa • OTC – Medicamentos sin receta

Nombre del medicamento	Requistos de administratción del uso	Edad mínima	Edad máxima
AZELEX 20 % TOPICAL CREAM		12	
azithromycin 1 gm pwd packet			
azithromycin 100 mg/5 ml susp			
azithromycin 200 mg/5 ml susp			
azithromycin 250 mg tablet			
azithromycin 500 mg tablet			
azithromycin 600 mg tablet			
azithromycin i.v. 500 mg vial			
AZOPT 1 % EYE DROPS,SUSPENSION			
azurette (28) 0.15 mg-0.02 mg (21)/0.01 mg (5) tablet	QL(91 cada 90 días)	12	
bacitracin-polymyxin eye oint			
baclofen 10 mg tablet	QL(120 cada 30 días)		
baclofen 20 mg tablet	QL(120 cada 30 días)		
baclofen 5 mg tablet			
BACMIN 27 MG IRON-1 MG TABLET OTC			
bacteriostatic saline vial			
bacteriostatic water vial			
bacteriostatic water(parabens) injection solution			
balanced salt intraocular solution			
BALCOLTRA 0.1 MG-0.02 MG(21)/36.5 MG(7) TABLET		12	
balziva (28) 0.4 mg-35 mcg tablet	QL(91 cada 90 días)	12	
banophen 12.5 mg/5 ml solution OTC			
banophen allergy 12.5 mg/5 ml OTC			
BANZEL 200 MG TABLET		1	
BANZEL 40 MG/ML ORAL SUSPENSION		1	
BANZEL 400 MG TABLET		1	
BARACLUDE 0.05 MG/ML ORAL SOLUTION			
BD ALCOHOL SWABS OTC			
BD ALLERGIST TRAY REG BEVEL 1 ML 26 GAUGE X 1/2" SYRINGE			
BD ALLERGIST TRAY REG BEVEL 1 ML 27 X 1/2" SYRINGE			
BD ALLERGIST TRAY REG BEVEL 1/2 ML 27 X 1/2"			
BD AUTOSHIELD DUO PEN NEEDLE 30 GAUGE X 3/16"			
BD BLUNT NEEDLE 18GX1-1/2"			
BD ECLIPSE LUER-LOK 1 ML 30 GAUGE X 1/2" SYRINGE			
BD ECLIPSE NEEDLE 18GX1 1/2"			
BD FILTER NEEDLE-5 MICRON 19 X 1 1/2"			
BD INSULIN SYR 1 ML 28GX1/2"			
BD INSULIN SYRINGE 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2"			
BD INSULIN SYRINGE 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"			
BD INSULIN SYRINGE 1 ML 25 GAUGE X 5/8"			
BD INSULIN SYRINGE 1 ML 25 X 1"			
BD INSULIN SYRINGE 1 ML 26 X 1/2"			
BD INSULIN SYRINGE 1 ML 27 GAUGE X 1/2"			
BD INSULIN SYRINGE 1 ML 28 GAUGE X 1/2"			
BD INSULIN SYRINGE 1 ML 29 GAUGE X 1/2"			
BD INSULIN SYRINGE HALF UNIT ULTRA-FINE 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"			

ST – Terapia por fases • QL – Límite en las cantidades • PA – Autorización previa • OTC – Medicamentos sin receta

Nombre del medicamento	Requistos de administratción del uso	Edad mínima	Edad máxima
BD INSULIN SYRINGE MICRO-FINE 1 ML 28 GAUGE X 1/2"			
BD INSULIN SYRINGE SAFETY-LOK 1 ML 29 GAUGE X 1/2"			
BD INSULIN SYRINGE SLIP TIP 1 ML			
BD INSULIN SYRINGE U-500 1/2 ML 31 GAUGE X 15/64"			
BD INSULIN SYRINGE ULTRA-FINE 0.3 ML 30 GAUGE X 1/2"			
BD INSULIN SYRINGE ULTRA-FINE 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"			
BD INSULIN SYRINGE ULTRA-FINE 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2"			
BD INSULIN SYRINGE ULTRA-FINE 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"			
BD INSULIN SYRINGE ULTRA-FINE 1 ML 30 GAUGE X 1/2"			
BD INSULIN SYRINGE ULTRA-FINE 1 ML 31 GAUGE X 5/16"			
BD LANCETS 33G			
BD LO-DOSE MICRO-FINE IV 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2" SYRINGE			
BD LO-DOSE ULTRA-FINE 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2" SYRINGE			
BD LUER-LOK SYRINGE 1 ML			
BD MICROTAINER LANCET 1.5 MM X 2 MM			
BD MICROTAINER LANCET 21 GAUGE			
BD MICROTAINER LANCET 30 GAUGE			
BD NANO 2ND GEN PEN NEEDLE 32 GAUGE X 5/32"			
BD SAFETYGLIDE ALLERGIST TRAY 1 ML 27 X 1/2" SYRINGE			
BD SAFETYGLIDE INSULIN SYRINGE 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2"			
BD SAFETYGLIDE INSULIN SYRINGE 0.3 ML 31 GAUGE X 15/64"			
BD SAFETYGLIDE INSULIN SYRINGE 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"			
BD SAFETYGLIDE INSULIN SYRINGE 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"			
BD SAFETYGLIDE INSULIN SYRINGE 0.5 ML 31 GAUGE X 15/64"			
BD SAFETYGLIDE INSULIN SYRINGE 1 ML 29 GAUGE X 1/2"			
BD SAFETYGLIDE INSULIN SYRINGE 1 ML 31 GAUGE X 15/64"			
BD SAFETYGLIDE SYRINGE 1 ML 27 GAUGE X 5/8"			
BD ULTRA FINE LANCETS 33 GAUGE			
BD ULTRA-FINE II LANCETS 30 GAUGE			
BD ULTRA-FINE MICRO PEN NEEDLE 32 GAUGE X 1/4"			
BD ULTRA-FINE MINI PEN NEEDLE 31 GAUGE X 3/16"			
BD ULTRA-FINE NANO PEN NEEDLE 32 GAUGE X 5/32"			
BD ULTRA-FINE ORIGINAL PEN NEEDLE 29 GAUGE X 1/2"			
BD ULTRA-FINE SHORT PEN NEEDLE 31 GAUGE X 5/16"			
BD VEO INSULIN SYRINGE HALF UNIT ULTRA-FINE 0.3 ML 31 GAUGE X 15/64"			
BD VEO INSULIN SYRINGE ULTRA-FINE 0.3 ML 31 GAUGE X 15/64"			
BD VEO INSULIN SYRINGE ULTRA-FINE 1 ML 31 GAUGE X 15/64"			
BD VEO INSULIN SYRINGE ULTRA-FINE 1/2 ML 31 GAUGE X 15/64"			
bekyree (28) 0.15 mg-0.02 mg (21)/0.01 mg (5) tablet	QL(91 cada 90 días)	12	
belladonna-opium 16.2-30 supp			
belladonna-opium 16.2-60 supp			
belladonna-phenobarbital tab			
benazepril hcl 10 mg tablet			
benazepril hcl 20 mg tablet			

ST – Terapia por fases • QL – Límite en las cantidades • PA – Autorización previa • OTC – Medicamentos sin receta

Nombre del medicamento	Requistos de administratción del uso	Edad mínima	Edad máxima
benazepril hcl 40 mg tablet			
benazepril hcl 5 mg tablet			
benzonatate 100 mg capsule			20
benzonatate 150 mg capsule			20
benzonatate 200 mg capsule			20
benztropine mes 0.5 mg tab		3	
benztropine mes 1 mg tablet		3	
benztropine mes 2 mg tablet		3	
BERINERT 500 UNIT (10 ML) INTRAVENOUS KIT	PA,QL(16 cada 28 días)	12	
betamethasone dp aug 0.05% crm			
betamethasone sp-ac 30 mg/5 ml			
betamethasone va 0.1% cream			
BETAPACE AF 120 MG TABLET			
BETASERON 0.3 MG SUBCUTANEOUS KIT	QL(14 cada 28 días)	18	
bethanechol 10 mg tablet			
bethanechol 25 mg tablet			
bethanechol 5 mg tablet			
bethanechol 50 mg tablet			
BEVESPI AEROSPHERE 9 MCG-4.8 MCG HFA AEROSOL INHALER			
BEYAZ (28) 3 MG-0.02 MG-0.451 MG (24)/0.451 MG (4) TABLET	QL(91 cada 90 días)	12	
bicalutamide 50 mg tablet	QL(30 cada 30 días)	18	
BICILLIN C-R 1,200,000 UNIT/2 ML INTRAMUSCULAR SYRINGE			
BICILLIN C-R 900,000 UNIT-300K UNIT/2 ML INTRAMUSCULAR SYRINGE			
BICILLIN L-A 1,200,000 UNIT/2 ML INTRAMUSCULAR SYRINGE			
BICILLIN L-A 2,400,000 UNIT/4 ML INTRAMUSCULAR SYRINGE			
BICILLIN L-A 600,000 UNIT/ML INTRAMUSCULAR SYRINGE			
BIKTARVY 50 MG-200 MG-25 MG TABLET		18	
BILTRICIDE 600 MG TABLET			
bisoprolol fumarate 10 mg tab			
bisoprolol fumarate 5 mg tab			
bisoprolol-hctz 10-6.25 mg tab			
bisoprolol-hctz 2.5-6.25 mg tb			
bisoprolol-hctz 5-6.25 mg tab			
BIVIGAM 10 % INTRAVENOUS SOLUTION	PA		
bleo 15k (15 unit usp) vial			
bleomycin sulfate 15 unit vial			
bleomycin sulfate 30 unit vial			
blisovi 24 fe 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4) tablet	QL(91 cada 90 días)	12	
blisovi fe 1.5/30 (28) 1.5 mg-30 mcg (21)/75 mg (7) tablet	QL(91 cada 90 días)	12	
blisovi fe 1/20 (28) 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7) tablet	QL(91 cada 90 días)	12	
bortezomib 3.5 mg vial			
BOTOX 100 UNIT INJECTION	PA		
BOTOX 200 UNIT INJECTION	PA		
BREATHERITE MDI SPACER			
BREATHERITE SPACER AND MASK, ADULT			
BREATHERITE SPACER AND MASK, CHILD			

ST – Terapia por fases • QL – Límite en las cantidades • PA – Autorización previa • OTC – Medicamentos sin receta

Nombre del medicamento	Requistos de administratción del uso	Edad mínima	Edad máxima
BREATHERITE SPACER AND MASK, INFANT			
BREATHERITE SPACER AND MASK, NEONATE			
BREATHERITE SPACER AND MASK, SMALL CHILD			
BREATHERITE SPACER-LARGE MASK			
BREATHERITE SPACER-MEDIUM MASK			
BREATHERITE SPACER-SMALL MASK			
BREATHERITE VALVED MDI CHAMBER SPACER			
BREATHERITE VALVED MDI SPACER			
briellyn 0.4 mg-35 mcg tablet	QL(91 cada 90 días)	12	
BRILINTA 60 MG TABLET			
BRILINTA 90 MG TABLET			
brimonidine 0.2% eye drop			
BRIVIACT 10 MG TABLET		4	
BRIVIACT 10 MG/ML ORAL SOLUTION		4	
BRIVIACT 100 MG TABLET		4	
BRIVIACT 25 MG TABLET		4	
BRIVIACT 50 MG TABLET		4	
BRIVIACT 50 MG/5 ML INTRAVENOUS SOLUTION		16	
BRIVIACT 75 MG TABLET		4	
bromphenir-pseudoephed-dm syr			20
budesonide 0.25 mg/2 ml susp	QL(120 cada 30 días)		
budesonide 0.5 mg/2 ml susp	QL(120 cada 30 días)		
budesonide 1 mg/2 ml inh susp	QL(120 cada 30 días)		
BULLSEYE MINI SAFETY LANCETS 21 GAUGE			
BULLSEYE MINI SAFETY LANCETS 25 GAUGE			
BULLSEYE MINI SAFETY LANCETS 28 GAUGE			
bumetanide 0.5 mg tablet			
bumetanide 1 mg tablet			
bumetanide 2 mg tablet			
bumetanide 2.5 mg/10 ml vial			
bupivacain 0.75%-dextros 8.25%			
bupivacaine 0.25% vial			
bupivacaine 0.25% vial			
bupivacaine 0.25%-epi 1:200000			
bupivacaine 0.25%-epi 1:200000			
bupivacaine 0.5% vial			
bupivacaine 0.5%-epi 1:200,000			
bupivacaine 0.5%-epi 1:200,000			
bupivacaine 0.75% vial			
buprenorphine 2 mg tablet sl	QL(90 cada 30 días)	16	
buprenorphine 8 mg tablet sl	QL(90 cada 30 días)	16	
bupropion hcl 100 mg tablet		6	
bupropion hcl 75 mg tablet		6	
bupropion hcl sr 100 mg tablet	QL(60 cada 30 días)	6	
bupropion hcl sr 150 mg tablet	QL(60 cada 30 días)	6	
bupropion hcl sr 150 mg tablet	QL(60 cada 30 días)	18	
bupropion hcl sr 200 mg tablet	QL(60 cada 30 días)	6	
bupropion hcl xl 150 mg tablet	QL(30 cada 30 días)	6	

Nombre del medicamento	Requistos de administratción del uso	Edad mínima	Edad máxima
bupropion hcl xl 300 mg tablet	QL(30 cada 30 días)	6	
bupropion hcl xl 450 mg tablet	QL(30 cada 30 días)	18	
buspirone hcl 10 mg tablet			
buspirone hcl 15 mg tablet			
buspirone hcl 30 mg tablet			
buspirone hcl 5 mg tablet			
buspirone hcl 7.5 mg tablet			
BUSULFEX 60 MG/10 ML INTRAVENOUS SOLUTION			
butalb-acetamin-caff 50-300-40			
butalb-acetamin-caff 50-325-40			
butalb-acetamin-caff 50-325-40			
butalb-aspirin-caffe 50-325-40			
butalb-caff-acetaminoph-codein		12	
butalbital-acetaminophn 50-300			
butalbital-acetaminophn 50-300			
butalbital-acetaminophn 50-325			
butalbital-asa-caffeine cap			
BYDUREON 2 MG VIAL			
BYDUREON 2 MG/0.65 ML SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR			
BYETTA 10 MCG/DOSE(250 MCG/ML)2.4 ML SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR			
BYETTA 5 MCG/DOSE (250 MCG/ML)1.2 ML SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR			
c-nate dha 28 mg iron-1 mg-200 mg capsule		12	
cabergoline 0.5 mg tablet	QL(16 cada 30 días)		
caffeine cit 60 mg/3 ml oral	QL(90 cada 30 días)		
caffeine cit 60 mg/3 ml vial	QL(90 cada 30 días)		
cal-gest antacid 200 mg calcium (500 mg) chewable tablet OTC			
calcipotriene 0.005% cream	QL(120 cada 30 días)	18	
calcipotriene 0.005% ointment	QL(120 cada 30 días)	18	
calcitonin-salmon 200 units sp	QL(3.7 cada 28 días)	18	
calcitriol 0.25 mcg capsule			
calcitriol 0.5 mcg capsule			
calcitriol 1 mcg/ml ampul			
calcitriol 1 mcg/ml solution			
calcitriol 3 mcg/g ointment			
calcium acetate 667 mg gelcap			
calcium antacid 430 mg calcium (1,000 mg) chewable tablet OTC			
calcium carb 1,250 mg/5 ml sus OTC			
calcium carb 500 (1,250) mg tb OTC			
calcium chloride 10% vial			
camila 0.35 mg tablet	QL(91 cada 90 días)	12	
CAMPATH 30 MG/ML INTRAVENOUS SOLUTION			
CAMRESE 0.15 MG-30 MCG (84)/10 MCG(7) TABLETS,3 MONTH DOSE PACK	QL(91 cada 90 días)	12	
CAMRESE LO 0.10 MG-20 MCG (84)/10 MCG(7) TABLETS,3 MONTH DOSE PACK	QL(91 cada 90 días)	12	

ST – Terapia por fases • QL – Límite en las cantidades • PA – Autorización previa • OTC – Medicamentos sin receta

Nombre del medicamento	Requistos de administratción del uso	Edad mínima	Edad máxima
CANASA 1,000 MG RECTAL SUPPOSITORY			
CAPRELSA 100 MG TABLET	PA,QL(60 cada 30 días)	18	
CAPRELSA 300 MG TABLET	PA,QL(30 cada 30 días)	18	
carbamazepine 100 mg tab chew			
carbamazepine 100 mg/5 ml susp			
carbamazepine 200 mg tablet			
carbamazepine er 100 mg cap			
carbamazepine er 200 mg cap			
carbamazepine er 200 mg tablet			
carbamazepine er 300 mg cap			
carbamazepine er 400 mg tablet			
CARBATROL 100 MG CAPSULE, EXTENDED RELEASE			
CARBATROL 200 MG CAPSULE, EXTENDED RELEASE			
CARBATROL 300 MG CAPSULE, EXTENDED RELEASE			
carbidopa-levo 10-100 mg odt		18	
carbidopa-levo 25-100 mg odt		18	
carbidopa-levo er 25-100 tab		18	
carbidopa-levo er 50-200 tab		18	
carbidopa-levodopa 10-100 tab		18	
carbidopa-levodopa 100 mg-enta		18	
carbidopa-levodopa 125 mg-enta		18	
carbidopa-levodopa 150 mg-enta		18	
carbidopa-levodopa 200 mg-enta		18	
carbidopa-levodopa 25-100 tab		18	
carbidopa-levodopa 25-250 tab		18	
carbidopa-levodopa 50 mg-enta		18	
carbidopa-levodopa 75 mg-enta		18	
carbinoxamine 4 mg/5 ml liquid			
carbinoxamine maleate 4 mg tab			
carboplatin 50 mg/5 ml vial			
CAREFINE PEN NEEDLE 29 GAUGE X 1/2"			
CAREFINE PEN NEEDLE 30 GAUGE X 5/16"			
CAREFINE PEN NEEDLE 31 GAUGE X 1/4"			
CAREFINE PEN NEEDLE 31 GAUGE X 5/16"			
CAREFINE PEN NEEDLE 32 GAUGE X 1/4"			
CAREFINE PEN NEEDLE 32 GAUGE X 3/16"			
CAREFINE PEN NEEDLE 32 GAUGE X 5/32"			
CARELANCE ULTIMATE COMFORT LANCING DEVICE			
CAREONE LANCING DEVICE			
CAREONE THIN LANCET			
CAREONE ULTRA THIN LANCET			
CARESENS LANCETS 30 GAUGE			
CARESENS PREMIUM COMFORT LANCING DEVICE			
CARETOUCH INSULIN SYRINGE 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"			
CARETOUCH INSULIN SYRINGE 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"			
CARETOUCH INSULIN SYRINGE 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"			

ST – Terapia por fases • QL – Límite en las cantidades • PA – Autorización previa • OTC – Medicamentos sin receta

Nombre del medicamento	Requistos de administratción del uso	Edad mínima	Edad máxima
CARETOUCH INSULIN SYRINGE 1 ML 30 GAUGE X 5/16"			
CARETOUCH INSULIN SYRINGE 1 ML 31 GAUGE X 5/16"			
CARETOUCH LANCING DEVICE			
CARETOUCH PEN NEEDLE 31 GAUGE X 1/4"			
CARETOUCH PEN NEEDLE 31 GAUGE X 3/16"			
CARETOUCH PEN NEEDLE 31 GAUGE X 5/16"			
CARETOUCH PEN NEEDLE 32 GAUGE X 3/16"			
CARETOUCH PEN NEEDLE 32 GAUGE X 5/32"			
CARETOUCH TWIST LANCET 28 GAUGE			
CARETOUCH TWIST LANCET 30 GAUGE			
CARETOUCH TWIST LANCET 33 GAUGE			
CARIMUNE NF 12 GM VIAL	PA		
CARIMUNE NF 6 GM VIAL	PA		
carteolol hcl 1% eye drops			
carvedilol 12.5 mg tablet			
carvedilol 25 mg tablet			
carvedilol 3.125 mg tablet			
carvedilol 6.25 mg tablet			
CATAPRES-TTS-1 0.1 MG/24 HR TRANSDERMAL PATCH	QL(8 cada 30 días)		
CATAPRES-TTS-2 0.2 MG/24 HR TRANSDERMAL PATCH	QL(8 cada 30 días)		
CATAPRES-TTS-3 0.3 MG/24 HR TRANSDERMAL PATCH	QL(8 cada 30 días)		
CATHFLO ACTIVASE 2 MG INTRA-CATHETER SOLUTION	QL(2 cada 28 días)		
CAYA CONTOURED 65 MM-80 MM VAGINAL DIAPHRAGM			
caziant (28) 0.1 mg/0.125 mg/0.15 mg-25 mcg tablet	QL(91 cada 90 días)	12	
cefaclor 250 mg capsule			
cefaclor 500 mg capsule			
cefadroxil 500 mg capsule			
cefazolin 1 gm add-van vial			
cefazolin 1 gm vial			
cefazolin 10 gm vial			
cefazolin 20 gm bulk vial			
cefazolin 500 mg vial			
cefdinir 125 mg/5 ml susp			
cefdinir 250 mg/5 ml susp			
cefdinir 300 mg capsule			
cefotaxime sodium 1 gm vial			
cefotaxime sodium 10 gm vial			
cefotaxime sodium 2 gm vial			
cefotaxime sodium 500 mg vial			
cefotetan 1 gm vial			
cefotetan 10 gm vial			
cefotetan 2 gm vial			
cefotetan-dextr 1 g duplex bag			
cefotetan-dextr 2 g duplex bag			
cefoxitin 1 gm piggyback bag			
cefoxitin 1 gm vial			
cefoxitin 10 gm vial			
cefoxitin 2 gm piggyback bag			

ST – Terapia por fases • QL – Límite en las cantidades • PA – Autorización previa • OTC – Medicamentos sin receta

Nombre del medicamento	Requistos de administratción del uso	Edad mínima	Edad máxima
cefoxitin 2 gm vial			
cefprozil 125 mg/5 ml susp	QL(600 cada 30 días)		
cefprozil 250 mg tablet	QL(120 cada 30 días)		
cefprozil 250 mg/5 ml susp	QL(600 cada 30 días)		
cefprozil 500 mg tablet	QL(120 cada 30 días)		
ceftazidime 1 gm vial			
ceftazidime 2 gm vial			
ceftazidime 6 gm vial			
ceftriaxone 1 gm vial			
ceftriaxone 1 gm vial	QL(60 cada 30 días)		
ceftriaxone 1 gm-d5w bag			
ceftriaxone 10 gm vial	QL(60 cada 30 días)		
ceftriaxone 2 gm add vial	QL(60 cada 30 días)		
ceftriaxone 2 gm vial	QL(60 cada 30 días)		
ceftriaxone 2 gm-d5w bag			
ceftriaxone 250 mg vial	QL(60 cada 30 días)		
ceftriaxone 500 mg vial	QL(60 cada 30 días)		
cefuroxime axetil 250 mg tab			
cefuroxime axetil 500 mg tab			
cefuroxime sod 1.5 gm vial			
cefuroxime sod 7.5 gm vial			
cefuroxime sod 750 mg vial			
celecoxib 100 mg capsule	QL(60 cada 30 días)		
celecoxib 200 mg capsule	QL(60 cada 30 días)		
celecoxib 400 mg capsule	QL(30 cada 30 días)		
celecoxib 50 mg capsule	QL(60 cada 30 días)		
CELLCEPT 200 MG/ML ORAL SUSPENSION			11
CELLCEPT INTRAVENOUS 500 MG INTRAVENOUS SOLUTION			
cephalexin 125 mg/5 ml susp			
cephalexin 250 mg capsule			
cephalexin 250 mg/5 ml susp	QL(2400 cada 30 días)		
cephalexin 500 mg capsule			
cephalexin 750 mg capsule			
CERDELGA 84 MG CAPSULE	PA,QL(60 cada 30 días)	18	
cetirizine hcl 1 mg/ml soln OTC			
cetirizine hcl 10 mg chew tab OTC			
cetirizine hcl 10 mg tablet OTC			
cetirizine hcl 5 mg chew tab OTC			
cetirizine hcl 5 mg tablet OTC			
cetirizine-pse er 5-120 mg tab OTC			
CHANTIX 0.5 MG TABLET	QL(60 cada 30 días)	18	
CHANTIX 1 MG TABLET	QL(56 cada 28 días)	18	
CHANTIX CONTINUING MONTH BOX 1 MG TABLET	QL(56 cada 28 días)	18	
CHANTIX STARTING MONTH BOX 0.5 MG (11)-1 MG (42) TABLETS IN DOSE PACK	QL(53 cada 28 días)	18	
chateal (28) 0.15 mg-0.03 mg tablet	QL(91 cada 90 días)	12	

ST – Terapia por fases • QL – Límite en las cantidades • PA – Autorización previa • OTC – Medicamentos sin receta

Nombre del medicamento	Requistos de administratción del uso	Edad mínima	Edad máxima
chateal eq (28) 0.15 mg-0.03 mg tablet	QL(91 cada 90 días)	12	
child pain-fever 160 mg/5 ml OTC			6
children's cetirizine 1 mg/ml oral solution OTC			
children's cetirizine 10 mg chewable tablet OTC			
children's cetirizine 5 mg chewable tablet OTC			
children's mapap 160 mg chewable tablet OTC			6
children's silapap 160 mg/5 ml oral liquid OTC			6
chl mucinex chest congest liq OTC			
chlordiazepo-amitriptyl 5-12.5	QL(180 cada 30 días)	18	
chlordiazepox-amitriptyl 10-25	QL(180 cada 30 días)	18	
chlordiazepoxide 10 mg capsule	QL(120 cada 30 días)	6	
chlordiazepoxide 25 mg capsule	QL(120 cada 30 días)	6	
chlordiazepoxide 5 mg capsule	QL(120 cada 30 días)	6	
chlorhexidine 0.12% rinse			
chloroquine ph 250 mg tablet			
chloroquine ph 500 mg tablet			
chlorothiazide 250 mg tablet			
chlorothiazide 500 mg tablet			
chlorpromazine 10 mg tablet	QL(120 cada 30 días)	18	
chlorpromazine 100 mg tablet	QL(120 cada 30 días)	18	
chlorpromazine 200 mg tablet	QL(150 cada 30 días)	18	
chlorpromazine 25 mg tablet	QL(120 cada 30 días)	18	
chlorpromazine 25 mg/ml amp	QL(1200 cada 30 días)	18	
chlorpromazine 50 mg tablet	QL(120 cada 30 días)	18	
chlorpropamide 100 mg tablet			
chlorpropamide 250 mg tablet			
chlorthalidone 25 mg tablet			
chlorthalidone 50 mg tablet			
chlorzoxazone 500 mg tablet			
cholestyramine light 4 gram oral powder			
cholestyramine light 4 gram powder for susp in a packet			
cholestyramine packet			
cholestyramine powder			
chromium cl 40 mcg/10 ml vial			
ciclopirox 0.77% cream			
ciclopirox 0.77% topical susp			
ciclopirox 8% solution			
cilostazol 100 mg tablet			
cilostazol 50 mg tablet			
CIMDUO 300 MG-300 MG TABLET			
CIPRO 250 MG/5 ML ORAL SUSPENSION			11
CIPRO 500 MG/5 ML ORAL SUSPENSION			11
CIPRODEX 0.3 %-0.1 % EAR DROPS,SUSPENSION			
ciprofloxacin 0.3% eye drop			
ciprofloxacin 200 mg/20 ml vl			
ciprofloxacin 400 mg/40 ml vl			
ciprofloxacin hcl 100 mg tab	QL(120 cada 30 días)	12	

ST – Terapia por fases • QL – Límite en las cantidades • PA – Autorización previa • OTC – Medicamentos sin receta

Nombre del medicamento	Requistos de administratción del uso	Edad mínima	Edad máxima
ciprofloxacin hcl 250 mg tab	QL(120 cada 30 días)	12	
ciprofloxacin hcl 500 mg tab	QL(120 cada 30 días)	12	
ciprofloxacin hcl 750 mg tab	QL(120 cada 30 días)	12	
ciprofloxacn-d5w 200 mg/100 ml			
ciprofloxacn-d5w 400 mg/200 ml			
cisplatin 100 mg/100 ml vial			
cisplatin 50 mg vial			
citalopram hbr 10 mg tablet	QL(30 cada 30 días)	6	
citalopram hbr 10 mg/5 ml soln	QL(900 cada 30 días)	6	11
citalopram hbr 20 mg tablet	QL(45 cada 30 días)	6	
citalopram hbr 40 mg tablet	QL(30 cada 30 días)		
CITRANATAL (DUAL-IRON) 27 MG IRON-1 MG-50 MG TABLET		12	
CITRANATAL 90 DHA (ALGAL OIL) 90 MG IRON-1 MG-50 MG-300 MG ORAL PACK		12	
CITRANATAL ASSURE 35 MG IRON-1 MG-50 MG-300 MG ORAL PACK		12	
CITRANATAL B-CALM (FE GLUC) 20 MG IRON-1 MG-25 MG/25 MG TABLETS		12	
CITRANATAL DHA (ALGAL OIL) 27 MG IRON-1 MG-50 MG-250 MG ORAL PACK		12	
CITRANATAL HARMONY(IRON CARB-FUM) 27 MG IRON-1 MG-50 MG-260 MG CAPSULE		12	
cladribine 10 mg/10 ml vial			
claravis 10 mg capsule		12	
claravis 20 mg capsule		12	
claravis 30 mg capsule		12	
claravis 40 mg capsule		12	
clarithromycin 125 mg/5 ml sus			11
clarithromycin 250 mg tablet			
clarithromycin 250 mg/5 ml sus			11
clarithromycin 500 mg tablet			
clarithromycin er 500 mg tab			
clemastine fum 2.68 mg tab			
CLEOCIN 100 MG VAGINAL SUPPOSITORY			
CLEVER CHEK LANCETS 30 GAUGE			
CLICKFINE PEN NEEDLE 31 GAUGE X 1/4"			
CLICKFINE PEN NEEDLE 31 GAUGE X 5/16"			
CLICKFINE PEN NEEDLE 32 GAUGE X 5/32"			
CLIMARA PRO 0.045 MG-0.015 MG/24 HR TRANSDERMAL PATCH	QL(4 cada 28 días)		
clinda-benzoyl perox 1-5% pump		12	
clindamycin 300 mg/2 ml addvan			
clindamycin 600 mg/4 ml addvan			
clindamycin 75 mg/5 ml soln			
clindamycin 900 mg/6 ml addvan			
clindamycin hcl 150 mg capsule			
clindamycin hcl 300 mg capsule			
clindamycin hcl 75 mg capsule			

ST – Terapia por fases • QL – Límite en las cantidades • PA – Autorización previa • OTC – Medicamentos sin receta

Nombre del medicamento	Requistos de administratción del uso	Edad mínima	Edad máxima
clindamycin pediatric 75 mg/5 ml oral solution			
clindamycin ph 1% solution		12	
clindamycin ph 900 mg/6 ml vl			
clindamycin phos 1% pledget		12	
CLINDESSE 2 % VAGINAL CREAM,EXTENDED RELEASE			
CLINIMIX 4.25 % IN 10 % DEXTROSE SULFITE FREE INTRAVENOUS SOLUTION			
CLINIMIX 4.25 % IN 5 % DEXTROSE SULFITE FREE INTRAVENOUS SOLUTION			
CLINIMIX 5 % IN 15 % DEXTROSE SULFITE FREE INTRAVENOUS SOLUTION			
CLINIMIX 5 % IN 20 % DEXTROSE (SULFITE-FREE) INTRAVENOUS SOLUTION			
CLINIMIX E 2.75 % IN 5 % DEXTROSE SULFITE FREE INTRAVENOUS SOLUTION			
CLINIMIX E 4.25 % IN 10 % DEXTROSE SULFITE FREE INTRAVENOUS SOLUTION			
CLINIMIX E 4.25 % IN 25 % DEXTROSE SULFITE FREE INTRAVENOUS SOLUTION			
CLINIMIX E 4.25 % IN 5 % DEXTROSE SULFITE FREE INTRAVENOUS SOLUTION			
CLINIMIX E 5 % IN 15 % DEXTROSE SULFITE FREE INTRAVENOUS SOLUTION			
CLINIMIX E 5 % IN 20 % DEXTROSE SULFITE FREE INTRAVENOUS SOLUTION			
CLINIMIX N14G30E 4.25 % IN 15 % DEXTROSE (SULFITE-FREE) IV SOLUTION			
CLINIMIX N9G15E 2.75 % IN 7.5 % DEXTROSE (SULFITE-FREE) IV SOLUTION			
CLINIMIX N9G20E 2.75 % IN 10 % DEXTROSE (SULFITE-FREE) IV SOLUTION			
CLINISOL SF 15 % INTRAVENOUS SOLUTION			
clobazam 10 mg tablet		2	
clobazam 2.5 mg/ml suspension		2	
clobazam 20 mg tablet		2	
clobetasol 0.05% cream			
clobetasol 0.05% gel			
clobetasol 0.05% ointment			
clobetasol 0.05% solution			
clobetasol emollient 0.05% crm			
clomipramine 25 mg capsule	PA	10	
clomipramine 50 mg capsule	PA	10	
clomipramine 75 mg capsule	PA	10	
clonazepam 0.125 mg dis tab			
clonazepam 0.25 mg odt			
clonazepam 0.5 mg dis tablet			
clonazepam 0.5 mg tablet			
clonazepam 1 mg dis tablet			

ST – Terapia por fases • QL – Límite en las cantidades • PA – Autorización previa • OTC – Medicamentos sin receta

Nombre del medicamento	Requistos de administratción del uso	Edad mínima	Edad máxima
clonazepam 1 mg tablet			
clonazepam 2 mg odt			
clonazepam 2 mg tablet			
clonidine hcl 0.1 mg tablet			
clonidine hcl 0.2 mg tablet			
clonidine hcl 0.3 mg tablet			
clopidogrel 75 mg tablet			
clorazepate 15 mg tablet	QL(120 cada 30 días)	9	
clorazepate 3.75 mg tablet	QL(120 cada 30 días)	9	
clorazepate 7.5 mg tablet	QL(120 cada 30 días)	9	
clotrimazole 1% cream			
clotrimazole 1% cream OTC			
clotrimazole 1% solution			
clotrimazole 10 mg troche			
clotrimazole-betamethasone crm			
clozapine 100 mg tablet	QL(270 cada 30 días)	6	
clozapine 200 mg tablet	QL(120 cada 30 días)	6	
clozapine 25 mg tablet	QL(240 cada 30 días)	6	
clozapine 50 mg tablet	QL(360 cada 30 días)	6	
clozapine odt 100 mg tablet	QL(270 cada 30 días)	6	
clozapine odt 12.5 mg tablet	QL(360 cada 30 días)	6	
clozapine odt 150 mg tablet	QL(120 cada 30 días)	6	
clozapine odt 200 mg tablet	QL(120 cada 30 días)	6	
clozapine odt 25 mg tablet	QL(240 cada 30 días)	6	
CLOZARIL 100 MG TABLET	QL(270 cada 30 días)	6	
CLOZARIL 25 MG TABLET	QL(240 cada 30 días)	6	
COAGUCHEK LANCETS			
codeine sulfate 30 mg tablet		12	
codeine sulfate 60 mg tablet		12	
colchicine 0.6 mg capsule	QL(180 cada 30 días)	18	
colchicine 0.6 mg tablet	QL(180 cada 30 días)	4	
colestipol micronized 1 gm tab			
colistimethate 150 mg vial			
COLOR LANCETS 21 GAUGE			
COMBIGAN 0.2 %-0.5 % EYE DROPS			
COMBIPATCH 0.05 MG-0.14 MG/24 HR TRANSDERMAL			
COMBIPATCH 0.05 MG-0.25 MG/24 HR TRANSDERMAL			
COMBIVENT RESPIMAT 20 MCG-100 MCG/ACTUATION SOLUTION FOR INHALATION			
COMFORT EZ INSULIN SYRINGE 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2"			
COMFORT EZ INSULIN SYRINGE 0.3 ML 30 GAUGE X 1/2"			
COMFORT EZ INSULIN SYRINGE 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16"			
COMFORT EZ INSULIN SYRINGE 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"			
COMFORT EZ INSULIN SYRINGE 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"			
COMFORT EZ INSULIN SYRINGE 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2"			
COMFORT EZ INSULIN SYRINGE 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"			
COMFORT EZ INSULIN SYRINGE 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"			
COMFORT EZ INSULIN SYRINGE 1 ML 28 GAUGE X 1/2"			

ST – Terapia por fases • QL – Límite en las cantidades • PA – Autorización previa • OTC – Medicamentos sin receta

Nombre del medicamento	Requistos de administratción del uso	Edad mínima	Edad máxima
COMFORT EZ INSULIN SYRINGE 1 ML 29 GAUGE X 1/2"			
COMFORT EZ INSULIN SYRINGE 1 ML 30 GAUGE X 1/2"			
COMFORT EZ INSULIN SYRINGE 1 ML 30 GAUGE X 5/16"			
COMFORT EZ INSULIN SYRINGE 1 ML 31 GAUGE X 5/16"			
COMFORT EZ INSULIN SYRINGE 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2"			
COMFORT EZ LANCETS 21 GAUGE			
COMFORT EZ LANCETS 23 GAUGE			
COMFORT EZ LANCETS 28 GAUGE			
COMFORT EZ PEN NEEDLES 29 GAUGE X 1/2"			
COMFORT EZ PEN NEEDLES 31 GAUGE X 1/4"			
COMFORT EZ PEN NEEDLES 31 GAUGE X 3/16"			
COMFORT EZ PEN NEEDLES 31 GAUGE X 5/16"			
COMFORT EZ PEN NEEDLES 32 GAUGE X 1/4"			
COMFORT EZ PEN NEEDLES 32 GAUGE X 3/16"			
COMFORT EZ PEN NEEDLES 32 GAUGE X 5/16"			
COMFORT EZ PEN NEEDLES 32 GAUGE X 5/32"			
COMFORT EZ PEN NEEDLES 33 GAUGE X 1/4"			
COMFORT EZ PEN NEEDLES 33 GAUGE X 3/16"			
COMFORT EZ PEN NEEDLES 33 GAUGE X 5/16"			
COMFORT EZ PEN NEEDLES 33 GAUGE X 5/32"			
COMFORT LANCETS			
COMFORT POINT PEN NDL 31GX1/3"			
COMFORT POINT PEN NDL 31GX1/6"			
COMPACT SPACE CHAMBER PLUS			
COMPLERA 200 MG-25 MG-300 MG TABLET	QL(30 cada 30 días)	12	
complete natal dha 29 mg-1 mg-250 mg oral pack		12	
completenate 29 mg iron-1 mg chewable tablet		12	
CONCEPT DHA 35 MG-1 MG-200 MG CAPSULE		12	
CONCEPT OB 85 MG-1 MG CAPSULE		12	
CONDOMS-PREM LUBRICATED OTC			
COPAXONE 20 MG/ML SUBCUTANEOUS SYRINGE	QL(30 cada 28 días)	18	
copper chloride 0.4 mg/ml intravenous solution			
CORTISPORIN 1 % TOPICAL OINTMENT			
CORTISPORIN 3.5 MG/G-10,000 UNIT/G-0.5 % TOPICAL CREAM			
corvita 1.25 mg-2.5 mg-7 mg tablet OTC			
COSENTYX 150 MG/ML SUBCUTANEOUS SYRINGE	PA	18	
COSENTYX 300 MG/2 SYRINGES (150 MG/ML) SUBCUTANEOUS	PA	18	
COSENTYX PEN 150 MG/ML SUBCUTANEOUS	PA	18	
COSENTYX PEN 300 MG/2 PENS (150 MG/ML) SUBCUTANEOUS	PA	18	
coughtab 400 mg tablet OTC			
COUMADIN 1 MG TABLET	QL(120 cada 30 días)		
COUMADIN 10 MG TABLET	QL(120 cada 30 días)		
COUMADIN 2 MG TABLET	QL(120 cada 30 días)		
COUMADIN 2.5 MG TABLET	QL(120 cada 30 días)		
COUMADIN 3 MG TABLET	QL(120 cada 30 días)		
COUMADIN 4 MG TABLET	QL(120 cada 30 días)		
COUMADIN 5 MG TABLET	QL(120 cada 30 días)		
COUMADIN 6 MG TABLET	QL(120 cada 30 días)		

ST – Terapia por fases • QL – Límite en las cantidades • PA – Autorización previa • OTC – Medicamentos sin receta

Nombre del medicamento	Requistos de administratción del uso	Edad mínima	Edad máxima
COUMADIN 7.5 MG TABLET	QL(120 cada 30 días)		
CREON 12,000-38,000-60,000 UNIT CAPSULE,DELAYED RELEASE			
CREON 24,000-76,000-120,000 UNIT CAPSULE,DELAYED RELEASE			
CREON 3,000 UNIT-9,500 UNIT-15,000 UNIT CAPSULE,DELAYED RELEASE			
CREON 36,000 UNIT-114,000 UNIT-180,000 UNIT CAPSULE,DELAYED RELEASE			
CREON 6,000-19,000-30,000 UNIT CAPSULE,DELAYED RELEASE			
CRIXIVAN 200 MG CAPSULE			
CRIXIVAN 400 MG CAPSULE			
cromolyn 100 mg/5 ml oral conc			
cromolyn 20 mg/2 ml neb soln			
cromolyn 4% eye drops			
cryselle (28) 0.3 mg-30 mcg tablet	QL(91 cada 90 días)	12	
CURITY ALCOHOL SWABS OTC			
CUVITRU 1 GRAM/5 ML (20 %) SUBCUTANEOUS SOLUTION	PA		
CUVITRU 2 GRAM/10 ML (20 %) SUBCUTANEOUS SOLUTION	PA		
CUVITRU 4 GRAM/20 ML (20 %) SUBCUTANEOUS SOLUTION	PA		
CUVITRU 8 GRAM/40 ML (20 %) SUBCUTANEOUS SOLUTION	PA		
cyanocobalamin 1,000 mcg/ml	QL(2 cada 28 días)		
cyclafem 1/35 (28) 1 mg-35 mcg tablet	QL(91 cada 90 días)	12	
cyclafem 7/7/7 (28) 0.5 mg/0.75 mg/1 mg-35 mcg tablet	QL(91 cada 90 días)	12	
cyclobenzaprine 10 mg tablet			
cyclobenzaprine 5 mg tablet			
cyclobenzaprine 7.5 mg tablet			
cyclopentolate 0.5% eye drops			
cyclopentolate 1% eye drops			
cyclopentolate hcl 2% drops			
cyclophosphamide 1 gm vial			
cyclophosphamide 2 gm vial			
cyclophosphamide 25 mg capsule			
cyclophosphamide 50 mg capsule			
cyclophosphamide 500 mg vial			
cyclosporine 50 mg/ml ampul			
cyclosporine modified 100 mg			
cyclosporine modified 100mg/ml			11
cyclosporine modified 25 mg			
cyclosporine modified 50 mg			
cyproheptadine 2 mg/5 ml syrup			
cyproheptadine 4 mg tablet			
cyred 0.15 mg-0.03 mg tablet	QL(91 cada 90 días)	12	
cyred eq 0.15 mg-0.03 mg tablet	QL(91 cada 90 días)	12	
CYSTADANE 1 GRAM/1.7 ML ORAL POWDER			
CYSTAGON 150 MG CAPSULE			
CYSTAGON 50 MG CAPSULE			
CYSTARAN 0.44 % EYE DROPS	QL(60 cada 28 días)		

ST – Terapia por fases • QL – Límite en las cantidades • PA – Autorización previa • OTC – Medicamentos sin receta

Nombre del medicamento	Requistos de administratción del uso	Edad mínima	Edad máxima
cytarabine 100 mg/5 ml vial			
cytarabine 2 g/20 ml vial			
cytarabine 20 mg/ml vial			
cytarabine 20 mg/ml vial			
CYTOGAM 50 MG/ML INTRAVENOUS SOLUTION	PA		
d5%-1/2ns-kcl 10 meq/l iv sol			
d5%-1/2ns-kcl 30 meq/l iv sol			
d5%-1/2ns-kcl 40 meq/l iv sol			
d5%-1/4ns-kcl 30 meq/l iv sol			
d5%-1/4ns-kcl 40 meq/l iv sol			
d5w-kcl 30 meq/l iv solution			
dacarbazine 100 mg vial			
dacarbazine 200 mg vial			
danazol 100 mg capsule			
danazol 200 mg capsule			
danazol 50 mg capsule			
dapsone 100 mg tablet			
dapsone 25 mg tablet			
dasetta 1/35 (28) 1 mg-35 mcg tablet	QL(91 cada 90 días)	12	
dasetta 7/7/7 (28) 0.5 mg(7)/0.75 mg(7)/1 mg(7)-35 mcg tablet	QL(91 cada 90 días)	12	
daunorubicin 20 mg/4 ml vial			
daysee 0.15 mg-30 mcg (84)/10 mcg(7) tablets,3 month dose pack	QL(91 cada 90 días)	12	
DAYTRANA 10 MG/9 HR DAILY PATCH	QL(30 cada 30 días)	6	
DAYTRANA 15 MG/9 HR DAILY PATCH	QL(30 cada 30 días)	6	
DAYTRANA 20 MG/9 HR DAILY PATCH	QL(30 cada 30 días)	6	
DAYTRANA 30 MG/9 HR DAILY PATCH	QL(30 cada 30 días)	6	
deblitane 0.35 mg tablet	QL(91 cada 90 días)	12	
decitabine 50 mg vial			
deferoxamine 2 gram vial			
deferoxamine 500 mg vial			
DELSTRIGO 100 MG-300 MG-300 MG TABLET			
delyla (28) 0.1 mg-20 mcg tablet	QL(91 cada 90 días)	12	
DELZICOL 400 MG CAPSULE (DR TABLETS INSIDE)			
DENAVIR 1 % TOPICAL CREAM	QL(5 cada 30 días)		
DEPAKENE 250 MG CAPSULE			
DEPAKENE 250 MG/5 ML SOLUTION			
DEPAKOTE 125 MG TABLET,DELAYED RELEASE			
DEPAKOTE 250 MG TABLET,DELAYED RELEASE			
DEPAKOTE 500 MG TABLET,DELAYED RELEASE			
DEPAKOTE ER 250 MG TABLET,EXTENDED RELEASE			
DEPAKOTE ER 500 MG TABLET,EXTENDED RELEASE			
DEPAKOTE SPRINKLES 125 MG CAPSULE,DELAYED RELEASE			
DEPO-PROVERA 150 MG/ML INTRAMUSCULAR SUSPENSION	QL(1 cada 84 días)	12	
DEPO-PROVERA 150 MG/ML INTRAMUSCULAR SYRINGE	QL(1 cada 84 días)	12	
DEPO-SUBQ PROVERA 104 104 MG/0.65 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE	QL(0.65 cada 84 días)	12	

ST – Terapia por fases • QL – Límite en las cantidades • PA – Autorización previa • OTC – Medicamentos sin receta

Nombre del medicamento	Requistos de administratción del uso	Edad mínima	Edad máxima
DERMA-SMOOTHE/FS BODY OIL 0.01 %			
DERMA-SMOOTHE/FS SCALP OIL 0.01 %			
DESCOVY 200 MG-25 MG TABLET	QL(30 cada 30 días)		
desipramine 10 mg tablet	QL(240 cada 30 días)	13	
desipramine 100 mg tablet	QL(60 cada 30 días)	13	
desipramine 150 mg tablet	QL(30 cada 30 días)	13	
desipramine 25 mg tablet	QL(60 cada 30 días)	13	
desipramine 50 mg tablet	QL(60 cada 30 días)	13	
desipramine 75 mg tablet	QL(60 cada 30 días)	13	
desmopressin 10 mcg/0.1 ml spr			
desmopressin ac 4 mcg/ml vial			
desmopressin acetate 0.1 mg tb			
desmopressin acetate 0.2 mg tb			
desogest-eth estra 0.15-0.03mg	QL(91 cada 90 días)	12	
desogestr-eth estrad eth estra	QL(91 cada 90 días)	12	
desvenlafaxine suc er 100 mg	QL(30 cada 30 días)	18	
desvenlafaxine suc er 25 mg tb	QL(30 cada 30 días)	18	
desvenlafaxine suc er 50 mg tb	QL(30 cada 30 días)	18	
dexamethasone 0.1% eye drop			
dexamethasone 0.5 mg tablet			
dexamethasone 0.5 mg/5 ml elx			
dexamethasone 0.5 mg/5 ml liq			
dexamethasone 0.75 mg tablet			
dexamethasone 1 mg tablet			
dexamethasone 1.5 mg tablet			
dexamethasone 10 mg/ml vial			
dexamethasone 10 mg/ml vial			
dexamethasone 2 mg tablet			
dexamethasone 4 mg tablet			
dexamethasone 4 mg/ml syringe			
dexamethasone 4 mg/ml vial			
dexamethasone 6 mg tablet			
DEXAMETHASONE INTENSOL 1 MG/ML DROPS (CONCENTRATE)			
dexmethylphenidate 10 mg tab	QL(60 cada 30 días)		
dexmethylphenidate 2.5 mg tab	QL(60 cada 30 días)		
dexmethylphenidate 5 mg tab	QL(60 cada 30 días)		
dexrazoxane 250 mg vial			
dexrazoxane 500 mg vial		18	
dextroamp-amphet er 10 mg cap	QL(30 cada 30 días)	6	
dextroamp-amphet er 15 mg cap	QL(60 cada 30 días)	6	
dextroamp-amphet er 20 mg cap	QL(60 cada 30 días)	6	
dextroamp-amphet er 25 mg cap	QL(60 cada 30 días)	6	
dextroamp-amphet er 30 mg cap	QL(60 cada 30 días)	6	
dextroamp-amphet er 5 mg cap	QL(30 cada 30 días)	6	
dextroamp-amphetam 12.5 mg tab	QL(120 cada 30 días)	3	
dextroamp-amphetam 7.5 mg tab	QL(180 cada 30 días)	3	
dextroamp-amphetamin 10 mg tab	QL(180 cada 30 días)	3	
dextroamp-amphetamin 15 mg tab	QL(120 cada 30 días)	3	

ST – Terapia por fases • QL – Límite en las cantidades • PA – Autorización previa • OTC – Medicamentos sin receta

Nombre del medicamento	Requistos de administratción del uso	Edad mínima	Edad máxima
dextroamp-amphetamin 20 mg tab	QL(90 cada 30 días)	3	
dextroamp-amphetamin 30 mg tab	QL(60 cada 30 días)	3	
dextroamp-amphetamine 5 mg tab	QL(180 cada 30 días)	3	
dextroamphetamine 10 mg tab	QL(60 cada 30 días)		
dextroamphetamine 5 mg tab	QL(60 cada 30 días)		
dextrose 10%-0.2% nacl iv soln			
dextrose 10%-0.45% nacl iv sol			
dextrose 10%-water iv solution			
dextrose 2.5%-0.45% nacl iv			
dextrose 20%-water iv soln			
dextrose 25%-water syringe			
dextrose 30%-water iv soln			
dextrose 40%-water iv soln			
dextrose 5%-0.2% nacl iv soln			
dextrose 5%-0.3% nacl iv soln			
dextrose 5%-0.45% nacl iv soln			
dextrose 5%-0.9% nacl iv soln			
dextrose 5%-electrolyte 48			
dextrose 5%-lr iv solution			
dextrose 5%-water iv soln			
dextrose 5%-water iv soln			
dextrose 50%-water syringe			
dextrose 50%-water vial			
dextrose 70%-water iv soln			
diabetic siltussin das-na 100 mg/5 ml oral liquid OTC			
DIALYVITE 1 MG-100 MG-300 MCG-50 MG TABLET OTC			
DIALYVITE 100 MG-1 MG TABLET OTC			
DIALYVITE 3000 3 MG-70 MCG-15 MG TABLET OTC			
DIALYVITE 5000 5 MG TABLET OTC			
DIALYVITE SUPREME D 3 MG-2,000 UNIT TABLET OTC			
DIASTAT 2.5 MG RECTAL KIT	QL(2 cada 30 días)		18
DIASTAT ACUDIAL 12.5 MG-15 MG-17.5 MG-20 MG RECTAL KIT	QL(2 cada 30 días)		18
DIASTAT ACUDIAL 5 MG-7.5 MG-10 MG RECTAL KIT	QL(2 cada 30 días)		18
diazepam 10 mg rectal gel syst	QL(2 cada 30 días)		18
diazepam 10 mg tablet	QL(120 cada 30 días)		
diazepam 2 mg tablet	QL(120 cada 30 días)		
diazepam 2.5 mg rectal gel sys	QL(2 cada 30 días)		18
diazepam 20 mg rectal gel syst	QL(2 cada 30 días)		18
diazepam 5 mg tablet	QL(120 cada 30 días)		
diazepam 5 mg/5 ml solution	QL(1200 cada 30 días)		
DICLEGIS 10 MG-10 MG TABLET,DELAYED RELEASE	QL(120 cada 30 días)	18	
diclofenac 0.1% eye drops			
diclofenac pot 50 mg tablet			
diclofenac sod ec 25 mg tab			
diclofenac sod ec 50 mg tab			
diclofenac sod ec 75 mg tab			
diclofenac sod er 100 mg tab			

ST – Terapia por fases • QL – Límite en las cantidades • PA – Autorización previa • OTC – Medicamentos sin receta

Nombre del medicamento	Requistos de administratción del uso	Edad mínima	Edad máxima
diclofenac sodium 3% gel	PA,QL(200 cada 30 días)	18	
dicloxacillin 250 mg capsule			
dicloxacillin 500 mg capsule			
dicyclomine 10 mg capsule			
dicyclomine 10 mg/5 ml soln			
dicyclomine 20 mg tablet			
didanosine dr 125 mg capsule			
didanosine dr 200 mg capsule			
didanosine dr 250 mg capsule			
didanosine dr 400 mg capsule			
DIFFERIN 0.1 % LOTION		12	
DIFFERIN 0.1 % TOPICAL CREAM		12	
digoxin 0.05 mg/ml solution			
digoxin 125 mcg tablet			
digoxin 250 mcg tablet			
dilantin 30 mg capsule			
dilantin extended 100 mg capsule			
DILANTIN INFATABS 50 MG CHEWABLE TABLET			
DILANTIN-125 125 MG/5 ML ORAL SUSPENSION			
diltiazem 120 mg tablet			
diltiazem 12hr er 120 mg cap			
diltiazem 12hr er 60 mg cap			
diltiazem 12hr er 90 mg cap			
diltiazem 24h er(cd) 120 mg cp			
diltiazem 24h er(cd) 180 mg cp			
diltiazem 24h er(cd) 240 mg cp			
diltiazem 24h er(cd) 300 mg cp			
diltiazem 24h er(cd) 360 mg cp			
diltiazem 24h er(xr) 120 mg cp			
diltiazem 24h er(xr) 180 mg cp			
diltiazem 24h er(xr) 240 mg cp			
diltiazem 24hr er 120 mg cap			
diltiazem 24hr er 180 mg cap			
diltiazem 24hr er 240 mg cap			
diltiazem 24hr er 300 mg cap			
diltiazem 24hr er 360 mg cap			
diltiazem 24hr er 420 mg cap			
diltiazem 30 mg tablet			
diltiazem 60 mg tablet			
diltiazem 90 mg tablet			
diphenhist 12.5 mg/5 ml soln OTC			
diphenhydramine 50 mg/ml crpjt			
diphenhydramine 50 mg/ml vial			
diphenoxylate-atrop 2.5-0.025			
dipyridamole 25 mg tablet			
dipyridamole 50 mg tablet			
dipyridamole 75 mg tablet			

ST – Terapia por fases • QL – Límite en las cantidades • PA – Autorización previa • OTC – Medicamentos sin receta

Nombre del medicamento	Requistos de administratción del uso	Edad mínima	Edad máxima
disopyramide 100 mg capsule			
disopyramide 150 mg capsule			
disulfiram 250 mg tablet			
disulfiram 500 mg tablet			
DIURIL 250 MG/5 ML ORAL SUSPENSION			11
divalproex dr 125 mg cap sprnk			
divalproex sod dr 125 mg tab			
divalproex sod dr 250 mg tab			
divalproex sod dr 500 mg tab			
divalproex sod er 250 mg tab			
divalproex sod er 500 mg tab			
dobutamine 1 gm-d5w 250 ml			
dobutamine 12.5 mg/ml vial			
dobutamine 250 mg-d5w 250 ml			
dobutamine 250 mg/20 ml vial			
dobutamine 500 mg-d5w 250 ml			
docetaxel 160 mg/16 ml vial		18	
docetaxel 160 mg/8 ml vial		18	
docetaxel 20 mg/2 ml vial		18	
docetaxel 20 mg/ml vial		18	
docetaxel 200 mg/10 ml vial		18	
docetaxel 80 mg/4 ml vial		18	
docetaxel 80 mg/8 ml vial		18	
donepezil hcl 10 mg tablet		18	
donepezil hcl 5 mg tablet	QL(60 cada 30 días)	18	
donepezil hcl odt 10 mg tablet		18	
donepezil hcl odt 5 mg tablet		18	
DORIBAX 250 MG VIAL			
DORIBAX 500 MG VIAL			
dorzolamide hcl 2% eye drops			
dorzolamide-timolol eye drops	QL(10 cada 30 días)		
dothelle dha softgel		12	
DOVATO 50 MG-300 MG TABLET			
doxazosin mesylate 1 mg tab	QL(60 cada 30 días)		
doxazosin mesylate 2 mg tab	QL(60 cada 30 días)		
doxazosin mesylate 4 mg tab	QL(60 cada 30 días)		
doxazosin mesylate 8 mg tab			
doxepin 10 mg capsule	QL(240 cada 30 días)	12	
doxepin 10 mg/ml oral conc	QL(900 cada 30 días)	12	
doxepin 100 mg capsule	QL(90 cada 30 días)	12	
doxepin 150 mg capsule	QL(60 cada 30 días)	12	
doxepin 25 mg capsule	QL(90 cada 30 días)	12	
doxepin 5% cream	PA,QL(90 cada 30 días)	18	
doxepin 50 mg capsule	QL(90 cada 30 días)	12	
doxepin 75 mg capsule	QL(90 cada 30 días)	12	
doxercalciferol 0.5 mcg cap			
doxercalciferol 1 mcg capsule			

ST – Terapia por fases • QL – Límite en las cantidades • PA – Autorización previa • OTC – Medicamentos sin receta

Nombre del medicamento	Requistos de administratción del uso	Edad mínima	Edad máxima
doxercalciferol 2.5 mcg cap			
doxorubicin 10 mg/5 ml vial			
doxorubicin 150 mg/75 ml vial			
doxorubicin 20 mg/10 ml vial			
doxorubicin 50 mg vial			
doxorubicin 50 mg/25 ml vial			
doxorubicin liposome 20mg/10ml			
doxycycline hyclate 100 mg cap			
doxycycline hyclate 100 mg tab			
doxycycline hyclate 150 mg tab			
doxycycline hyclate 20 mg tab			
doxycycline hyclate 50 mg cap			
doxycycline hyclate 75 mg tab			
droperidol 2.5 mg/ml vial		18	
DROPLET INSULIN SYRINGE 0.3 ML 30 GAUGE X 1/2"			
DROPLET INSULIN SYRINGE 0.3 ML 30 GAUGE X 15/64"			
DROPLET INSULIN SYRINGE 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16"			
DROPLET INSULIN SYRINGE 0.3 ML 31 GAUGE X 15/64"			
DROPLET INSULIN SYRINGE 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"			
DROPLET INSULIN SYRINGE 1 ML 30 GAUGE X 1/2"			
DROPLET INSULIN SYRINGE 1 ML 30 GAUGE X 15/64"			
DROPLET INSULIN SYRINGE 1 ML 30 GAUGE X 5/16"			
DROPLET INSULIN SYRINGE 1 ML 31 GAUGE X 15/64"			
DROPLET INSULIN SYRINGE 1 ML 31 GAUGE X 5/16"			
DROPLET INSULIN SYRINGE HALF UNIT 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2"			
DROPLET INSULIN SYRINGE HALF UNIT 0.5 ML 30 GAUGE X 15/64"			
DROPLET INSULIN SYRINGE HALF UNIT 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"			
DROPLET INSULIN SYRINGE HALF UNIT 0.5 ML 31 GAUGE X 15/64"			
DROPLET INSULIN SYRINGE HALF UNIT 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"			
DROPLET LANCETS 30 GAUGE			
DROPLET LANCING DEVICE			
DROPLET PEN NEEDLE 29 GAUGE X 1/2"			
DROPLET PEN NEEDLE 29 GAUGE X 3/8"			
DROPLET PEN NEEDLE 31 GAUGE X 1/4"			
DROPLET PEN NEEDLE 31 GAUGE X 3/16"			
DROPLET PEN NEEDLE 31 GAUGE X 5/16"			
DROPLET PEN NEEDLE 32 GAUGE X 1/4"			
DROPLET PEN NEEDLE 32 GAUGE X 3/16"			
DROPLET PEN NEEDLE 32 GAUGE X 5/16"			
DROPLET PEN NEEDLE 32 GAUGE X 5/32"			
DROPSAFE PEN NEEDLE 31 GAUGE X 1/4"			
DROPSAFE PEN NEEDLE 31 GAUGE X 5/16"			
drosp-ee-levomef 3-0.02-0.451	QL(91 cada 90 días)	12	

ST – Terapia por fases • QL – Límite en las cantidades • PA – Autorización previa • OTC – Medicamentos sin receta

Nombre del medicamento	Requistos de administratción del uso	Edad mínima	Edad máxima
drospirenone-ee 3-0.02 mg tab	QL(91 cada 90 días)	12	
drospirenone-ee 3-0.03 mg tab	QL(91 cada 90 días)	12	
DULERA 100 MCG-5 MCG/ACTUATION HFA AEROSOL INHALER	QL(13 cada 30 días)	12	
DULERA 200 MCG-5 MCG/ACTUATION HFA AEROSOL INHALER	QL(13 cada 30 días)	12	
duloxetine hcl dr 20 mg cap	QL(60 cada 30 días)	6	
duloxetine hcl dr 30 mg cap	QL(60 cada 30 días)	6	
duloxetine hcl dr 40 mg cap		6	
duloxetine hcl dr 60 mg cap	QL(60 cada 30 días)	6	
DUREX AVANTI BARE REAL FEEL CONDOM OTC			
DUREZOL 0.05 % EYE DROPS			
dutasteride 0.5 mg capsule			
DYANAVEL XR 2.5 MG/ML ORAL 24 HR EXTENDED RELEASE SUSPENSION	QL(240 cada 30 días)	6	
E-Z JECT LANCETS			
E-Z JECT LANCETS 26 GAUGE			
E-Z JECT LANCETS 30 GAUGE			
E-Z JECT LANCETS 32 GAUGE			
E-Z JECT LANCETS 33 GAUGE			
E-Z JECT THIN LANCETS 28 GAUGE			
E-Z SPACER			
e.c. prin 325 mg tablet,delayed release OTC			
E.E.S. GRANULES 200 MG/5 ML ORAL SUSPENSION			
EASIVENT HOLDING CHAMBER			
EASIVENT MASK LARGE			
EASIVENT MASK MEDIUM			
EASIVENT MASK SMALL			
EASY CLICK LANCING DEVICE			
EASY COMFORT INSULIN SYRINGE 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16"			
EASY COMFORT INSULIN SYRINGE 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2"			
EASY COMFORT INSULIN SYRINGE 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"			
EASY COMFORT INSULIN SYRINGE 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"			
EASY COMFORT INSULIN SYRINGE 1 ML 30 GAUGE X 1/2"			
EASY COMFORT INSULIN SYRINGE 1 ML 30 GAUGE X 5/16"			
EASY COMFORT INSULIN SYRINGE 1 ML 31 GAUGE X 5/16"			
EASY COMFORT LANCETS 30 GAUGE			
EASY COMFORT PEN NEEDLES 31 GAUGE X 1/4"			
EASY COMFORT PEN NEEDLES 31 GAUGE X 3/16"			
EASY COMFORT PEN NEEDLES 31 GAUGE X 5/16"			
EASY COMFORT PEN NEEDLES 32 GAUGE X 5/32"			
EASY GLIDE INSULIN SYRINGE 0.3 ML 31 GAUGE X 15/64"			
EASY GLIDE INSULIN SYRINGE 1 ML 31 GAUGE X 15/64"			
EASY GLIDE INSULIN SYRINGE 1/2 ML 31 GAUGE X 15/64"			
EASY GLIDE PEN NEEDLE 33 GAUGE X 5/32"			
EASY MINI EJECT LANCING DEVICE			
EASY TOUCH 29 GAUGE X 1/2" NEEDLE			
EASY TOUCH 31 GAUGE X 1/4" NEEDLE			
EASY TOUCH 31 GAUGE X 3/16" NEEDLE			
EASY TOUCH 31 GAUGE X 5/16" NEEDLE			

ST – Terapia por fases • QL – Límite en las cantidades • PA – Autorización previa • OTC – Medicamentos sin receta

Nombre del medicamento	Requistos de administratción del uso	Edad mínima	Edad máxima
EASY TOUCH 32 GAUGE X 1/4" NEEDLE			
EASY TOUCH 32 GAUGE X 3/16" NEEDLE			
EASY TOUCH 32 GAUGE X 5/32" NEEDLE			
EASY TOUCH ALCOHOL PREP PADS OTC			
EASY TOUCH FLIPLOCK INSULIN 1 ML 29 GAUGE X 1/2" SYRINGE			
EASY TOUCH FLIPLOCK INSULIN 1 ML 31 GAUGE X 5/16" SYRINGE			
EASY TOUCH FLIPLOCK INSULIN SYRINGE 1 ML 30 GAUGE X 1/2"			
EASY TOUCH FLIPLOCK INSULIN SYRINGE 1 ML 30 GAUGE X 5/16"			
EASY TOUCH INSULIN SAFETY SYRINGE 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"			
EASY TOUCH INSULIN SAFETY SYRINGE 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"			
EASY TOUCH INSULIN SAFETY SYRINGE 1 ML 29 GAUGE X 1/2"			
EASY TOUCH INSULIN SAFETY SYRINGE 1 ML 30 GAUGE X 1/2"			
EASY TOUCH INSULIN SYRINGE 0.3 ML 30 GAUGE X 1/2"			
EASY TOUCH INSULIN SYRINGE 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16"			
EASY TOUCH INSULIN SYRINGE 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"			
EASY TOUCH INSULIN SYRINGE 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"			
EASY TOUCH INSULIN SYRINGE 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2"			
EASY TOUCH INSULIN SYRINGE 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"			
EASY TOUCH INSULIN SYRINGE 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"			
EASY TOUCH INSULIN SYRINGE 1 ML 27 GAUGE X 1/2"			
EASY TOUCH INSULIN SYRINGE 1 ML 28 GAUGE X 1/2"			
EASY TOUCH INSULIN SYRINGE 1 ML 29 GAUGE X 1/2"			
EASY TOUCH INSULIN SYRINGE 1 ML 30 GAUGE X 1/2"			
EASY TOUCH INSULIN SYRINGE 1 ML 30 GAUGE X 5/16"			
EASY TOUCH INSULIN SYRINGE 1 ML 31 GAUGE X 5/16"			
EASY TOUCH INSULIN SYRINGE 1/2 ML 27 GAUGE X 1/2"			
EASY TOUCH INSULIN SYRINGE 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2"			
EASY TOUCH LANCETS 26 GAUGE			
EASY TOUCH LANCETS 28 GAUGE			
EASY TOUCH LANCETS 30 GAUGE			
EASY TOUCH LANCETS 32 GAUGE			
EASY TOUCH LANCING DEVICE			
EASY TOUCH LUER LOCK INSULIN 1 ML SYRINGE			
EASY TOUCH PEN NEEDLE 30 GAUGE X 5/16"			
EASY TOUCH SAFETY LANCETS 21 GAUGE			
EASY TOUCH SAFETY LANCETS 23 GAUGE			
EASY TOUCH SAFETY LANCETS 26 GAUGE			
EASY TOUCH SAFETY LANCETS 28 GAUGE			
EASY TOUCH SAFETY LANCETS 30 GAUGE			
EASY TOUCH SAFETY LANCETS 32 GAUGE			
EASY TOUCH SHEATHLOCK INSULIN 1 ML 29 GAUGE X 1/2" SYRINGE			

ST – Terapia por fases • QL – Límite en las cantidades • PA – Autorización previa • OTC – Medicamentos sin receta

Nombre del medicamento	Requistos de administratción del uso	Edad mínima	Edad máxima
EASY TOUCH SHEATHLOCK INSULIN 1 ML 30 GAUGE X 5/16" SYRINGE			
EASY TOUCH SHEATHLOCK INSULIN 1 ML 31 GAUGE X 5/16" SYRINGE			
EASY TOUCH SHEATHLOCK INSULIN SYRINGE 1 ML 30 GAUGE X 1/2"			
EASY TOUCH TWIST LANCETS 26 GAUGE			
EASY TOUCH TWIST LANCETS 28 GAUGE			
EASY TOUCH TWIST LANCETS 30 GAUGE			
EASY TOUCH TWIST LANCETS 32 GAUGE			
EASY TOUCH TWIST LANCETS 33 GAUGE			
EASY TOUCH UNI-SLIP 1 ML SYRINGE			
EASY TWIST AND CAP LANCETS 28 GAUGE			
ec-naproxen 375 mg tablet,delayed release			
ec-naproxen 500 mg tablet,delayed release			
ECLIPSE NEEDLE 23 GAUGE X 1"			
ECLIPSE NEEDLE 25 X 5/8"			
ECLIPSE NEEDLE 27 GAUGE X 1/2"			
ECLIPSE SYRINGE 3 ML 21 GAUGE X 1"			
ECLIPSE SYRINGE 3 ML 25 GAUGE X 1"			
econazole nitrate 1% cream			
econtra ez 1.5 mg tablet OTC	QL(2 cada 30 días)	12	
econtra one-step 1.5 mg tablet OTC	QL(2 cada 30 días)	12	
ed-apap 160 mg/5 ml oral liquid OTC			6
EDURANT 25 MG TABLET	QL(30 cada 30 días)	12	
EFFER-K 10 MEQ EFFERVESCENT TABLET			
EFFER-K 20 MEQ EFFERVESCENT TABLET			
effer-k 25 meq effervescent tablet			
ELELYSO 200 UNIT INTRAVENOUS SOLUTION	PA,QL(82 cada 28 días)	4	
ELIDEL 1 % TOPICAL CREAM	QL(100 cada 30 días)		
elinest 0.3 mg-30 mcg tablet	QL(91 cada 90 días)	12	
ELIQUIS 2.5 MG TABLET	QL(60 cada 30 días)	18	
ELIQUIS 5 MG (74 TABS) TABLETS IN A DOSE PACK		18	
ELIQUIS 5 MG TABLET	QL(74 cada 30 días)	18	
elite-ob 50 mg iron-1.25 mg tablet		12	
ELIXOPHYLLIN 80 MG/15 ML ORAL ELIXIR			
ELLA 30 MG TABLET	QL(60 cada 30 días)	12	
EMBEDA 100 MG-4 MG CAPSULE, EXTEND RELEASE, ORAL ONLY	QL(60 cada 30 días)	18	
EMBEDA 20 MG-0.8 MG CAPSULE, EXTEND RELEASE, ORAL ONLY	QL(60 cada 30 días)	18	
EMBEDA 30 MG-1.2 MG CAPSULE, EXTEND RELEASE, ORAL ONLY	QL(60 cada 30 días)	18	
EMBEDA 50 MG-2 MG CAPSULE, EXTEND RELEASE, ORAL ONLY	QL(60 cada 30 días)	18	
EMBEDA 60 MG-2.4 MG CAPSULE, EXTEND RELEASE, ORAL ONLY	QL(60 cada 30 días)	18	

ST – Terapia por fases • QL – Límite en las cantidades • PA – Autorización previa • OTC – Medicamentos sin receta

Nombre del medicamento	Requistos de administratción del uso	Edad mínima	Edad máxima
EMBEDA 80 MG-3.2 MG CAPSULE, EXTEND RELEASE, ORAL ONLY	QL(60 cada 30 días)	18	
EMBRACE LANCETS 30 GAUGE			
EMEND 125 MG CAPSULE	QL(4 cada 28 días)		
EMEND 80 MG CAPSULE	QL(4 cada 28 días)		
EMGALITY PEN 120 MG/ML SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR		18	
emoquette 0.15 mg-0.03 mg tablet	QL(91 cada 90 días)	12	
EMTRIVA 10 MG/ML ORAL SOLUTION			
EMTRIVA 200 MG CAPSULE			
enalapril maleate 10 mg tab			
enalapril maleate 2.5 mg tab			
enalapril maleate 20 mg tab			
enalapril maleate 5 mg tablet			
enalapril-hctz 10-25 mg tablet			
enalapril-hctz 5-12.5 mg tab			
ENBREL 25 MG (1 ML) SUBCUTANEOUS SOLUTION	PA,QL(8 cada 28 días)	2	
ENBREL 25 MG/0.5 ML (0.51 ML) SUBCUTANEOUS SYRINGE	PA,QL(5 cada 28 días)	2	
ENBREL 50 MG/ML (0.98 ML) SUBCUTANEOUS SYRINGE	PA,QL(8 cada 28 días)	2	
ENBREL MINI 50 MG/ML (0.98 ML) SUBCUTANEOUS CARTRIDGE	PA	2	
ENBREL SURECLICK 50 MG/ML (0.98 ML) SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR	PA,QL(8 cada 28 días)	2	
enoxaparin 100 mg/ml syringe	QL(60 cada 30 días)		
enoxaparin 120 mg/0.8 ml syr	QL(48 cada 30 días)		
enoxaparin 150 mg/ml syringe	QL(60 cada 30 días)		
enoxaparin 30 mg/0.3 ml syr	QL(18 cada 30 días)		
enoxaparin 300 mg/3 ml vial	QL(90 cada 30 días)		
enoxaparin 40 mg/0.4 ml syr	QL(24 cada 30 días)		
enoxaparin 60 mg/0.6 ml syr	QL(36 cada 30 días)		
enoxaparin 80 mg/0.8 ml syr	QL(48 cada 30 días)		
enpresse 50-30 (6)/75-40(5)/125-30(10) tablet	QL(91 cada 90 días)	12	
enskyce 0.15 mg-0.03 mg tablet	QL(91 cada 90 días)	12	
entecavir 0.5 mg tablet			
entecavir 1 mg tablet			
ENTRESTO 24 MG-26 MG TABLET			
ENTRESTO 49 MG-51 MG TABLET			
ENTRESTO 97 MG-103 MG TABLET			
epinephrine 0.15 mg auto-injct	QL(2 cada 30 días)		
epinephrine 0.3 mg auto-inject	QL(2 cada 30 días)		
epirubicin 200 mg/100 ml vial			
epirubicin 50 mg/25 ml vial			
epitol 200 mg tablet			
EPIVIR 10 MG/ML ORAL SOLUTION			
EPIVIR HBV 25 MG/5 ML (5 MG/ML) ORAL SOLUTION			11
eplerenone 25 mg tablet			
eplerenone 50 mg tablet			
EPOGEN 10,000 UNIT/ML INJECTION SOLUTION	PA		
EPOGEN 2,000 UNIT/ML INJECTION SOLUTION	PA		
EPOGEN 20,000 UNIT/ML INJECTION SOLUTION	PA		

ST – Terapia por fases • QL – Límite en las cantidades • PA – Autorización previa • OTC – Medicamentos sin receta

Nombre del medicamento	Requistos de administratción del uso	Edad mínima	Edad máxima
EPOGEN 3,000 UNIT/ML INJECTION SOLUTION	PA		
EPOGEN 4,000 UNIT/ML INJECTION SOLUTION	PA		
epoprostenol sodium 0.5 mg vl			
epoprostenol sodium 1.5 mg vl			
EQUETRO 100 MG CAPSULE, EXTENDED RELEASE		6	
EQUETRO 200 MG CAPSULE, EXTENDED RELEASE		6	
EQUETRO 300 MG CAPSULE, EXTENDED RELEASE		6	
ERAXIS(WATER DILUENT) 100 MG INTRAVENOUS SOLUTION			
ERAXIS(WATER DILUENT) 50 MG INTRAVENOUS SOLUTION			
errin 0.35 mg tablet	QL(91 cada 90 días)	12	
erythromycin 0.5% eye ointment			
escitalopram 10 mg tablet	QL(30 cada 30 días)	6	
escitalopram 20 mg tablet	QL(30 cada 30 días)	6	
escitalopram 5 mg tablet	QL(30 cada 30 días)	6	
estarylla 0.25 mg-35 mcg tablet	QL(91 cada 90 días)	12	
estradiol 0.0375 mg/day patch	QL(4 cada 28 días)		
estradiol 0.06 mg/day patch	QL(4 cada 28 días)		
estradiol 0.075 mg/day patch	QL(4 cada 28 días)		
estradiol 0.5 mg tablet			
estradiol 1 mg tablet			
estradiol 2 mg tablet			
estradiol tds 0.025 mg/day	QL(4 cada 28 días)		
estradiol tds 0.05 mg/day	QL(4 cada 28 días)		
estradiol tds 0.1 mg/day	QL(4 cada 28 días)		
estradiol valerate 20 mg/ml vl			
estradiol valerate 40 mg/ml vl			
estradiol-noreth 0.5-0.1 mg tb		18	
estradiol-noreth 1-0.5 mg tab		18	
ESTRING 2 MG (7.5 MCG/24 HOUR) VAGINAL RING	QL(1 cada 84 días)		
estropipate 0.625(0.75 mg) tab			
estropipate 1.25(1.5 mg) tab			
estropipate 2.5(3 mg) tab			
ESTROSTEP FE-28 1-20 (5)/1-30(7)/1MG-35MCG(9) TABLET	QL(91 cada 90 días)	12	
ethambutol hcl 100 mg tablet			
ethambutol hcl 400 mg tablet			
ethosuximide 250 mg capsule			
ethosuximide 250 mg/5 ml soln			
ethynodiol-eth estra 1mg-35mcg	QL(91 cada 90 días)	12	
ethynodiol-eth estra 1mg-50mcg	QL(91 cada 90 días)	12	
etoposide 100 mg/5 ml vial			
EUCRISA 2 % TOPICAL OINTMENT	QL(60 cada 30 días)	2	
EVOTAZ 300 MG-150 MG TABLET	QL(30 cada 30 días)	18	
EXEL INSULIN 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2" SYRINGE			
EXEL INSULIN 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16" SYRINGE			
EXEL INSULIN 1 ML 30 GAUGE X 5/16" SYRINGE			
EXEL INSULIN 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2" SYRINGE			
EXELON PATCH 13.3 MG/24 HOUR TRANSDERMAL		18	
EXELON PATCH 4.6 MG/24 HR TRANSDERMAL		18	

ST – Terapia por fases • QL – Límite en las cantidades • PA – Autorización previa • OTC – Medicamentos sin receta

Nombre del medicamento	Requistos de administratción del uso	Edad mínima	Edad máxima
EXELON PATCH 9.5 MG/24 HR TRANSDERMAL		18	
exemestane 25 mg tablet	QL(30 cada 30 días)	18	
EXONDYS 51 50 MG/ML INTRAVENOUS SOLUTION	PA		
EZ FLU 2018-19 (FLUCELVAX) KIT		4	
EZ SMART LANCETS 28 GAUGE			
ezetimibe 10 mg tablet	QL(30 cada 30 días)	10	
fabb 2.2 mg-25 mg-1 mg tablet OTC			
FABRAZYME 35 MG INTRAVENOUS SOLUTION	PA	8	
FABRAZYME 5 MG INTRAVENOUS SOLUTION	PA	8	
fallback solo 1.5 mg tablet OTC	QL(2 cada 30 días)	12	
falmina (28) 0.1 mg-20 mcg tablet	QL(91 cada 90 días)	12	
famotidine 20 mg piggyback			
famotidine 20 mg tablet	QL(60 cada 30 días)		
famotidine 20 mg/2 ml vial			
famotidine 40 mg tablet	QL(60 cada 30 días)		
famotidine 40 mg/4 ml vial			
FANTASY CONDOM OTC			
FARXIGA 10 MG TABLET			
FARXIGA 5 MG TABLET			
fayosim 0.15 mg-20 mcg/0.15 mg-25 mcg tablets,3 month dose pack	QL(91 cada 90 días)	12	
FC2 FEMALE CONDOM OTC			
felbamate 400 mg tablet			
felbamate 600 mg tablet			
felbamate 600 mg/5 ml susp			
FELBATOL 400 MG TABLET			
FELBATOL 600 MG TABLET			
FELBATOL 600 MG/5 ML ORAL SUSPENSION			
felodipine er 10 mg tablet			
felodipine er 2.5 mg tablet	QL(60 cada 30 días)		
felodipine er 5 mg tablet	QL(60 cada 30 días)		
FEMCAP 22 MM VAGINAL DEVICE			
FEMCAP 26 MM VAGINAL DEVICE			
FEMCAP 30 MM VAGINAL DEVICE			
FEMHRT LOW DOSE 0.5 MG-2.5 MCG TABLET			
femynor 0.25 mg-35 mcg tablet	QL(91 cada 90 días)	12	
fenofibrate 145 mg tablet			
fenofibrate 48 mg tablet			
fentanyl 100 mcg/hr patch	QL(10 cada 30 días)	18	
fentanyl 12 mcg/hr patch	QL(10 cada 30 días)	18	
fentanyl 25 mcg/hr patch	QL(10 cada 30 días)	18	
fentanyl 50 mcg/hr patch	QL(10 cada 30 días)	18	
fentanyl 75 mcg/hr patch	QL(10 cada 30 días)	18	
FERRALET 90 DUAL-IRON DELIVERY 90 MG-1 MG-12 MCG-50 MG TABLET OTC			
ferraplus 90 90 mg-1 mg-12 mcg-120 mg-50mg tablet OTC			
ferrous gluconate 324 mg tab OTC			
ferrous sulf ec 324 mg tablet OTC			

ST – Terapia por fases • QL – Límite en las cantidades • PA – Autorización previa • OTC – Medicamentos sin receta

Nombre del medicamento	Requistos de administratción del uso	Edad mínima	Edad máxima
FIFTY50 PEN 31G X 3/16" NEEDLE			
FIFTY50 PEN NEEDLE 32G X 1/4"			
FIFTY50 SAFETY SEAL LANCETS 30 GAUGE			
FIFTY50 SAFETY SEAL LANCETS 32 GAUGE			
FILTER NEEDLE 5 MICRON			
FILTER NEEDLE 5 MICRON			
FINACEA 15 % TOPICAL GEL			
finasteride 5 mg tablet			
FINE 30 UNIVERSAL LANCETS 30 GAUGE			
FINGERSTIX LANCETS			
FIRAZYR 30 MG/3 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE	PA,QL(9 cada 28 días)	18	
FLAREX 0.1 % EYE DROPS,SUSPENSION			
FLEBOGAMMA DIF 10 % INTRAVENOUS SOLUTION	PA		
FLEBOGAMMA DIF 5 % INTRAVENOUS SOLUTION	PA		
flecainide acetate 100 mg tab			
flecainide acetate 150 mg tab			
flecainide acetate 50 mg tab			
FLEXBUMIN 25 % INTRAVENOUS SOLUTION	PA		
FLEXBUMIN 5 % INTRAVENOUS SOLUTION	PA		
FLEXICHAMBER SPACER			
FLEXICHAMBER-LARGE CHILD MASK			
FLEXICHAMBER-SMALL ADULT MASK			
FLEXICHAMBER-SMALL CHILD MASK			
FLOVENT HFA 110 MCG/ACTUATION AEROSOL INHALER	QL(24 cada 30 días)		
FLOVENT HFA 220 MCG/ACTUATION AEROSOL INHALER	QL(24 cada 30 días)		
FLOVENT HFA 44 MCG/ACTUATION AEROSOL INHALER	QL(21.2 cada 30 días)		
floxuridine 500 mg vial			
FLUARIX QUAD 2018-2019 SYRINGE			
FLUBLOK QUAD 2018-2019 SYRINGE		18	
fluconazole 10 mg/ml susp			
fluconazole 100 mg tablet			
fluconazole 150 mg tablet			
fluconazole 200 mg tablet			
fluconazole 40 mg/ml susp			
fluconazole 50 mg tablet			
fluconazole-nacl 200 mg/100 ml			
fluconazole-nacl 400 mg/200 ml			
fludarabine 50 mg/2 ml vial			
fludrocortisone 0.1 mg tablet			
FLULAVAL QUAD 2018-2019 SYR			
FLUMIST QUAD NASAL 2018-19 VAC		2	49
fluocinolone oil 0.01% ear drp			
fluoride 0.25 mg tablet chew OTC			
fluoride 0.5 mg tablet chew OTC			
fluoride 1 mg tablet chewable OTC			
fluorouracil 0.5% cream			
fluorouracil 1,000 mg/20 ml vl			
fluorouracil 2% topical soln			

ST – Terapia por fases • QL – Límite en las cantidades • PA – Autorización previa • OTC – Medicamentos sin receta

Nombre del medicamento	Requistos de administratción del uso	Edad mínima	Edad máxima
fluorouracil 2,500 mg/50 ml vl			
fluorouracil 5% cream			
fluorouracil 5% topical soln			
fluorouracil 5,000 mg/100 ml			
fluorouracil 500 mg/10 ml vial			
fluoxetine 20 mg/5 ml solution	QL(600 cada 30 días)	6	11
fluoxetine hcl 10 mg capsule	QL(60 cada 30 días)	6	
fluoxetine hcl 20 mg capsule	QL(60 cada 30 días)	6	
fluoxetine hcl 40 mg capsule	QL(60 cada 30 días)	6	
fluphenazine 1 mg tablet	QL(300 cada 30 días)	6	
fluphenazine 10 mg tablet	QL(60 cada 30 días)	6	
fluphenazine 2.5 mg tablet	QL(120 cada 30 días)	6	
fluphenazine 2.5 mg/5 ml elix	QL(1200 cada 30 días)	6	
fluphenazine 2.5 mg/ml vial	QL(240 cada 30 días)	18	
fluphenazine 5 mg tablet	QL(120 cada 30 días)	6	
fluphenazine 5 mg/ml conc	QL(120 cada 30 días)	6	
fluphenazine dec 125 mg/5 ml		18	
flurbiprofen 0.03% eye drop			
flutamide 125 mg capsule	QL(180 cada 30 días)	18	
fluticasone prop 0.005% oint			
fluticasone prop 0.05% cream			
fluticasone prop 50 mcg spray	QL(16 cada 30 días)		
fluvoxamine maleate 100 mg tab	QL(60 cada 30 días)	6	
fluvoxamine maleate 25 mg tab	QL(60 cada 30 días)	6	
fluvoxamine maleate 50 mg tab	QL(60 cada 30 días)	6	
FLUZONE HIGH-DOSE 2018-19 SYR		65	
FLUZONE QUAD 2018-2019 SYRINGE		3	
FLUZONE QUAD 2018-2019 VIAL		3	
FLUZONE QUAD PEDI 2018-19 SYR			3
FML FORTE 0.25 % EYE DROPS,SUSPENSION			
FML S.O.P. 0.1 % EYE OINTMENT			
FOCALIN XR 10 MG CAPSULE,EXTENDED RELEASE	QL(30 cada 30 días)	6	
FOCALIN XR 15 MG CAPSULE,EXTENDED RELEASE	QL(30 cada 30 días)	6	
FOCALIN XR 20 MG CAPSULE,EXTENDED RELEASE	QL(30 cada 30 días)	6	
FOCALIN XR 25 MG CAPSULE,EXTENDED RELEASE	QL(30 cada 30 días)	6	
FOCALIN XR 30 MG CAPSULE,EXTENDED RELEASE	QL(30 cada 30 días)	6	
FOCALIN XR 35 MG CAPSULE,EXTENDED RELEASE	QL(30 cada 30 días)	6	
FOCALIN XR 40 MG CAPSULE,EXTENDED RELEASE	QL(30 cada 30 días)	6	
FOCALIN XR 5 MG CAPSULE,EXTENDED RELEASE	QL(30 cada 30 días)	6	
folic acid 1 mg tablet			
folic acid 5 mg/ml vial			
folivane-f 125 mg-1 mg-40 mg-3 mg capsule OTC			
folivane-ob 85 mg-1 mg capsule		12	
FOLTRATE 0.5 MG-1 MG TABLET OTC			
fomepizole 1.5 gm/1.5 ml vial			
FORA LANCING DEVICE			

ST – Terapia por fases • QL – Límite en las cantidades • PA – Autorización previa • OTC – Medicamentos sin receta

Nombre del medicamento	Requistos de administratción del uso	Edad mínima	Edad máxima
FORA V10-V12-D10-D20 STRIPS-LANCETS 30 GAUGE COMBO PACK			
FORACARE LANCETS 30 GAUGE			
fosinopril sodium 10 mg tab	QL(60 cada 30 días)		
fosinopril sodium 20 mg tab	QL(60 cada 30 días)		
fosinopril sodium 40 mg tab			
fosinopril-hctz 10-12.5 mg tab			
fosinopril-hctz 20-12.5 mg tab			
FREAMINE HBC 6.9 % INTRAVENOUS SOLUTION			
FREAMINE III 10 % INTRAVENOUS SOLUTION			
FREESTYLE LANCETS 28 GAUGE			
FREESTYLE PRECISION 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16" SYRINGE			
FREESTYLE PRECISION 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16" SYRINGE			
FREESTYLE PRECISION 1 ML 30 GAUGE X 5/16" SYRINGE			
FREESTYLE PRECISION 1 ML 31 GAUGE X 5/16" SYRINGE			
FREESTYLE UNISTIK 2			
furosemide 10 mg/ml solution			
furosemide 20 mg tablet			
furosemide 40 mg tablet			
furosemide 40 mg/4 ml syringe			
furosemide 40 mg/4 ml vial			
furosemide 40 mg/5 ml soln			
furosemide 80 mg tablet			
FUSION PLUS 130 MG IRON-1,250 MCG CAPSULE OTC			
FUZEON 90 MG SUBCUTANEOUS SOLUTION	PA	6	
FYCOMPA 0.5 MG/ML ORAL SUSPENSION		4	
FYCOMPA 10 MG TABLET		4	
FYCOMPA 12 MG TABLET		4	
FYCOMPA 2 MG TABLET		4	
FYCOMPA 4 MG TABLET		4	
FYCOMPA 6 MG TABLET		4	
FYCOMPA 8 MG TABLET		4	
gabapentin 100 mg capsule			
gabapentin 250 mg/5 ml soln			
gabapentin 250 mg/5 ml soln			
gabapentin 300 mg capsule			
gabapentin 300 mg/6 ml soln			
gabapentin 400 mg capsule			
gabapentin 600 mg tablet			
gabapentin 800 mg tablet			
GABITRIL 12 MG TABLET			
GABITRIL 16 MG TABLET			
GABITRIL 2 MG TABLET			
GABITRIL 4 MG TABLET			
GAMASTAN S/D 15 %-18 % RANGE INTRAMUSCULAR SOLUTION	PA		
GAMMAGARD LIQUID 10 % INJECTION SOLUTION	PA		

ST – Terapia por fases • QL – Límite en las cantidades • PA – Autorización previa • OTC – Medicamentos sin receta

Nombre del medicamento	Requistos de administratción del uso	Edad mínima	Edad máxima
GAMMAGARD S-D (IGA < 1 MCG/ML) 10 GRAM INTRAVENOUS SOLUTION	PA		
GAMMAGARD S-D (IGA < 1 MCG/ML) 5 GRAM INTRAVENOUS SOLUTION	PA		
GAMMAKED 1 GRAM/10 ML (10 %) INJECTION SOLUTION	PA		
GAMMAKED 10 GRAM/100 ML (10 %) INJECTION SOLUTION	PA		
GAMMAKED 2.5 GRAM/25 ML (10 %) INJECTION SOLUTION	PA		
GAMMAKED 20 GRAM/200 ML (10 %) INJECTION SOLUTION	PA		
GAMMAKED 5 GRAM/50 ML (10 %) INJECTION SOLUTION	PA		
GAMMAPLEX (WITH SORBITOL) 5 % INTRAVENOUS SOLUTION	PA		
GAMMAPLEX 10 % INTRAVENOUS SOLUTION	PA		
GAMUNEX-C 1 GRAM/10 ML (10 %) INJECTION SOLUTION	PA		
GAMUNEX-C 10 GRAM/100 ML (10 %) INJECTION SOLUTION	PA		
GAMUNEX-C 2.5 GRAM/25 ML (10 %) INJECTION SOLUTION	PA		
GAMUNEX-C 20 GRAM/200 ML (10 %) INJECTION SOLUTION	PA		
GAMUNEX-C 40 GRAM/400 ML (10 %) INJECTION SOLUTION	PA		
GAMUNEX-C 5 GRAM/50 ML (10 %) INJECTION SOLUTION	PA		
ganciclovir 500 mg vial			
ganciclovir 500 mg/10 ml vial			
GAVISCON 95 MG-358 MG/15 ML ORAL SUSPENSION OTC			
gemcitabine 1 gram/26.3 ml vl			
gemcitabine 2 gram/52.6 ml vl			
gemcitabine 200 mg/5.26 ml vl			
gemcitabine hcl 1 gram vial			
gemcitabine hcl 2 gram vial			
gemcitabine hcl 2 gram/20 ml			
gemcitabine hcl 200 mg vial			
gemfibrozil 600 mg tablet			
GENERESS FE 0.8 MG-25 MCG (24)/75 MG (4) CHEWABLE TABLET	QL(91 cada 90 días)	12	
GENOTROPIN 12 MG/ML (36 UNIT/ML) SUBCUTANEOUS CARTRIDGE	PA		16
GENOTROPIN 5 MG/ML (15 UNIT/ML) SUBCUTANEOUS CARTRIDGE	PA		16
GENOTROPIN MINIQUICK 0.2 MG/0.25 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE	PA		16
GENOTROPIN MINIQUICK 0.4 MG/0.25 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE	PA		16
GENOTROPIN MINIQUICK 0.6 MG/0.25 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE	PA		16
GENOTROPIN MINIQUICK 0.8 MG/0.25 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE	PA		16
GENOTROPIN MINIQUICK 1 MG/0.25 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE	PA		16
GENOTROPIN MINIQUICK 1.2 MG/0.25 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE	PA		16
GENOTROPIN MINIQUICK 1.4 MG/0.25 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE	PA		16

ST – Terapia por fases • QL – Límite en las cantidades • PA – Autorización previa • OTC – Medicamentos sin receta

Nombre del medicamento	Requistos de administratción del uso	Edad mínima	Edad máxima
GENOTROPIN MINIQUICK 1.6 MG/0.25 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE	PA		16
GENOTROPIN MINIQUICK 1.8 MG/0.25 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE	PA		16
GENOTROPIN MINIQUICK 2 MG/0.25 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE	PA		16
gentamicin 0.1% cream			
gentamicin 3 mg/ml eye drop			
gentamicin 80 mg/2 ml vial			
gentamicin ped 20 mg/2 ml vial			
GENTEEL VACUUM LANCING DEVICE COMBO PACK			
GENVOYA 150 MG-150 MG-200 MG-10 MG TABLET	QL(30 cada 30 días)	12	
GIANVI (28) 3 MG-0.02 MG TABLET	QL(91 cada 90 días)	12	
GILENYA 0.5 MG CAPSULE	QL(28 cada 28 días)	10	
GLASSIA 1 GRAM/50 ML (2 %) INTRAVENOUS SOLUTION	PA	18	
GLEEVEC 100 MG TABLET	QL(90 cada 30 días)	1	
GLEEVEC 400 MG TABLET	QL(60 cada 30 días)	1	
glimepiride 1 mg tablet			
glimepiride 2 mg tablet			
glimepiride 4 mg tablet	QL(60 cada 30 días)		
glipizide 10 mg tablet			
glipizide 5 mg tablet			
glipizide er 10 mg tablet			
glipizide er 2.5 mg tablet			
glipizide er 5 mg tablet			
glipizide-metformin 2.5-250 mg			
glipizide-metformin 2.5-500 mg			
glipizide-metformin 5-500 mg			
GLUCAGEN DIAGNOSTIC KIT 1 MG/ML INJECTION			
GLUCAGEN HYPOKIT 1 MG INJECTION			
glucagon 1 mg vial			
GLUCAGON EMERGENCY KIT (HUMAN-RECOMB) 1 MG SOLUTION FOR INJECTION			
GLUCOCOM LANCETS 28 GAUGE			
GLUCOCOM LANCETS 30 GAUGE			
GLUCOCOM LANCETS 33 GAUGE			
glyburid-metformin 1.25-250 mg			
glyburide 1.25 mg tablet			
glyburide 2.5 mg tablet			
glyburide 5 mg tablet			
glyburide micro 1.5 mg tab			
glyburide micro 3 mg tablet			
glyburide micro 6 mg tablet			
glyburide-metformin 2.5-500 mg			
glyburide-metformin 5-500 mg			
glycopyrrolate 1 mg tablet			
glycopyrrolate 2 mg tablet			
GLYRX-PF 0.2 MG/ML INJECTION SOLUTION			

ST – Terapia por fases • QL – Límite en las cantidades • PA – Autorización previa • OTC – Medicamentos sin receta

Nombre del medicamento	Requistos de administratción del uso	Edad mínima	Edad máxima
GLYSET 100 MG TABLET			
GLYSET 25 MG TABLET			
GLYSET 50 MG TABLET			
GLYXAMBI 10 MG-5 MG TABLET	QL(30 cada 30 días)	18	
GLYXAMBI 25 MG-5 MG TABLET	QL(30 cada 30 días)	18	
GOLYTELY 227.1 GRAM-21.5 GRAM-6.36 GRAM ORAL POWDER PACKET			
GOLYTELY 236 GRAM-22.74 GRAM-6.74 GRAM-5.86 GRAM ORAL SOLUTION			
granisetron hcl 0.1 mg/ml vial	QL(8 cada 28 días)		
granisetron hcl 1 mg tablet	QL(8 cada 28 días)		
granisetron hcl 1 mg/ml vial	QL(8 cada 28 días)		
GRANIX 300 MCG/0.5 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE	PA		
GRANIX 300 MCG/ML SUBCUTANEOUS SOLUTION	PA		
GRANIX 480 MCG/0.8 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE	PA		
GRANIX 480 MCG/1.6 ML SUBCUTANEOUS SOLUTION	PA		
griseofulvin 125 mg/5 ml susp			
guaifenesin 200 mg/10 ml soln OTC			
guaifenesin-dm er 1,200-60 mg OTC			20
guanfacine 1 mg tablet			
guanfacine 2 mg tablet			
guanfacine hcl er 1 mg tablet			
guanfacine hcl er 2 mg tablet			
guanfacine hcl er 3 mg tablet			
guanfacine hcl er 4 mg tablet			
guanidine hcl 125 mg tablet			
gynazole-1 2 % vaginal cream			
HALAVEN 1 MG/2 ML (0.5 MG/ML) INTRAVENOUS SOLUTION			
halobetasol prop 0.05% cream			
halobetasol prop 0.05% ointmnt			
haloperidol 0.5 mg tablet	QL(600 cada 30 días)	6	
haloperidol 1 mg tablet	QL(300 cada 30 días)	6	
haloperidol 10 mg tablet	QL(90 cada 30 días)	6	
haloperidol 2 mg tablet	QL(150 cada 30 días)	6	
haloperidol 20 mg tablet	QL(150 cada 30 días)	6	
haloperidol 5 mg tablet	QL(150 cada 30 días)	6	
haloperidol dec 100 mg/ml vial		18	
haloperidol decan 50 mg/ml amp		18	
haloperidol lac 2 mg/ml conc	QL(1500 cada 30 días)	6	
haloperidol lac 5 mg/ml vial		18	
HEALTHWISE INSULIN SYRINGE 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16"			
HEALTHWISE INSULIN SYRINGE 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"			
HEALTHWISE INSULIN SYRINGE 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"			
HEALTHWISE INSULIN SYRINGE 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"			
HEALTHWISE INSULIN SYRINGE 1 ML 30 GAUGE X 5/16"			
HEALTHWISE INSULIN SYRINGE 1 ML 31 GAUGE X 5/16"			
HEALTHWISE PEN NEEDLE 31 GAUGE X 3/16"			

ST – Terapia por fases • QL – Límite en las cantidades • PA – Autorización previa • OTC – Medicamentos sin receta

Nombre del medicamento	Requistos de administratción del uso	Edad mínima	Edad máxima
HEALTHWISE PEN NEEDLE 31 GAUGE X 5/16"			
HEALTHWISE PEN NEEDLE 32 GAUGE X 5/32"			
HEALTHY ACCENTS AUTOLET IMPRESSION LANCING DEVICE			
HEALTHY ACCENTS UNIFINE PENTIP 29 GAUGE X 1/2" NEEDLE			
HEALTHY ACCENTS UNIFINE PENTIP 31 GAUGE X 1/4" NEEDLE			
HEALTHY ACCENTS UNIFINE PENTIP 31 GAUGE X 3/16" NEEDLE			
HEALTHY ACCENTS UNIFINE PENTIP 31 GAUGE X 5/16" NEEDLE			
HEALTHY ACCENTS UNIFINE PENTIP 32 GAUGE X 5/32" NEEDLE			
HEALTHY ACCENTS UNILET LANCET 30 GAUGE			
heather 0.35 mg tablet	QL(91 cada 90 días)	12	
hematogen fa 200 mg-250 mg-0.01 mg-1 mg capsule OTC			
HEMLIBRA 105 MG/0.7 ML SUBCUTANEOUS SOLUTION			
HEMLIBRA 150 MG/ML SUBCUTANEOUS SOLUTION			
HEMLIBRA 30 MG/ML SUBCUTANEOUS SOLUTION			
HEMLIBRA 60 MG/0.4 ML SUBCUTANEOUS SOLUTION			
hemocyte 324 mg (106 mg iron) tablet OTC			
HEMOCYTE-F 324 MG (106 MG IRON)-1 MG TABLET OTC			
HEMOCYTE-PLUS 106 MG IRON-1 MG CAPSULE OTC			
hep flush-10 (pf) 10 unit/ml intravenous solution			
heparin 10,000 unit/10 ml vial			
heparin 2,000 unit/2 ml vial			
heparin 20,000 unit/500 ml-d5w			
heparin 25,000 unit/250-1/2 ns			
heparin 40,000 unit/4 ml vial			
heparin 5,000 unit/ml carpujct			
heparin lock flush 100 unit/ml			
heparin sod 20,000 unit/ml vl			
heparin sod 5,000 unit/ 0.5 ml			
heparin sod 5,000 unit/0.5 ml			
heparin sod 5,000 unit/0.5 ml			
heparin sod 5,000 unit/ml syrg			
heparin sod 5,000 unit/ml vial			
heparin-1/2ns 12,500 units/250			
heparin-1/2ns 25,000 units/500			
heparin-d5w 25,000 unit/250 ml			
heparin-d5w 25,000 unit/500 ml			
heparin-ns 1,000 units/500 ml			
heparin-ns 2,000 unit/1,000 ml			
HEPATAMINE 8% INTRAVENOUS SOLUTION			
HIZENTRA 1 GRAM/5 ML (20 %) SUBCUTANEOUS SOLUTION	PA		
HIZENTRA 10 GRAM/50 ML (20 %) SUBCUTANEOUS SOLUTION	PA		
HIZENTRA 2 GRAM/10 ML (20 %) SUBCUTANEOUS SOLUTION	PA		
HIZENTRA 4 GRAM/20 ML (20 %) SUBCUTANEOUS SOLUTION	PA		
hm aspirin ec 81 mg tablet			

ST – Terapia por fases • QL – Límite en las cantidades • PA – Autorización previa • OTC – Medicamentos sin receta

Nombre del medicamento	Requistos de administratción del uso	Edad mínima	Edad máxima
HUMALOG MIX 50-50 (U-100) INSULIN 100 UNIT/ML SUBCUTANEOUS SUSPENSION	QL(70 cada 30 días)		
HUMALOG MIX 50-50 KWIKPEN U-100 INSULIN 100 UNIT/ML SUBCUTANEOUS PEN	QL(30 cada 30 días)		
HUMALOG MIX 75-25 (U-100) INSULIN 100 UNIT/ML SUBCUTANEOUS SUSPENSION	QL(70 cada 30 días)		
HUMALOG MIX 75-25 KWIKPEN U-100 INSULIN 100 UNIT/ML SUBCUTANEOUS PEN	QL(30 cada 30 días)		
HUMALOG U-100 INSULIN 100 UNIT/ML SUBCUTANEOUS CARTRIDGE	QL(70 cada 30 días)		
HUMALOG U-100 INSULIN 100 UNIT/ML SUBCUTANEOUS SOLUTION	QL(70 cada 30 días)		
HUMANA TRUERESULT GLUCOSE MTR			
HUMIRA 10 MG/0.2 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT	PA,QL(2 cada 28 días)		
HUMIRA 20 MG/0.4 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT	PA,QL(2 cada 28 días)		
HUMIRA 40 MG/0.8 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT	PA,QL(6 cada 28 días)		
HUMIRA PEDIATRIC CROHN'S STARTER 40 MG/0.8 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT	PA,QL(6 cada 28 días)		
HUMIRA PEN 40 MG/0.8 ML SUBCUTANEOUS KIT	PA,QL(6 cada 28 días)		
HUMIRA PEN CROHN'S-ULC COLITIS-HID SUP STARTER 40 MG/0.8 ML SUBCUT KIT	PA,QL(6 cada 28 días)		
HUMIRA PEN PSORIASIS-UVEITIS-ADOL HID SUP START 40 MG/0.8 ML SUBCUT KT	PA,QL(6 cada 28 días)		
HUMIRA(CF) 10 MG/0.1 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT	PA		
HUMIRA(CF) 20 MG/0.2 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT	PA		
HUMIRA(CF) 40 MG/0.4 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT	PA		
HUMIRA(CF) PEDI CROHN'S START 80 MG/0.8 ML-40 MG/0.4 ML SUBCUT SYR KIT	PA,QL(2 cada 365 días)		
HUMIRA(CF) PEDIATRIC CROHN'S STARTER 80 MG/0.8 ML SUBCUT SYRINGE KIT	PA,QL(3 cada 365 días)		
HUMIRA(CF) PEN 40 MG/0.4 ML SUBCUTANEOUS KIT	PA		
HUMIRA(CF) PEN CROHN'S-ULC COLITIS-HID SUP STRT 80 MG/0.8 ML SUBCUT KT	PA,QL(3 cada 28 días)		
HUMIRA(CF) PEN PS-UV-ADOL HS 80 MG/0.8 ML(1)-40 MG/0.4 ML(2)SUBCUT KIT	PA,QL(3 cada 28 días)		
HUMULIN 70/30 U-100 INSULIN 100 UNIT/ML SUBCUTANEOUS SUSPENSION OTC	QL(70 cada 30 días)		
HUMULIN N NPH U-100 INSULIN (ISOPHANE SUSP) 100 UNIT/ML SUBCUTANEOUS OTC	QL(70 cada 30 días)		
HUMULIN R REGULAR U-100 INSULIN 100 UNIT/ML INJECTION SOLUTION OTC	QL(70 cada 30 días)		
hydralazine 10 mg tablet			
hydralazine 100 mg tablet			
hydralazine 25 mg tablet			
hydralazine 50 mg tablet			
hydrochlorothiazide 12.5 mg cp			
hydrochlorothiazide 12.5 mg tb			
hydrochlorothiazide 25 mg tab			

ST – Terapia por fases • QL – Límite en las cantidades • PA – Autorización previa • OTC – Medicamentos sin receta

Nombre del medicamento	Requistos de administratción del uso	Edad mínima	Edad máxima
hydrochlorothiazide 50 mg tab			
hydrocodone-acetamin 10-300 mg	QL(180 cada 30 días)		
hydrocodone-acetamin 10-325 mg			
hydrocodone-acetamin 2.5-325			
hydrocodone-acetamin 5-300 mg	QL(240 cada 30 días)		
hydrocodone-acetamin 5-325 mg			
hydrocodone-acetamin 7.5-300	QL(180 cada 30 días)		
hydrocodone-acetamin 7.5-325			
hydrocodone-acetamn 7.5-325/15			
hydrocodone-homatropine syrup	QL(300 cada 30 días)	18	20
hydrocodone-homatropine syrup	QL(300 cada 30 días)	18	20
hydrocodone-ibuprofen 10-200			
hydrocodone-ibuprofen 5-200 mg			
hydrocodone-ibuprofen 7.5-200			
hydrocortisone 1% cream			
hydrocortisone 1% cream			
hydrocortisone 1% ointment			
hydrocortisone 10 mg tablet			
hydrocortisone 100 mg/60 ml			
hydrocortisone 2.5% cream			
hydrocortisone 2.5% cream			
hydrocortisone 2.5% ointment			
hydrocortisone 20 mg tablet			
hydrocortisone 5 mg tablet			
hydromorphone 0.5 mg/0.5 ml			
hydromorphone 2 mg tablet			
hydromorphone 4 mg tablet			
hydromorphone 8 mg tablet			
hydroxychloroquine 200 mg tab			
hydroxyurea 500 mg capsule	QL(90 cada 30 días)		
hydroxyzine 10 mg/5 ml soln			
hydroxyzine 25 mg/ml vial			
hydroxyzine 50 mg/ml vial			
hydroxyzine hcl 10 mg tablet			
hydroxyzine hcl 25 mg tablet			
hydroxyzine hcl 50 mg tablet			
hydroxyzine pam 100 mg cap			
hydroxyzine pam 25 mg cap			
hydroxyzine pam 50 mg cap			
hyoscyamine 0.125 mg odt			
hyoscyamine 0.125 mg tab sl			
hyoscyamine 0.125 mg/5 ml elix			
hyoscyamine 0.125 mg/ml drop			
hyoscyamine er 0.375 mg tab			
hyoscyamine sulf 0.125 mg tab			
HYPERHEP B S-D NEONATAL 110 UNIT/0.5 ML INTRAMUSCULAR SYRINGE	PA		

ST – Terapia por fases • QL – Límite en las cantidades • PA – Autorización previa • OTC – Medicamentos sin receta

Nombre del medicamento	Requistos de administratción del uso	Edad mínima	Edad máxima
HYPERHEP B S/D 220 UNIT/ML (5 ML) INTRAMUSCULAR SOLUTION	PA		
HYPERHEP B S/D 220 UNIT/ML INTRAMUSCULAR SOLUTION	PA		
HYPERHEP B S/D 220 UNIT/ML INTRAMUSCULAR SYRINGE	PA		
HYPERLYTE CR 25 MEQ-20 MEQ-5 MEQ/20 ML INTRAVENOUS SOLUTION			
HYPERRHO S/D 1,500 UNIT (300 MCG) INTRAMUSCULAR SYRINGE	QL(2 cada 365 días)		
HYPERRHO S/D 250 UNIT (50 MCG) INTRAMUSCULAR SYRINGE	QL(2 cada 365 días)		
HYPOLANCE AST LANCING KIT			
HYQVIA 10 GRAM/100 ML (10 %) SUBCUTANEOUS SOLUTION	PA		
HYQVIA 2.5 GRAM/25 ML (10 %) SUBCUTANEOUS SOLUTION	PA		
HYQVIA 20 GRAM/200 ML (10 %) SUBCUTANEOUS SOLUTION	PA		
HYQVIA 30 GRAM/300 ML (10 %) SUBCUTANEOUS SOLUTION	PA		
HYQVIA 5 GRAM/50 ML (10 %) SUBCUTANEOUS SOLUTION	PA		
HYSINGLA ER 100 MG TABLET, CRUSH RESISTANT, EXTENDED RELEASE	PA,QL(30 cada 30 días)	18	
HYSINGLA ER 120 MG TABLET, CRUSH RESISTANT, EXTENDED RELEASE	PA,QL(30 cada 30 días)	18	
HYSINGLA ER 20 MG TABLET, CRUSH RESISTANT, EXTENDED RELEASE	PA,QL(30 cada 30 días)	18	
HYSINGLA ER 30 MG TABLET, CRUSH RESISTANT, EXTENDED RELEASE	PA,QL(30 cada 30 días)	18	
HYSINGLA ER 40 MG TABLET, CRUSH RESISTANT, EXTENDED RELEASE	PA,QL(30 cada 30 días)	18	
HYSINGLA ER 60 MG TABLET, CRUSH RESISTANT, EXTENDED RELEASE	PA,QL(30 cada 30 días)	18	
HYSINGLA ER 80 MG TABLET, CRUSH RESISTANT, EXTENDED RELEASE	PA,QL(30 cada 30 días)	18	
ibu 600 mg tablet			
ibu 800 mg tablet			
ibuprofen 100 mg/5 ml susp OTC			
ibuprofen 400 mg tablet			
ibuprofen 600 mg tablet			
ibuprofen 800 mg tablet			
idarubicin hcl 20 mg/20 ml vl			
ifosfamide 1 gm vial			
ifosfamide 1 gm/20 ml vial			
ifosfamide 3 gm vial			
ifosfamide 3 gm/60 ml vial			
ILEVRO 0.3 % EYE DROPS,SUSPENSION			
imipenem-cilastatin 250 mg vl	QL(480 cada 30 días)		
imipenem-cilastatin 500 mg vl	QL(240 cada 30 días)		
imipramine hcl 10 mg tablet	QL(240 cada 30 días)	6	
imipramine hcl 25 mg tablet	QL(90 cada 30 días)	6	
imipramine hcl 50 mg tablet	QL(120 cada 30 días)	6	
imiquimod 5% cream packet	QL(24 cada 112 días)	12	
INCONTROL LANCING DEVICE			

ST – Terapia por fases • QL – Límite en las cantidades • PA – Autorización previa • OTC – Medicamentos sin receta

Nombre del medicamento	Requistos de administratción del uso	Edad mínima	Edad máxima
INCONTROL PEN NEEDLE 29 GAUGE X 1/2"			
INCONTROL PEN NEEDLE 31 GAUGE X 1/4"			
INCONTROL PEN NEEDLE 31 GAUGE X 3/16"			
INCONTROL PEN NEEDLE 31 GAUGE X 5/16"			
INCONTROL PEN NEEDLE 32 GAUGE X 5/32"			
INCONTROL SUPER THIN LANCETS 30 GAUGE			
INCONTROL ULTRA THIN LANCETS 28 GAUGE			
indapamide 1.25 mg tablet			
indapamide 2.5 mg tablet			
indomethacin 25 mg capsule			
indomethacin 50 mg capsule			
INFUVITE ADULT 3300 UNIT-150 MCG/10 ML INTRAVENOUS SOLUTION			
INFUVITE PEDIATRIC 80 MG-400 UNIT-200 MCG/5 ML INTRAVENOUS SOLUTION			
INJECT EASE LANCETS 28 GAUGE			
INJECT EASE LANCETS 30 GAUGE			
INSPIRACHAMBER SPACER			
INSPIRACHAMBER WITH MASK-LARGE			
INSPIRACHAMBER WITH MASK-MED			
INSPIRACHAMBER WITH MASK-SMALL			
INSULIN 1 ML SYRINGE			
INSULIN 1/2 ML SYRINGE			
INSULIN 3/10 ML SYRINGE			
INSULIN SYR 0.3ML 31GX1/4(1/2)			
INSULIN SYRIN 0.3 ML 30GX1/2"			
INSULIN SYRIN 0.3 ML 31GX5/16"			
INSULIN SYRIN 0.5 ML 30GX1/2"			
INSULIN SYRINGE 0.3 ML 31GX1/4			
INSULIN SYRINGE 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"			
INSULIN SYRINGE 0.5 ML 31GX1/4			
INSULIN SYRINGE 1 ML			
INSULIN SYRINGE 1 ML 27GX1/2"			
INSULIN SYRINGE 1 ML 29 GAUGE X 1/2"			
INSULIN SYRINGE 1 ML 30GX1/2"			
INSULIN SYRINGE 1 ML 31GX1/4"			
INSULIN SYRINGE 1 ML 31GX5/16"			
INSULIN SYRINGE MICROFINE 1 ML 27 GAUGE X 5/8"			
INSULIN SYRINGE MICROFINE 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2"			
INSULIN SYRINGE U100 1 ML			
INSUPEN 29 GAUGE X 1/2" NEEDLE			
INSUPEN 30 GAUGE X 5/16" NEEDLE			
INSUPEN 31 GAUGE X 1/4" NEEDLE			
INSUPEN 31 GAUGE X 3/16" NEEDLE			
INSUPEN 31 GAUGE X 5/16" NEEDLE			
INSUPEN 32 GAUGE X 1/4" NEEDLE			
INSUPEN 32 GAUGE X 5/16" NEEDLE			
INSUPEN 32 GAUGE X 5/32" NEEDLE			

ST – Terapia por fases • QL – Límite en las cantidades • PA – Autorización previa • OTC – Medicamentos sin receta

Nombre del medicamento	Requistos de administratción del uso	Edad mínima	Edad máxima
INSUPEN 33 GAUGE X 5/32" NEEDLE			
INTEGRA SYRINGE 3 ML 21 GAUGE X 1"			
INTELENCE 100 MG TABLET			
INTELENCE 200 MG TABLET			
INTELENCE 25 MG TABLET			
INTERLINK SYRINGE AND CANNULA 15 X 10 ML			
INTRALIPID 20 % INTRAVENOUS EMULSION			
INTRALIPID 30 % INTRAVENOUS EMULSION			
INTRON A 10 MILLION UNIT (1 ML) SOLUTION FOR INJECTION			
INTRON A 10 MILLION UNIT/ML INJECTION SOLUTION			
INTRON A 18 MILLION UNIT (1 ML) SOLUTION FOR INJECTION			
INTRON A 50 MILLION UNIT (1 ML) SOLUTION FOR INJECTION			
INTRON A 6 MILLION UNIT/ML INJECTION SOLUTION			
introvale 0.15 mg-30 mcg (91) tablets,3 month dose pack	QL(91 cada 90 días)	12	
INVACARE LANCETS 30 GAUGE			
INVEGA SUSTENNA 117 MG/0.75 ML INTRAMUSCULAR SYRINGE	PA,QL(0.75 cada 28 días)	18	
INVEGA SUSTENNA 156 MG/ML INTRAMUSCULAR SYRINGE	PA,QL(1 cada 28 días)	18	
INVEGA SUSTENNA 234 MG/1.5 ML INTRAMUSCULAR SYRINGE	PA,QL(1.5 cada 28 días)	18	
INVEGA SUSTENNA 39 MG/0.25 ML INTRAMUSCULAR SYRINGE	PA,QL(0.25 cada 28 días)	18	
INVEGA SUSTENNA 78 MG/0.5 ML INTRAMUSCULAR SYRINGE	PA,QL(0.5 cada 28 días)	18	
INVEGA TRINZA 273 MG/0.875 ML INTRAMUSCULAR SYRINGE	PA,QL(0.88 cada 90 días)	18	
INVEGA TRINZA 410 MG/1.315 ML INTRAMUSCULAR SYRINGE	PA,QL(1.32 cada 90 días)	18	
INVEGA TRINZA 546 MG/1.75 ML INTRAMUSCULAR SYRINGE	PA,QL(1.75 cada 90 días)	18	
INVEGA TRINZA 819 MG/2.625 ML INTRAMUSCULAR SYRINGE	PA,QL(2.63 cada 90 días)	18	
INVIRASE 500 MG TABLET			
INVOKAMET 150 MG-1,000 MG TABLET			
INVOKAMET 150 MG-500 MG TABLET			
INVOKAMET 50 MG-1,000 MG TABLET			
INVOKAMET 50 MG-500 MG TABLET			
INVOKANA 100 MG TABLET			
INVOKANA 300 MG TABLET			
IONOSOL-MB IN D5W INTRAVENOUS SOLUTION			
iprat-albut 0.5-3(2.5) mg/3 ml			
ipratropium br 0.02% soln			
irbesartan 150 mg tablet	QL(60 cada 30 días)		
irbesartan 300 mg tablet			
irbesartan 75 mg tablet	QL(60 cada 30 días)		
IRESSA 250 MG TABLET	QL(60 cada 30 días)	18	
irinotecan hcl 100 mg/5 ml vl			
irinotecan hcl 40 mg/2 ml vial			

ST – Terapia por fases • QL – Límite en las cantidades • PA – Autorización previa • OTC – Medicamentos sin receta

Nombre del medicamento	Requistos de administratción del uso	Edad mínima	Edad máxima
irinotecan hcl 500 mg/25 ml vl			
ISENTRESS 100 MG CHEWABLE TABLET			
ISENTRESS 100 MG ORAL POWDER PACKET			
ISENTRESS 25 MG CHEWABLE TABLET			
ISENTRESS 400 MG TABLET			
ISENTRESS HD 600 MG TABLET			
isibloom 0.15 mg-0.03 mg tablet	QL(91 cada 90 días)	12	
iso gentamicin 100 mg/100 ml			
iso gentamicin 120 mg/100 ml			
ISOLYTE S PH 7.4 INTRAVENOUS SOLUTION			
ISOLYTE-P IN 5 % DEXTROSE INTRAVENOUS SOLUTION			
ISOLYTE-S INTRAVENOUS SOLUTION			
isoniazid 100 mg tablet			
isoniazid 300 mg tablet			
isoniazid 50 mg/5 ml solution			
isosorbide dinitrate 10 mg tab			
isosorbide dinitrate 20 mg tab			
isosorbide dinitrate 30 mg tab			
isosorbide dinitrate 5 mg tab			
isosorbide mononit 10 mg tab			
isosorbide mononit 20 mg tab			
isosorbide mononit er 120 mg			
isosorbide mononit er 30 mg tb			
isosorbide mononit er 60 mg tb			
isoton gentamicin 100 mg/50 ml			
isoton gentamicin 60 mg/50 ml			
isoton gentamicin 80 mg/100 ml			
isoton gentamicin 80 mg/50 ml			
isotretinoin 10 mg capsule		12	
isotretinoin 20 mg capsule		12	
isotretinoin 30 mg capsule		12	
isotretinoin 40 mg capsule		12	
ivermectin 3 mg tablet			
jantoven 1 mg tablet	QL(120 cada 30 días)		
jantoven 10 mg tablet	QL(120 cada 30 días)		
jantoven 2 mg tablet	QL(120 cada 30 días)		
jantoven 2.5 mg tablet	QL(120 cada 30 días)		
jantoven 3 mg tablet	QL(120 cada 30 días)		
jantoven 4 mg tablet	QL(120 cada 30 días)		
jantoven 5 mg tablet	QL(120 cada 30 días)		
jantoven 6 mg tablet	QL(120 cada 30 días)		
jantoven 7.5 mg tablet	QL(120 cada 30 días)		
JANUMET 50 MG-1,000 MG TABLET	QL(60 cada 30 días)	18	
JANUMET 50 MG-500 MG TABLET	QL(60 cada 30 días)	18	
JANUMET XR 100 MG-1,000 MG TABLET,EXTENDED RELEASE	QL(30 cada 30 días)	18	
JANUMET XR 50 MG-1,000 MG TABLET,EXTENDED RELEASE	QL(60 cada 30 días)	18	
JANUMET XR 50 MG-500 MG TABLET,EXTENDED RELEASE	QL(60 cada 30 días)	18	
JANUVIA 100 MG TABLET	QL(30 cada 30 días)	18	

ST – Terapia por fases • QL – Límite en las cantidades • PA – Autorización previa • OTC – Medicamentos sin receta

Nombre del medicamento	Requistos de administratción del uso	Edad mínima	Edad máxima
JANUVIA 25 MG TABLET	QL(30 cada 30 días)	18	
JANUVIA 50 MG TABLET	QL(30 cada 30 días)	18	
JARDIANCE 10 MG TABLET			
JARDIANCE 25 MG TABLET			
jasmiel (28) 3 mg-0.02 mg tablet	QL(91 cada 90 días)	12	
jencycla 0.35 mg tablet	QL(91 cada 90 días)	12	
JENTADUETO 2.5 MG-1,000 MG TABLET	QL(60 cada 30 días)	18	
JENTADUETO 2.5 MG-500 MG TABLET	QL(60 cada 30 días)	18	
JENTADUETO 2.5 MG-850 MG TABLET	QL(60 cada 30 días)	18	
JOLESSA 0.15 MG-30 MCG (91) TABLETS,3 MONTH DOSE PACK	QL(91 cada 90 días)	12	
JOLIVETTE TABLET	QL(91 cada 90 días)	12	
jr. str non-aspirin pain 160 mg disintegrating tablet OTC			6
juleber 0.15 mg-0.03 mg tablet	QL(91 cada 90 días)	12	
JULUCA 50 MG-25 MG TABLET	QL(30 cada 30 días)	18	
junel 1.5/30 (21) 1.5 mg-30 mcg tablet	QL(91 cada 90 días)	12	
junel 1/20 (21) 1 mg-20 mcg tablet	QL(91 cada 90 días)	12	
junel fe 1.5/30 (28) 1.5 mg-30 mcg (21)/75 mg (7) tablet	QL(91 cada 90 días)	12	
junel fe 1/20 (28) 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7) tablet	QL(91 cada 90 días)	12	
junel fe 24 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4) tablet	QL(91 cada 90 días)	12	
junior mapap 160 mg rapid tab OTC			6
k effervescent 25 meq tablet			
K-PHOS NO 2 305 MG-700 MG TABLET			
K-PHOS ORIGINAL 500 MG SOLUBLE TABLET			
K-PHOS-NEUTRAL 250 MG TABLET OTC			
KABIVEN 3.31 %-9.8 %-3.9 % INTRAVENOUS EMULSION			
kaitlib fe 0.8 mg-25 mcg (24)/75 mg (4) chewable tablet	QL(91 cada 90 días)	12	
KALETRA 100 MG-25 MG TABLET			
KALETRA 200 MG-50 MG TABLET			
KALETRA 400 MG-100 MG/5 ML ORAL SOLUTION			
kariva (28) 0.15 mg-0.02 mg (21)/0.01 mg (5) tablet	QL(91 cada 90 días)	12	
kcl 20 meq in d5w solution			
kcl 20 meq in d5w-0.225% nacl			
kcl 20 meq in d5w-0.3% nacl			
kcl 20 meq in d5w-0.45% nacl			
kcl 20 meq in d5w-lact ringer			
kcl 20 meq in d5w-ns			
kcl 20 meq-ns 1,000 ml iv soln			
kcl 40 meq in d5w solution			
kcl 40 meq in d5w-lact ringer			
kcl 40 meq in d5w-nacl 0.9%			
kcl 40 meq-ns 1,000 ml iv soln			
KEDBUMIN INTRAVENOUS SOLUTION	PA		
kelnor 1/35 (28) 1 mg-35 mcg tablet	QL(91 cada 90 días)	12	
KEPPRA 1,000 MG TABLET			
KEPPRA 100 MG/ML ORAL SOLUTION			
KEPPRA 250 MG TABLET			
KEPPRA 500 MG TABLET			
KEPPRA 750 MG TABLET			

ST – Terapia por fases • QL – Límite en las cantidades • PA – Autorización previa • OTC – Medicamentos sin receta

Nombre del medicamento	Requistos de administratción del uso	Edad mínima	Edad máxima
KEPPRA XR 500 MG TABLET,EXTENDED RELEASE			
KEPPRA XR 750 MG TABLET,EXTENDED RELEASE			
ketoconazole 2% cream			
ketoconazole 2% shampoo			
ketorolac 0.5% ophth solution			
ketorolac 10 mg tablet	QL(120 cada 180 días)	17	
ketorolac 15 mg/ml syringe	QL(120 cada 180 días)	17	
ketorolac 15 mg/ml vial	QL(120 cada 180 días)	17	
ketorolac 30 mg/ml carpuject	QL(120 cada 180 días)	17	
ketorolac 30 mg/ml syringe	QL(120 cada 180 días)	17	
ketorolac 30 mg/ml vial	QL(120 cada 180 días)	17	
ketorolac 60 mg/2 ml carpuject	QL(120 cada 30 días)	17	
ketorolac 60 mg/2 ml syringe	QL(120 cada 180 días)	17	
ketorolac 60 mg/2 ml vial	QL(120 cada 180 días)	17	
kimidess 28 day tablet	QL(91 cada 90 días)	12	
KIMONO CONDOMS(NON-LUBRICATED) OTC			
KIMONO MAXX CONDOMS OTC			
KIMONO MICROTHIN AQUA LUBE CONDOM OTC			
KIMONO MICROTHIN CONDOMS OTC			
KIMONO MICROTHIN LARGE CONDOMS OTC			
KIMONO TEXTURED CONDOMS OTC			
KITABIS PAK 300 MG/5 ML SOLUTION FOR NEBULIZATION	PA,QL(280 cada 56 días)		
KLONOPIN 0.5 MG TABLET			
KLONOPIN 1 MG TABLET			
KLONOPIN 2 MG TABLET			
KLOR-CON 10 MEQ TABLET,EXTENDED RELEASE			
KLOR-CON 8 MEQ TABLET,EXTENDED RELEASE			
klor-con m10 meq tablet,extended release			
KLOR-CON M15 MEQ TABLET,EXTENDED RELEASE			
klor-con m20 meq tablet,extended release			
klor-con sprinkle 8 meq capsule,extended release			
klor-con sprinkle er 10 meq cp			
klor-con/ef 25 meq effervescent tablet			
KOMBIGLYZE XR 2.5 MG-1,000 MG TABLET,EXTENDED RELEASE	QL(60 cada 30 días)	18	
KOMBIGLYZE XR 5 MG-1,000 MG TABLET,EXTENDED RELEASE	QL(30 cada 30 días)	18	
KOMBIGLYZE XR 5 MG-500 MG TABLET,EXTENDED RELEASE	QL(30 cada 30 días)	18	
kurvelo (28) 0.15 mg-0.03 mg tablet	QL(91 cada 90 días)	12	
l-cysteine 50 mg/ml vial			
labetalol hcl 100 mg tablet	QL(240 cada 30 días)		

ST – Terapia por fases • QL – Límite en las cantidades • PA – Autorización previa • OTC – Medicamentos sin receta

Nombre del medicamento	Requistos de administratción del uso	Edad mínima	Edad máxima
labetalol hcl 200 mg tablet	QL(240 cada 30 días)		
labetalol hcl 300 mg tablet	QL(240 cada 30 días)		
lactated ringers injection			
lactated ringers irrigation			
lactulose 10 gm/15 ml solution			
lactulose 20 gm/30 ml solution			
LAMICTAL 100 MG TABLET			
LAMICTAL 150 MG TABLET			
LAMICTAL 200 MG TABLET			
LAMICTAL 25 MG CHEWABLE DISPERSIBLE TABLET			
LAMICTAL 25 MG TABLET			
LAMICTAL 5 MG CHEWABLE DISPERSIBLE TABLET			
LAMICTAL ODT 100 MG DISINTEGRATING TABLET			
LAMICTAL ODT 200 MG DISINTEGRATING TABLET			
LAMICTAL ODT 25 MG DISINTEGRATING TABLET			
LAMICTAL ODT 50 MG DISINTEGRATING TABLET			
LAMICTAL ODT STARTER (BLUE) 25 MG (21)-50 MG (7) TABLET,DISINTEGRATING	QL(28 cada 30 días)		
LAMICTAL ODT STARTER (GREEN) 50 MG (42)-100 MG (14) TABLET,DISINTEGRAT	QL(56 cada 30 días)		
LAMICTAL ODT STARTER(ORANGE) 25 MG(14)-50 MG(14)-100 MG(7) TAB,DISINT	QL(35 cada 30 días)		
LAMICTAL STARTER (BLUE) KIT 25 MG (35) TABLETS IN A DOSE PACK	QL(35 cada 30 días)		
LAMICTAL STARTER (GREEN) KIT 25 MG (84)-100 MG (14) TABLETS, DOSE PACK	QL(98 cada 30 días)		
LAMICTAL STARTER (ORANGE) KIT 25 MG (42)-100 MG (7) TABLETS, DOSE PACK	QL(49 cada 30 días)		
LAMICTAL XR 100 MG TABLET,EXTENDED RELEASE			
LAMICTAL XR 200 MG TABLET,EXTENDED RELEASE			
LAMICTAL XR 25 MG TABLET,EXTENDED RELEASE			
LAMICTAL XR 250 MG TABLET,EXTENDED RELEASE		13	
LAMICTAL XR 300 MG TABLET,EXTENDED RELEASE			
LAMICTAL XR 50 MG TABLET,EXTENDED RELEASE			
LAMICTAL XR STARTER (BLUE) 25 MG (21)-50 MG (7) TABLET,EXTEND RELEASE	QL(28 cada 30 días)	13	
LAMICTAL XR STARTER (GREEN) 50 MG(14)-100 MG(14)-200 MG(7) TAB,EXT.REL	QL(35 cada 30 días)	13	
LAMICTAL XR STARTER (ORANGE) 25 MG(14)-50 MG(14)-100 MG(7) TAB,EXT.REL	QL(35 cada 30 días)	13	
lamivudine 10 mg/ml oral soln			
lamivudine 150 mg tablet			
lamivudine 300 mg tablet			
lamivudine hbv 100 mg tablet			
lamivudine-zidovudine tablet			
lamotrigine 100 mg tablet			
lamotrigine 150 mg tablet			
lamotrigine 200 mg tablet			

Nombre del medicamento	Requistos de administratción del uso	Edad mínima	Edad máxima
lamotrigine 25 mg disper tab			
lamotrigine 25 mg tablet			
lamotrigine 5 mg disper tablet			
lamotrigine er 100 mg tablet			
lamotrigine er 200 mg tablet			
lamotrigine er 25 mg tablet			
lamotrigine er 250 mg tablet		13	
lamotrigine er 300 mg tablet			
lamotrigine er 50 mg tablet			
lamotrigine odt 100 mg tablet			
lamotrigine odt 200 mg tablet			
lamotrigine odt 25 mg tablet			
lamotrigine odt 50 mg tablet			
lamotrigine tab start kit-blue	QL(35 cada 30 días)		
lamotrigine tab start kt-green	QL(98 cada 30 días)		
lamotrigine tab start kt-orang	QL(49 cada 30 días)		
LANCETS, SUPER THIN			
LANCETS,THIN			
LANCETS,THIN 23 GAUGE			
LANCETS,THIN 28 GAUGE			
LANCETS,ULTRA THIN			
LANCETS,ULTRA THIN 26 GAUGE			
LANCING DEVICE			
LANCING DEVICE WITH LANCETS			
LANCING SYSTEM			
LANTUS SOLOSTAR U-100 INSULIN 100 UNIT/ML (3 ML) SUBCUTANEOUS PEN	QL(30 cada 30 días)		
LANTUS U-100 INSULIN 100 UNIT/ML SUBCUTANEOUS SOLUTION	QL(70 cada 30 días)		
LANZO LANCING DEVICE KIT			
larin 1.5/30 (21) 1.5 mg-30 mcg tablet	QL(91 cada 90 días)	12	
larin 1/20 (21) 1 mg-20 mcg tablet	QL(91 cada 90 días)	12	
larin 24 fe 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4) tablet	QL(91 cada 90 días)	12	
larin fe 1.5/30 (28) 1.5 mg-30 mcg (21)/75 mg (7) tablet	QL(91 cada 90 días)	12	
larin fe 1/20 (28) 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7) tablet	QL(91 cada 90 días)	12	
larissia 0.1 mg-20 mcg tablet	QL(91 cada 90 días)	12	
latanoprost 0.005% eye drops	QL(5 cada 30 días)		
LATUDA 120 MG TABLET	QL(30 cada 30 días)	10	
LATUDA 20 MG TABLET	QL(30 cada 30 días)	10	
LATUDA 40 MG TABLET	QL(30 cada 30 días)	10	
LATUDA 60 MG TABLET	QL(30 cada 30 días)	10	
LATUDA 80 MG TABLET	QL(60 cada 30 días)	10	
LAYOLIS FE 0.8 MG-25 MCG (24)/75 MG (4) CHEWABLE TABLET	QL(91 cada 90 días)	12	
LEENA 28 0.5 MG/1 MG/0.5 MG-35 MCG TABLET	QL(91 cada 90 días)	12	
leflunomide 10 mg tablet			
leflunomide 20 mg tablet			
lessina 0.1 mg-20 mcg tablet	QL(91 cada 90 días)	12	
LETAIRIS 10 MG TABLET	PA		

ST – Terapia por fases • QL – Límite en las cantidades • PA – Autorización previa • OTC – Medicamentos sin receta

Nombre del medicamento	Requistos de administratción del uso	Edad mínima	Edad máxima
LETAIRIS 5 MG TABLET	PA		
letrozole 2.5 mg tablet	QL(30 cada 30 días)	18	
leucovorin cal 500 mg/50 ml vl			
leucovorin calcium 10 mg tab			
leucovorin calcium 100 mg vial			
leucovorin calcium 15 mg tab			
leucovorin calcium 200 mg vial			
leucovorin calcium 25 mg tab			
leucovorin calcium 350 mg vial			
leucovorin calcium 5 mg tab			
leucovorin calcium 50 mg vial			
leucovorin calcium 500 mg vl			
LEUKERAN 2 MG TABLET			
LEUKINE 250 MCG SOLUTION FOR INJECTION	PA		
leuprolide 2wk 14 mg/2.8 ml kt	PA,QL(2 cada 27 días)		
LEVEMIR FLEXTOUCH U-100 INSULIN 100 UNIT/ML (3 ML) SUBCUTANEOUS PEN	QL(30 cada 30 días)		
LEVEMIR U-100 INSULIN 100 UNIT/ML SUBCUTANEOUS SOLUTION	QL(70 cada 30 días)		
levetiracetam 1,000 mg tablet			
levetiracetam 100 mg/ml soln			
levetiracetam 250 mg tablet			
levetiracetam 500 mg tablet			
levetiracetam 500 mg/5 ml vial			
levetiracetam 750 mg tablet			
levetiracetam er 500 mg tablet			
levetiracetam er 750 mg tablet			
levobunolol 0.5% eye drops			
levocarnitine 1 g/10 ml soln			
levocarnitine 330 mg tablet			
levocetirizine 5 mg tablet			
levofloxacin 250 mg tablet		12	
levofloxacin 500 mg tablet		12	
levofloxacin 500 mg/100 ml-d5w			
levofloxacin 750 mg tablet		12	
levofloxacin 750 mg/150 ml-d5w			
levonest (28) 50-30 (6)/75-40(5)/125-30(10) tablet	QL(91 cada 90 días)	12	
levono-e estrad 0.10-0.02-0.01	QL(91 cada 90 días)	12	
levono-e estrad 0.15-0.03-0.01	QL(91 cada 90 días)	12	
levonor-eth estra 0.09-0.02 mg	QL(91 cada 90 días)	12	
levonor-eth estrad 0.1-0.02 mg	QL(91 cada 90 días)	12	
levonor-eth estrad 0.15-0.03	QL(91 cada 90 días)	12	
levonor-eth estrad 0.15-0.03	QL(91 cada 90 días)	12	
levonor-eth estrad triphasic	QL(91 cada 90 días)	12	
levonorg 0.15mg-ee 20-25-30mcg	QL(91 cada 90 días)	12	
levonorgestrel 1.5 mg tablet OTC	QL(2 cada 30 días)	12	
levora-28 0.15 mg-0.03 mg tablet	QL(91 cada 90 días)	12	
levothyroxine 100 mcg tablet			

ST – Terapia por fases • QL – Límite en las cantidades • PA – Autorización previa • OTC – Medicamentos sin receta

Nombre del medicamento	Requistos de administratción del uso	Edad mínima	Edad máxima
levothyroxine 100 mcg/5 ml vl			
levothyroxine 112 mcg tablet			
levothyroxine 125 mcg tablet			
levothyroxine 137 mcg tablet			
levothyroxine 150 mcg tablet			
levothyroxine 175 mcg tablet			
levothyroxine 200 mcg tablet			
levothyroxine 200 mcg/5 ml vl			
levothyroxine 25 mcg tablet			
levothyroxine 300 mcg tablet			
levothyroxine 50 mcg tablet			
levothyroxine 500 mcg/5 ml vl			
levothyroxine 75 mcg tablet			
levothyroxine 88 mcg tablet			
LEVOXYL 100 MCG TABLET			
LEVOXYL 112 MCG TABLET			
LEVOXYL 125 MCG TABLET			
LEVOXYL 137 MCG TABLET			
LEVOXYL 150 MCG TABLET			
LEVOXYL 175 MCG TABLET			
LEVOXYL 200 MCG TABLET			
LEVOXYL 25 MCG TABLET			
LEVOXYL 50 MCG TABLET			
LEVOXYL 75 MCG TABLET			
LEVOXYL 88 MCG TABLET			
LEXIVA 50 MG/ML ORAL SUSPENSION			
LEXIVA 700 MG TABLET			
LIBERTY BLOOD GLUCOSE MONITOR			
LIBERTY LEV 1 GLUCOSE CTRL SOL			
LIBERTY LEV 2 GLUCOSE CTRL SOL			
LIBERTY TEST STRIPS	QL(150 cada 30 días)		
lidocaine 0.5%-epi 1:200,000			
lidocaine 1%-epi 1:100,000			
lidocaine 1.5%-epi 1:200,000			
lidocaine 2%-epi 1:100,000			
lidocaine 2%-epi 1:200,000			
lidocaine 3% cream			
lidocaine 5% in d7.5w ampul			
lidocaine 5% ointment			
lidocaine 5% patch	PA,QL(90 cada 30 días)		
lidocaine hcl 0.5% vial			
lidocaine hcl 0.5% vial			
lidocaine hcl 1% ampul			
lidocaine hcl 1% vial			
lidocaine hcl 1.5% ampul			
lidocaine hcl 2% jelly			
lidocaine hcl 2% jelly uro-jet			

ST – Terapia por fases • QL – Límite en las cantidades • PA – Autorización previa • OTC – Medicamentos sin receta

Nombre del medicamento	Requistos de administratción del uso	Edad mínima	Edad máxima
lidocaine hcl 2% vial			
lidocaine hcl 2% vial			
lidocaine hcl 4% ampul			
lidocaine hcl 4% solution			
lidocaine viscous 2 % mucosal solution			
lidocaine-hc 2.8-0.55% gel			
lidocaine-hc 3-0.5% cream			
lidocaine-hc 3-2.5% gel kit			
lidocaine-prilocaine cream	QL(30 cada 30 días)		
lillow (28) 0.15 mg-0.03 mg tablet	QL(91 cada 90 días)	12	
lincomycin hcl 600 mg/2 ml vl			
linezolid 600 mg tablet			
LINZESS 145 MCG CAPSULE	PA	18	
LINZESS 290 MCG CAPSULE	PA	18	
LINZESS 72 MCG CAPSULE	PA	18	
liothyronine sod 25 mcg tab			
liothyronine sod 5 mcg tab			
liothyronine sod 50 mcg tab			
lisinopril 10 mg tablet	QL(60 cada 30 días)		
lisinopril 2.5 mg tablet	QL(60 cada 30 días)		
lisinopril 20 mg tablet	QL(60 cada 30 días)		
lisinopril 30 mg tablet			
lisinopril 40 mg tablet			
lisinopril 5 mg tablet	QL(60 cada 30 días)		
lisinopril-hctz 10-12.5 mg tab			
lisinopril-hctz 20-12.5 mg tab			
lisinopril-hctz 20-25 mg tab			
LITE TOUCH INSULIN PEN NEEDLES 29 GAUGE X 1/2"			
LITE TOUCH INSULIN PEN NEEDLES 31 GAUGE X 1/4"			
LITE TOUCH INSULIN PEN NEEDLES 31 GAUGE X 3/16"			
LITE TOUCH INSULIN PEN NEEDLES 31 GAUGE X 5/16"			
LITE TOUCH INSULIN SYRINGE 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2"			
LITE TOUCH INSULIN SYRINGE 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16"			
LITE TOUCH INSULIN SYRINGE 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"			
LITE TOUCH INSULIN SYRINGE 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"			
LITE TOUCH INSULIN SYRINGE 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"			
LITE TOUCH INSULIN SYRINGE 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"			
LITE TOUCH INSULIN SYRINGE 1 ML 28 GAUGE			
LITE TOUCH INSULIN SYRINGE 1 ML 28 GAUGE X 1/2"			
LITE TOUCH INSULIN SYRINGE 1 ML 29 GAUGE			
LITE TOUCH INSULIN SYRINGE 1 ML 29 GAUGE X 1/2"			
LITE TOUCH INSULIN SYRINGE 1 ML 30 GAUGE X 5/16"			
LITE TOUCH INSULIN SYRINGE 1 ML 30 GAUGE X 7/16"			
LITE TOUCH INSULIN SYRINGE 1 ML 31 GAUGE X 5/16"			
LITE TOUCH INSULIN SYRINGE 1/2 ML 28 GAUGE			
LITE TOUCH INSULIN SYRINGE 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2"			
LITE TOUCH INSULIN SYRINGE 1/2 ML 29			
LITE TOUCH INSULIN SYRINGE 1/2 ML 30 GAUGE			

ST – Terapia por fases • QL – Límite en las cantidades • PA – Autorización previa • OTC – Medicamentos sin receta

Nombre del medicamento	Requistos de administratción del uso	Edad mínima	Edad máxima
LITE TOUCH LANCETS 28 GAUGE			
LITE TOUCH LANCETS 33 GAUGE			
LITE TOUCH LANCING DEVICE			
LITE TOUCH-MEDIUM MASK			
LITEAIRE MDI CHAMBER			
LITETOUCH-LARGE MASK			
LITETOUCH-SMALL MASK			
lithium 8 meq/5 ml solution		6	11
lithium carbonate 150 mg cap		6	
lithium carbonate 300 mg cap		6	
lithium carbonate 300 mg tab		6	
lithium carbonate 600 mg cap		6	
lithium carbonate er 300 mg tb		6	
lithium carbonate er 450 mg tb		6	
LO LOESTRIN FE 1 MG-10 MCG (24)/10 MCG (2) TABLET	QL(91 cada 90 días)	12	
lo-zumandimine (28) 3 mg-0.02 mg tablet	QL(91 cada 90 días)	12	
loestrin 1.5/30 (21) 1.5 mg-30 mcg tablet	QL(91 cada 90 días)	12	
loestrin 1/20 (21) 1 mg-20 mcg tablet	QL(91 cada 90 días)	12	
loestrin fe 1.5/30 (28-day) 1.5 mg-30 mcg (21)/75 mg (7) tablet	QL(91 cada 90 días)	12	
loestrin fe 1/20 (28-day) 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7) tablet	QL(91 cada 90 días)	12	
lomedia 24 fe 1 mg-20 mcg tab	QL(91 cada 90 días)	12	
loperamide 2 mg capsule			
lorata-dine d 10 mg-240 mg tablet,extended release OTC			
loratadine 10 mg tablet OTC			
loratadine 5 mg/5 ml syrup OTC			11
lorazepam 0.5 mg tablet	QL(150 cada 30 días)		
lorazepam 1 mg tablet	QL(150 cada 30 días)		
lorazepam 2 mg tablet	QL(150 cada 30 días)		
lorazepam 2 mg/ml carpuject			
lorazepam 2 mg/ml oral concent	QL(150 cada 30 días)		
lorazepam 2 mg/ml vial			
lorazepam 4 mg/ml carpuject			
lorazepam 4 mg/ml vial			
LORAZEPAM INTENSOL 2 MG/ML ORAL CONCENTRATE	QL(150 cada 30 días)		
loryna (28) 3 mg-0.02 mg tablet	QL(91 cada 90 días)	12	
losartan potassium 100 mg tab			
losartan potassium 25 mg tab	QL(60 cada 30 días)		
losartan potassium 50 mg tab	QL(60 cada 30 días)		
losartan-hctz 100-12.5 mg tab			
losartan-hctz 100-25 mg tab			
losartan-hctz 50-12.5 mg tab			
LOSEASONIQUE 0.10 MG-20 MCG (84)/10 MCG(7) TABLETS,3 MONTH DOSE PACK	QL(91 cada 90 días)	12	
LOTEMAX 0.5 % EYE DROPS,SUSPENSION			
LOTRONEX 0.5 MG TABLET			
LOTRONEX 1 MG TABLET			
lovastatin 10 mg tablet	QL(60 cada 30 días)		

ST – Terapia por fases • QL – Límite en las cantidades • PA – Autorización previa • OTC – Medicamentos sin receta

Nombre del medicamento	Requistos de administratción del uso	Edad mínima	Edad máxima
lovastatin 20 mg tablet	QL(60 cada 30 días)		
lovastatin 40 mg tablet	QL(60 cada 30 días)		
low-ogestrel (28) 0.3 mg-30 mcg tablet	QL(91 cada 90 días)	12	
loxapine 10 mg capsule	QL(120 cada 30 días)	18	
loxapine 25 mg capsule	QL(120 cada 30 días)	18	
loxapine 5 mg capsule	QL(120 cada 30 días)	18	
loxapine 50 mg capsule	QL(90 cada 30 días)	18	
LUPANETA PACK (1 MONTH) 3.75 MG IM SYRINGE AND 5 MG (30) TABLETS,KIT	PA,QL(1 cada 27 días)	18	
LUPANETA PACK (3 MONTH) 11.25 MG IM SYRINGE AND 5 MG (90) TABLETS,KIT	PA,QL(1 cada 84 días)	18	
LUPRON DEPOT (6 MONTH) 45 MG INTRAMUSCULAR SYRINGE KIT	PA,QL(1 cada 168 días)	18	
LUPRON DEPOT 11.25 MG (3 MONTH) INTRAMUSCULAR SYRINGE KIT	PA,QL(1 cada 84 días)	18	
LUPRON DEPOT 22.5 MG (3 MONTH) INTRAMUSCULAR SYRINGE KIT	PA,QL(1 cada 84 días)	18	
LUPRON DEPOT 3.75 MG INTRAMUSCULAR SYRINGE KIT	PA,QL(1 cada 28 días)	18	
LUPRON DEPOT 30 MG (4 MONTH) INTRAMUSCULAR SYRINGE KIT	PA,QL(1 cada 112 días)	18	
LUPRON DEPOT 7.5 MG INTRAMUSCULAR SYRINGE KIT	PA,QL(1 cada 28 días)	18	
LUPRON DEPOT-PED 11.25 MG (3 MONTH) INTRAMUSCULAR SYRINGE KIT	PA,QL(1 cada 84 días)	2	12
LUPRON DEPOT-PED 11.25 MG INTRAMUSCULAR KIT	PA,QL(1 cada 28 días)	2	12
LUPRON DEPOT-PED 15 MG INTRAMUSCULAR KIT	PA,QL(1 cada 28 días)	2	12
LUPRON DEPOT-PED 30 MG (3 MONTH) INTRAMUSCULAR SYRINGE KIT	PA,QL(1 cada 84 días)	2	12
LUPRON DEPOT-PED 7.5 MG (PED) INTRAMUSCULAR KIT	PA,QL(1 cada 28 días)	2	12
lutera (28) 0.1 mg-20 mcg tablet	QL(91 cada 90 días)	12	
LYRICA 100 MG CAPSULE	QL(90 cada 30 días)		
LYRICA 150 MG CAPSULE	QL(90 cada 30 días)		
LYRICA 200 MG CAPSULE	QL(90 cada 30 días)		
LYRICA 225 MG CAPSULE	QL(60 cada 30 días)		
LYRICA 25 MG CAPSULE	QL(90 cada 30 días)		
LYRICA 300 MG CAPSULE	QL(60 cada 30 días)		
LYRICA 50 MG CAPSULE	QL(90 cada 30 días)		
LYRICA 75 MG CAPSULE	QL(90 cada 30 días)		
lyza 0.35 mg tablet	QL(91 cada 90 días)	12	
m-natal plus 27 mg iron-1 mg tablet		12	
M.V.I. ADULT 3,300 UNIT-150 MCG/10 ML INTRAVENOUS SOLUTION			
M.V.I. PEDIATRIC 80 MG-400 UNIT-200 MCG INTRAVENOUS SOLUTION			
MAG-AL PLUS 200 MG-200 MG-20 MG/5 ML ORAL SUSPENSION OTC			
mag-al plus extra strength 400 mg-400 mg-40 mg/5 ml oral suspension OTC			
MAGELLAN INSULIN SAFETY SYRINGE 0.3 ML 29 X 1/2"			

ST – Terapia por fases • QL – Límite en las cantidades • PA – Autorización previa • OTC – Medicamentos sin receta

Nombre del medicamento	Requistos de administratción del uso	Edad mínima	Edad máxima
MAGELLAN INSULIN SAFETY SYRINGE 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"			
MAGELLAN INSULIN SAFETY SYRINGE 1 ML 29 GAUGE X 1/2"			
MAGELLAN INSULIN SAFETY SYRINGE 1 ML 30 GAUGE X 5/16"			
MAGELLAN SYRINGE 0.3 ML 30 X 5/16"			
MAGELLAN SYRINGE 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"			
MAGELLAN SYRINGE 1 ML 27 GAUGE X 1/2"			
magnesium chl 200 mg/ml vial			
magnesium sulf 2 g/50 ml bag			
magnesium sulf 20 g/500 ml bag			
magnesium sulf 4 g/100 ml bag			
magnesium sulf 4 g/50 ml bag			
magnesium sulf 40 g/1,000 ml			
magnesium sulfate 50% vial			
MAKENA (PF) 275 MG/1.1 ML SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR	PA,QL(4.4 cada 28 días)	16	
MAKENA 250 MG/ML (1 ML) INTRAMUSCULAR OIL	PA,QL(4 cada 28 días)	16	
manganese 1 mg/10 ml vial			
manganese sulf 1 mg/10 ml vial			
mapap (acetaminophen) 160 mg/5 ml oral liquid OTC			6
mapap 160 mg/5 ml suspension OTC			6
mapap arthritis pain 650 mg tablet,extended release OTC			
marlissa (28) 0.15 mg-0.03 mg tablet	QL(91 cada 90 días)	12	
MATULANE 50 MG CAPSULE	QL(56 cada 30 días)		
MAVYRET 100 MG-40 MG TABLET	PA	12	
MAXI-COMFORT INSULIN SYRINGE 1 ML 28 GAUGE X 1/2"			
MAXI-COMFORT INSULIN SYRINGE 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2"			
MAXICOMFORT SAFETY PEN NEEDLE 29 GAUGE X 3/16"			
MAXICOMFORT SAFETY PEN NEEDLE 29 GAUGE X 5/16"			
MAXIDEX 0.1 % EYE DROPS,SUSPENSION			
meclizine 12.5 mg tablet			
meclizine 25 mg tablet			
MEDISENSE THIN LANCETS			
MEDISENSE THIN LANCETS 28 GAUGE			
MEDLANCE PLUS LANCETS 21 GAUGE			
MEDLANCE PLUS LANCETS 25 GAUGE			
MEDLANCE PLUS LANCETS 30 GAUGE			
medroxyprogesterone 10 mg tab			
medroxyprogesterone 150 mg/ml	QL(1 cada 84 días)	12	
medroxyprogesterone 150 mg/ml	QL(1 cada 84 días)	12	
medroxyprogesterone 2.5 mg tab			
medroxyprogesterone 5 mg tab			
mefloquine hcl 250 mg tablet			
megestrol 20 mg tablet			
megestrol 40 mg tablet			
megestrol 625 mg/5 ml susp			
megestrol acet 40 mg/ml susp			
megestrol acet 400 mg/10 ml			
melodetta 24 fe 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4) chewable tablet	QL(91 cada 90 días)	12	

ST – Terapia por fases • QL – Límite en las cantidades • PA – Autorización previa • OTC – Medicamentos sin receta

Nombre del medicamento	Requistos de administratción del uso	Edad mínima	Edad máxima
meloxicam 15 mg tablet			
meloxicam 7.5 mg tablet			
melphalan 2 mg tablet			
melphalan hcl 50 mg vial			
memantine 5-10 mg titration pk		18	
memantine hcl 10 mg tablet		18	
memantine hcl 2 mg/ml solution		18	
memantine hcl 5 mg tablet		18	
MEPHYTON 5 MG TABLET	QL(5 cada 30 días)		
mercaptopurine 50 mg tablet	QL(90 cada 30 días)		
meropenem iv 1 gm vial			
meropenem iv 500 mg vial			
meropenem-0.9% nacl 1 gram/50			
meropenem-0.9% nacl 500 mg/50			
mesna 1 gram/10 ml vial			
MESTINON 60 MG/5 ML ORAL SYRUP			
metformin hcl 1,000 mg tablet	QL(75 cada 30 días)		
metformin hcl 500 mg tablet	QL(150 cada 30 días)		
metformin hcl 850 mg tablet	QL(90 cada 30 días)		
metformin hcl er 500 mg tablet	QL(150 cada 30 días)		
metformin hcl er 750 mg tablet	QL(105 cada 30 días)		
methazolamide 25 mg tablet			
methazolamide 50 mg tablet			
methenamine hipp 1 gm tablet			
methenamine md 1 gm tablet			
methimazole 10 mg tablet			
methimazole 5 mg tablet			
methocarbamol 500 mg tablet			
methocarbamol 750 mg tablet			
methotrexate 1 gm vial			
methotrexate 2.5 mg tablet			
methotrexate 50 mg/2 ml vial			
methotrexate 50 mg/2 ml vial			
methyldopa 250 mg tablet			
methyldopa 500 mg tablet			
methylergonovine 0.2 mg tablet			
methylphenidate 10 mg chew tab	QL(180 cada 30 días)		
methylphenidate 10 mg tablet	QL(90 cada 30 días)		
methylphenidate 2.5 mg chew tb	QL(90 cada 30 días)		
methylphenidate 20 mg tablet	QL(90 cada 30 días)		
methylphenidate 5 mg chew tab	QL(90 cada 30 días)		
methylphenidate 5 mg tablet	QL(90 cada 30 días)		
methylphenidate cd 10 mg cap	QL(30 cada 30 días)	6	
methylphenidate cd 20 mg cap	QL(30 cada 30 días)	6	
methylphenidate cd 30 mg cap	QL(30 cada 30 días)	6	
methylphenidate cd 40 mg cap	QL(30 cada 30 días)	6	
methylphenidate cd 50 mg cap	QL(30 cada 30 días)	6	
methylphenidate cd 60 mg cap	QL(30 cada 30 días)	6	

ST – Terapia por fases • QL – Límite en las cantidades • PA – Autorización previa • OTC – Medicamentos sin receta

Nombre del medicamento	Requistos de administratción del uso	Edad mínima	Edad máxima
methylphenidate er 10 mg tab	QL(135 cada 30 días)	6	
methylphenidate er 20 mg tab	QL(135 cada 30 días)	6	
methylprednisolone 16 mg tab			
methylprednisolone 32 mg tab			
methylprednisolone 4 mg dosepk			
methylprednisolone 4 mg tablet			
methylprednisolone 40 mg/ml vl			
methylprednisolone 8 mg tab			
methylprednisolone 80 mg/ml vl			
methylprednisolone ss 1 gm vl			
methylprednisolone ss 125 mg			
methylprednisolone ss 40 mg vl			
metoclopramide 10 mg tablet			
metoclopramide 5 mg tablet			
metoclopramide 5 mg/5 ml soln			
metolazone 10 mg tablet			
metolazone 2.5 mg tablet			
metolazone 5 mg tablet			
metoprolol succ er 100 mg tab			
metoprolol succ er 200 mg tab			
metoprolol succ er 25 mg tab			
metoprolol succ er 50 mg tab			
metoprolol tartrate 100 mg tab			
metoprolol tartrate 25 mg tab			
metoprolol tartrate 50 mg tab			
metronidazole 0.75% cream			
metronidazole 250 mg tablet			
metronidazole 500 mg tablet			
metronidazole 500 mg/100 ml			
metronidazole top 1% gel pump			
metronidazole topical 0.75% gl			
metronidazole topical 1% gel			
metronidazole vaginal 0.75% gl			
mexiletine 150 mg capsule			
mexiletine 200 mg capsule			
mexiletine 250 mg capsule			
mi-acid 200 mg-200 mg-20 mg/5 ml oral suspension OTC			
mi-acid 400 mg-400 mg-40 mg/5 ml oral suspension OTC			
mibelas 24 fe 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4) chewable tablet	QL(91 cada 90 días)	12	
miconazole 100 mg vag supp OTC			
miconazole 7 100 mg vaginal suppository OTC			
miconazole-3 200 mg vaginal suppository			
miconazole-3 200 mg/5 gram (4 %) vaginal cream OTC			
MICRO THIN LANCETS 33 GAUGE			
MICROCHAMBER SPACER			
MICRODOT INSULIN PEN NEEDLE 31 GAUGE X 1/4"			
MICRODOT INSULIN PEN NEEDLE 32 GAUGE X 5/32"			
MICRODOT INSULIN PEN NEEDLE 33 GAUGE X 5/32"			

ST – Terapia por fases • QL – Límite en las cantidades • PA – Autorización previa • OTC – Medicamentos sin receta

Nombre del medicamento	Requistos de administratción del uso	Edad mínima	Edad máxima
MICROGESTIN 1.5/30 (21) 1.5 MG-30 MCG TABLET	QL(91 cada 90 días)	12	
MICROGESTIN 1/20 (21) 1 MG-20 MCG TABLET	QL(91 cada 90 días)	12	
MICROGESTIN FE 1.5/30 (28) 1.5 MG-30 MCG (21)/75 MG (7) TABLET	QL(91 cada 90 días)	12	
MICROGESTIN FE 1/20 (28) 1 MG-20 MCG (21)/75 MG (7) TABLET	QL(91 cada 90 días)	12	
MICROLET 2 LANCING DEVICE KIT			
MICROLET LANCET			
MICROLET NEXT LANCING DEVICE KIT			
MICROSPACER			
midodrine hcl 10 mg tablet			
midodrine hcl 2.5 mg tablet			
midodrine hcl 5 mg tablet			
mili 0.25 mg-35 mcg tablet	QL(91 cada 90 días)	12	
milrinone lact 20 mg/20 ml vl			
milrinone-d5w 20 mg/100 ml			
milrinone-d5w 40 mg/200 ml			
MINASTRIN 24 FE 1 MG-20 MCG (24)/75 MG (4) CHEWABLE TABLET	QL(91 cada 90 días)	12	
MINI LANCING DEVICE			
MINI ULTRA-THIN II 31 GAUGE X 3/16" NEEDLE			
MINI WRIGHT PEAK FLOW METER			
MINI-WRIGHT PEAK FLOW METER			
MINIMED SYRINGE RESERVOIR 1.8 ML			
MINIMED SYRINGE RESERVOIR 3 ML			
minocycline 100 mg capsule			
minocycline 50 mg capsule			
minocycline 75 mg capsule			
minoxidil 10 mg tablet			
minoxidil 2.5 mg tablet			
mintox 200 mg-200 mg-20 mg/5 ml oral suspension OTC			
mintox maximum strength 400 mg-400 mg-40 mg/5 ml oral suspension OTC			
mircette (28) 0.15 mg-0.02 mg (21)/0.01 mg (5) tablet	QL(91 cada 90 días)	12	
mirtazapine 15 mg odt	QL(30 cada 30 días)	6	
mirtazapine 15 mg tablet	QL(30 cada 30 días)	6	
mirtazapine 30 mg odt	QL(30 cada 30 días)	6	
mirtazapine 30 mg tablet	QL(30 cada 30 días)	6	
mirtazapine 45 mg odt	QL(30 cada 30 días)	6	
mirtazapine 45 mg tablet	QL(30 cada 30 días)	6	
mirtazapine 7.5 mg tablet	QL(60 cada 30 días)	6	
misoprostol 100 mcg tablet			
misoprostol 200 mcg tablet			
mitomycin 20 mg vial			
mitomycin 40 mg vial			
mitomycin 5 mg vial			
mitoxantrone 30 mg/15 ml vial		18	

ST – Terapia por fases • QL – Límite en las cantidades • PA – Autorización previa • OTC – Medicamentos sin receta

Nombre del medicamento	Requistos de administratción del uso	Edad mínima	Edad máxima
modafinil 100 mg tablet	PA,QL(90 cada 30 días)	18	
modafinil 200 mg tablet	PA,QL(60 cada 30 días)	18	
moderiba 200 mg tablet	PA	5	
moderiba 600-600 mg dosepack	PA	5	
mometasone furoate 0.1% cream			
mometasone furoate 0.1% oint			
mometasone furoate 0.1% soln			
mometasone furoate 50 mcg spry			
mono-linyah 0.25 mg-35 mcg tablet	QL(91 cada 90 días)	12	
MONOJECT BLOOD COLLECTION 20 GAUGE X 1" NEEDLE			
MONOJECT BLOOD COLLECTION 20 X 1 1/2" NEEDLE			
MONOJECT BLOOD COLLECTION 21 GAUGE X 1" NEEDLE			
MONOJECT BLOOD COLLECTION 22 GAUGE X 1" NEEDLE			
MONOJECT CONTROL SYRINGE LUER LOCK 12 ML			
MONOJECT ENFIT STERILE SYRINGE 1 ML			
MONOJECT ENFIT STERILE SYRINGE 3 ML			
MONOJECT ENFIT STERILE SYRINGE 35 ML			
MONOJECT ENFIT STERILE SYRINGE 6 ML			
MONOJECT ENFIT STERILE SYRINGE 60 ML			
MONOJECT ENFIT SYRINGE 12 ML			
MONOJECT HYPODERMIC NEEDLES 22 GAUGE X 1 1/2"			
MONOJECT HYPODERMIC NEEDLES 22 GAUGE X 1"			
MONOJECT HYPODERMIC NEEDLES 23 GAUGE X 1"			
MONOJECT HYPODERMIC NEEDLES 25 GAUGE X 1 1/2"			
MONOJECT HYPODERMIC NEEDLES 25 GAUGE X 1"			
MONOJECT HYPODERMIC NEEDLES 25 GAUGE X 5/8"			
MONOJECT HYPODERMIC NEEDLES 26 GAUGE X 1 1/2"			
MONOJECT HYPODERMIC NEEDLES 27 GAUGE X 1/2"			
MONOJECT HYPODERMIC NEEDLES 30 GAUGE X 3/4"			
MONOJECT INSULIN SAFETY SYRINGE 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2"			
MONOJECT INSULIN SAFETY SYRINGE 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16"			
MONOJECT INSULIN SAFETY SYRINGE 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"			
MONOJECT INSULIN SAFETY SYRINGE 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"			
MONOJECT INSULIN SAFETY SYRINGE 29 GAUGE X 1/2"			
MONOJECT INSULIN SYRINGE 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2"			
MONOJECT INSULIN SYRINGE 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16"			
MONOJECT INSULIN SYRINGE 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"			
MONOJECT INSULIN SYRINGE 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"			
MONOJECT INSULIN SYRINGE 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"			
MONOJECT INSULIN SYRINGE 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"			
MONOJECT INSULIN SYRINGE 1 ML			
MONOJECT INSULIN SYRINGE 1 ML 25 GAUGE X 5/8"			
MONOJECT INSULIN SYRINGE 1 ML 27 GAUGE X 1/2"			
MONOJECT INSULIN SYRINGE 1 ML 28 GAUGE X 1/2"			

ST – Terapia por fases • QL – Límite en las cantidades • PA – Autorización previa • OTC – Medicamentos sin receta

Nombre del medicamento	Requistos de administratción del uso	Edad mínima	Edad máxima
MONOJECT INSULIN SYRINGE 1 ML 29 GAUGE X 1/2"			
MONOJECT INSULIN SYRINGE 1 ML 30 GAUGE X 5/16"			
MONOJECT INSULIN SYRINGE 1 ML 31 GAUGE X 5/16"			
MONOJECT INSULIN SYRINGE 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2"			
MONOJECT MAGELLAN SYRINGE 1 ML 25 GAUGE X 1"			
MONOJECT MAGELLAN SYRINGE 1 ML 25 GAUGE X 5/8"			
MONOJECT MAGELLAN SYRINGE 3 ML 20 GAUGE X 1"			
MONOJECT PHARMACY TRAY REGULAR TIP 1 ML SYRINGE			
MONOJECT SAFETY SYRINGES			
MONOJECT SAFETY SYRINGES 12 ML 21 X 1 1/2"			
MONOJECT SAFETY SYRINGES 3 ML 22 GAUGE X 1 1/2"			
MONOJECT SAFETY SYRINGES 6 ML			
MONOJECT SYRINGE 1/2 ML 28 GAUGE			
MONOJECT SYRINGE 3 ML			
MONOJECT SYRINGE 6 ML			
MONOJECT SYRINGE 6 ML 20 X 1 1/2"			
MONOJECT SYRINGE 6 ML 21 X 1 1/2"			
MONOJECT SYRINGE 6 ML 21 X 1"			
MONOJECT SYRINGE 6 ML 22 X 1 1/2"			
MONOJECT TB LUER LOK 1 ML SYRINGE			
MONOJECT TUBERCULIN SYRINGE 1 ML			
MONOJECT ULTRA COMFORT INSULIN 1/2 ML 28 GAUGE SYRINGE			
MONOLET LANCETS 21 GAUGE			
MONOLET THIN LANCETS 28 GAUGE			
MONONESSA 28 TABLET	QL(91 cada 90 días)	12	
montelukast sod 10 mg tablet	QL(30 cada 30 días)		
montelukast sod 4 mg tab chew	QL(30 cada 30 días)		
montelukast sod 5 mg tab chew	QL(30 cada 30 días)		
MORPHABOND ER 100 MG TABLET,ORAL ONLY (NOT FEEDING TUBES)	PA	18	
MORPHABOND ER 15 MG TABLET,ORAL ONLY (NOT FEEDING TUBES)	PA	18	
MORPHABOND ER 30 MG TABLET,ORAL ONLY (NOT FEEDING TUBES)	PA	18	
MORPHABOND ER 60 MG TABLET,ORAL ONLY (NOT FEEDING TUBES)	PA	18	
morphine sulf 10 mg/5 ml soln			
morphine sulf 100 mg/5 ml conc			
morphine sulf 20 mg/5 ml soln			
morphine sulfate ir 15 mg tab			
morphine sulfate ir 30 mg tab			
MOUTHPIECE DEVICE			
MOVANTIK 12.5 MG TABLET	PA		
MOVANTIK 25 MG TABLET	PA		
MOXEZA 0.5 % EYE DROPS			
moxifloxacin 0.5% eye drops	QL(6 cada 30 días)		

ST – Terapia por fases • QL – Límite en las cantidades • PA – Autorización previa • OTC – Medicamentos sin receta

Nombre del medicamento	Requistos de administratción del uso	Edad mínima	Edad máxima
MOZOBIL 24 MG/1.2 ML (20 MG/ML) SUBCUTANEOUS SOLUTION	PA		
MUCINEX 1,200 MG TABLET, EXTENDED RELEASE OTC			
MUCINEX 600 MG TABLET, EXTENDED RELEASE OTC			
MUCINEX MINI-MELTS 100 MG ORAL GRANULES IN PACKET OTC			
mucosa 400 mg tablet OTC			
MUCUS-CHEST CONGESTION 100 MG/5 ML ORAL LIQUID OTC			
MULTI-LANCET DEVICE 2 KIT			
multi-vitamin with fluoride 0.25 mg chewable tablet OTC			12
multi-vitamin with fluoride 0.5 mg chewable tablet OTC			12
multi-vitamin with fluoride 1 mg chewable tablet OTC			12
multitrace-4 4 mcg-0.4 mg-0.1 mg-1 mg/ml intravenous solution			
multitrace-4 concentrate 10 mg-1 mg-0.5 mg-5 mg/ml intravenous soln			
multitrace-4 neonatal 0.85 mcg-0.1 mg-25 mcg-1.5 mg/ml intravenous			
MULTITRACE-4 PEDIATRIC 1 MCG-0.1 MG-25 MCG-1 MG/ML INTRAVENOUS SOLN			
multitrace-5 4-400-100-20 mcg-1000 mcg/ml intravenous solution			
multitrace-5 concentrate 10 mcg-1 mg-0.5 mg-60 mcg-5mg/ml iv solution			
multivit-fluor 0.25 mg/ml drop OTC			12
mupirocin 2% ointment	QL(44 cada 30 días)		
MUTAMYCIN 20 MG INTRAVENOUS SOLUTION			
MUTAMYCIN 40 MG INTRAVENOUS SOLUTION			
MUTAMYCIN 5 MG INTRAVENOUS SOLUTION			
MX-SOL ORAL LIQUID OTC			
my choice 1.5 mg tablet OTC	QL(2 cada 30 días)	12	
my way 1.5 mg tablet OTC	QL(2 cada 30 días)	12	
mycophenolate 250 mg capsule			
mycophenolate 500 mg tablet			
mycophenolate 500 mg vial			
MYGLUCOHEALTH LANCETS 30 GAUGE			
MYLERAN 2 MG TABLET			
MYLOTARG 4.5 MG (1 MG/ML INITIAL CONCENTRATION) INTRAVENOUS SOLUTION			
myorisan 10 mg capsule		12	
myorisan 20 mg capsule		12	
myorisan 30 mg capsule		12	
myorisan 40 mg capsule		12	
MYSOLINE 250 MG TABLET			
MYSOLINE 50 MG TABLET			
myzilra-28 tablet	QL(91 cada 90 días)	12	
NABI-HB GREATER THAN 1,560 UNIT/5 ML INTRAMUSCULAR SOLUTION	PA		

ST – Terapia por fases • QL – Límite en las cantidades • PA – Autorización previa • OTC – Medicamentos sin receta

Nombre del medicamento	Requistos de administratción del uso	Edad mínima	Edad máxima
NABI-HB GREATER THAN 312 UNIT/ML INTRAMUSCULAR SOLUTION	PA		
nabumetone 500 mg tablet			
nabumetone 750 mg tablet			
naloxone 0.4 mg/ml carpuject			
naloxone 0.4 mg/ml vial			
naloxone 2 mg/2 ml syringe			
naltrexone 50 mg tablet			
naproxen 250 mg tablet			
naproxen 375 mg tablet			
naproxen 500 mg tablet			
naproxen dr 375 mg tablet			
naproxen dr 500 mg tablet			
NARCAN 4 MG/ACTUATION NASAL SPRAY	QL(2 cada 365 días)		
NATAZIA 3 MG/2 MG-2 MG/2 MG-3 MG/1 MG TABLET	QL(91 cada 90 días)	12	
NATROBA 0.9 % TOPICAL SUSPENSION			
NEBUPENT 300 MG SOLUTION FOR INHALATION			
necon 0.5/35 (28) 0.5 mg-35 mcg tablet	QL(91 cada 90 días)	12	
NECON 7-7-7-28 TABLET	QL(91 cada 90 días)	12	
neo-bacit-poly-hc eye ointment			
neomy-polymyxin b 40 mg/ml amp			
neomyc-bacit-polymix eye oint			
neomyc-polym-dexamet eye ointm			
neomyc-polym-dexameth eye drop			
neomycin 500 mg tablet			
neomycin-polymyxin-hc ear soln			
neomycin-polymyxin-hc ear susp			
NEPHPLEX RX 1 MG-60 MG-300 MCG-12.5 MG TABLET OTC			
NEPHRAMINE 5.4 % INTRAVENOUS SOLUTION			
NEULASTA 6 MG/0.6 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE	PA		
NEULASTA 6 MG/0.6 ML WITH WEARABLE SUBCUTANEOUS INJECTOR	PA		
NEUPOGEN 300 MCG/0.5 ML INJECTION SYRINGE	PA		
NEUPOGEN 300 MCG/ML INJECTION SOLUTION	PA		
NEUPOGEN 480 MCG/0.8 ML INJECTION SYRINGE	PA		
NEUPOGEN 480 MCG/1.6 ML INJECTION SOLUTION	PA		
NEURONTIN 100 MG CAPSULE			
NEURONTIN 250 MG/5 ML ORAL SOLUTION			
NEURONTIN 300 MG CAPSULE			
NEURONTIN 400 MG CAPSULE			
NEURONTIN 600 MG TABLET			
NEURONTIN 800 MG TABLET			
nevirapine 200 mg tablet			
nevirapine er 100 mg tablet			
nevirapine er 400 mg tablet			
new day 1.5 mg tablet OTC	QL(2 cada 30 días)	12	
NEXAVAR 200 MG TABLET		18	

ST – Terapia por fases • QL – Límite en las cantidades • PA – Autorización previa • OTC – Medicamentos sin receta

Nombre del medicamento	Requistos de administratción del uso	Edad mínima	Edad máxima
NEXIUM PACKET 10 MG GRANULES DELAYED RELEASE FOR SUSP	QL(30 cada 30 días)		11
NEXIUM PACKET 2.5 MG GRANULES DELAYED RELEASE FOR SUSP	QL(30 cada 30 días)		11
NEXIUM PACKET 20 MG GRANULES DELAYED RELEASE FOR SUSP	QL(30 cada 30 días)		11
NEXIUM PACKET 40 MG GRANULES DELAYED RELEASE FOR SUSP	QL(30 cada 30 días)		11
NEXIUM PACKET 5 MG GRANULES DELAYED RELEASE FOR SUSP	QL(30 cada 30 días)		11
niacin er 1,000 mg tablet			
niacin er 500 mg tablet			
niacin er 750 mg tablet			
niacor 500 mg tablet			
NICADAN 800 MG-10 MG-100 MG-500 MCG TABLET OTC			
nicotine 2 mg chewing gum OTC		18	
nicotine 4 mg chewing gum OTC		18	
nifedipine 10 mg capsule			
nifedipine 20 mg capsule			
nifedipine er 30 mg tablet	QL(60 cada 30 días)		
nifedipine er 30 mg tablet	QL(60 cada 30 días)		
nifedipine er 60 mg tablet			
nifedipine er 60 mg tablet			
nifedipine er 90 mg tablet			
nifedipine er 90 mg tablet			
nikki (28) 3 mg-0.02 mg tablet	QL(91 cada 90 días)	12	
nilutamide 150 mg tablet	QL(30 cada 30 días)	18	
nimodipine 30 mg capsule		18	
nitrofurantoin 25 mg/5 ml susp			
nitrofurantoin mcr 100 mg cap			
nitrofurantoin mcr 25 mg cap			
nitrofurantoin mcr 50 mg cap			
nitrofurantoin mono-mcr 100 mg			
nitroglycerin 0.1 mg/hr patch			
nitroglycerin 0.2 mg/hr patch			
nitroglycerin 0.3 mg tablet sl			
nitroglycerin 0.4 mg tablet sl			
nitroglycerin 0.4 mg/hr patch			
nitroglycerin 0.6 mg tablet sl			
nitroglycerin 0.6 mg/hr patch			
NITYR 10 MG TABLET	PA		
NITYR 2 MG TABLET	PA		
NITYR 5 MG TABLET	PA		
niva-plus 27 mg iron-1 mg tablet OTC		12	
non-drowsy allergy 10 mg tablet OTC			
NORA-BE 0.35 MG TABLET	QL(91 cada 90 días)	12	
NORCO 5 MG-325 MG TABLET			
NORCO 7.5 MG-325 MG TABLET			

ST – Terapia por fases • QL – Límite en las cantidades • PA – Autorización previa • OTC – Medicamentos sin receta

Nombre del medicamento	Requistos de administratción del uso	Edad mínima	Edad máxima
NORDITROPIN FLEXPRO 10 MG/1.5 ML (6.7 MG/ML) SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR	PA		16
NORDITROPIN FLEXPRO 15 MG/1.5 ML (10 MG/ML) SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR	PA		16
NORDITROPIN FLEXPRO 30 MG/3 ML (10 MG/ML) SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR	PA		16
NORDITROPIN FLEXPRO 5 MG/1.5 ML (3.3 MG/ML) SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR	PA		16
noret-estr-fe 0.4-0.035(21)-75	QL(91 cada 90 días)	12	
noreth-estrad-fe 1-0.02(21)-75	QL(91 cada 90 días)	12	
noreth-estrad-fe 1-0.02(24)-75	QL(91 cada 90 días)	12	
noreth-estrad-fe 1-0.02(24)-75	QL(91 cada 90 días)	12	
norethin-estra-fe 0.8-0.025 mg	QL(91 cada 90 días)	12	
norethin-eth estrad 1 mg-5 mcg			
norethind-eth estrad 0.5-2.5			
norethind-eth estrad 1-0.02 mg	QL(91 cada 90 días)	12	
norethindrone 0.35 mg tablet	QL(91 cada 90 días)	12	
norethindrone 5 mg tablet			
norg-ee 0.18-0.215-0.25/0.025	QL(91 cada 90 días)	12	
norg-ee 0.18-0.215-0.25/0.035	QL(91 cada 90 días)	12	
norg-ethin estra 0.25-0.035 mg	QL(91 cada 90 días)	12	
norlyda 0.35 mg tablet	QL(91 cada 90 días)	12	
norlyroc 0.35 mg tablet	QL(91 cada 90 días)	12	
NORMOSOL-M IN 5 % DEXTROSE INTRAVENOUS SOLUTION			
NORMOSOL-R IN 5 % DEXTROSE INTRAVENOUS SOLUTION			
NORMOSOL-R INTRAVENOUS SOLUTION			
NORMOSOL-R PH 7.4 INTRAVENOUS SOLUTION			
nortrel 0.5/35 (28) 0.5 mg-35 mcg tablet	QL(91 cada 90 días)	12	
nortrel 1/35 (21) 1 mg-35 mcg tablet	QL(91 cada 90 días)	12	
nortrel 1/35 (28) 1 mg-35 mcg tablet	QL(91 cada 90 días)	12	
nortrel 7/7/7 (28) 0.5 mg/0.75 mg/1 mg-35 mcg tablet	QL(91 cada 90 días)	12	
nortriptyline 10 mg/5 ml soln	QL(2250 cada 30 días)	13	
nortriptyline hcl 10 mg cap	QL(240 cada 30 días)	13	
nortriptyline hcl 25 mg cap	QL(120 cada 30 días)	13	
nortriptyline hcl 50 mg cap	QL(90 cada 30 días)	13	
nortriptyline hcl 75 mg cap	QL(60 cada 30 días)	13	
NORVIR 100 MG ORAL POWDER PACKET			
NORVIR 100 MG TABLET			
NORVIR 80 MG/ML ORAL SOLUTION			
NOVA SAFETY LANCETS 23 GAUGE			
NOVA SAFETY LANCETS 28 GAUGE			
NOVA SUREFLEX LANCETS			
NOVOFINE 30G X 1/3" NEEDLES			
NOVOFINE 32 32 GAUGE X 1/4" NEEDLE			
NOVOFINE AUTOCOVER 30 GAUGE X 1/3" NEEDLE			
NOVOFINE PLUS 32 GAUGE X 1/6" NEEDLE			

ST – Terapia por fases • QL – Límite en las cantidades • PA – Autorización previa • OTC – Medicamentos sin receta

Nombre del medicamento	Requistos de administratción del uso	Edad mínima	Edad máxima
NOVOLIN N NPH U-100 INSULIN ISOPHANE 100 UNIT/ML SUBCUTANEOUS SUSP OTC	QL(70 cada 30 días)		
NOVOLIN R REGULAR U-100 INSULIN 100 UNIT/ML INJECTION SOLUTION OTC	QL(70 cada 30 días)		
NOVOLOG FLEXPEN U-100 INSULIN ASPART 100 UNIT/ML (3 ML) SUBCUTANEOUS	QL(30 cada 30 días)		
NOVOLOG MIX 70-30 FLEXPEN U-100 INSULIN 100 UNIT/ML SUBCUTANEOUS PEN	QL(30 cada 30 días)		
NOVOLOG MIX 70-30 U-100 INSULIN 100 UNIT/ML SUBCUTANEOUS SOLUTION	QL(70 cada 30 días)		
NOVOLOG PENFILL U-100 INSULIN ASPART 100 UNIT/ML SUBCUTANEOUS CARTRIDG	QL(30 cada 30 días)		
NOVOLOG U-100 INSULIN ASPART 100 UNIT/ML SUBCUTANEOUS SOLUTION	QL(70 cada 30 días)		
NOVOTWIST 32 GAUGE X 1/5" NEEDLE			
np thyroid 120 mg tablet			
np thyroid 15 mg tablet			
np thyroid 30 mg tablet			
np thyroid 60 mg tablet			
np thyroid 90 mg tablet			
NUTRILIPID 20 % INTRAVENOUS EMULSION			
NUVARING 0.12 MG -0.015 MG/24 HR VAGINAL		12	
nystatin 100,000 unit/gm cream			
nystatin 100,000 unit/gm oint			
nystatin 100,000 unit/gm powd			
nystatin 100,000 unit/ml susp			
nystatin 500,000 unit oral tab			
OB COMPLETE 50 MG IRON-1.25 MG TABLET		12	
OCELLA 3 MG-0.03 MG TABLET	QL(91 cada 90 días)	12	
OCTAGAM 10 % INTRAVENOUS SOLUTION	PA		
OCTAGAM 5 % INTRAVENOUS SOLUTION	PA		
octreotide 1,000 mcg/ml vial			
octreotide acet 0.05 mg/ml vl			
octreotide acet 100 mcg/ml vl			
octreotide acet 200 mcg/ml vl			
octreotide acet 500 mcg/ml vl			
ODEFSEY 200 MG-25 MG-25 MG TABLET	QL(30 cada 30 días)	12	
ofloxacin 0.3% ear drops			
ofloxacin 0.3% eye drops			
ogestrel (28) 0.5 mg-50 mcg tablet	QL(91 cada 90 días)	12	
olanzapine 10 mg tablet	QL(30 cada 30 días)	6	
olanzapine 15 mg tablet	QL(30 cada 30 días)	6	
olanzapine 2.5 mg tablet	QL(30 cada 30 días)	6	
olanzapine 20 mg tablet	QL(30 cada 30 días)	6	
olanzapine 5 mg tablet	QL(30 cada 30 días)	6	
olanzapine 7.5 mg tablet	QL(30 cada 30 días)	6	
olanzapine odt 10 mg tablet	QL(30 cada 30 días)	6	
olanzapine odt 15 mg tablet	QL(60 cada 30 días)	6	

ST – Terapia por fases • QL – Límite en las cantidades • PA – Autorización previa • OTC – Medicamentos sin receta

Nombre del medicamento	Requistos de administratción del uso	Edad mínima	Edad máxima
olanzapine odt 20 mg tablet	QL(30 cada 30 días)	6	
olanzapine odt 5 mg tablet	QL(30 cada 30 días)	6	
olmesartan medoxomil 20 mg tab			
olmesartan medoxomil 40 mg tab			
olmesartan medoxomil 5 mg tab			
olopatadine hcl 0.1% eye drops			
omeprazole dr 10 mg capsule	QL(30 cada 30 días)	1	
omeprazole dr 20 mg capsule	QL(30 cada 30 días)	1	
omeprazole dr 40 mg capsule	QL(30 cada 30 días)	1	
ON CALL LANCET 30 GAUGE			
ON CALL LANCING DEVICE			
ON CALL PLUS LANCET 30 GAUGE			
ON CALL PLUS LANCING DEVICE			
ON-THE-GO LANCETS 30 GAUGE			
ONCASPAR 750 UNIT/ML INJECTION SOLUTION			
ondansetron 4 mg/5 ml solution	QL(600 cada 28 días)		
ondansetron 40 mg/20 ml vial	QL(32 cada 28 días)		
ondansetron hcl 4 mg tablet	QL(60 cada 30 días)		
ondansetron hcl 4 mg/2 ml syr	QL(32 cada 28 días)		
ondansetron hcl 4 mg/2 ml vial	QL(32 cada 28 días)		
ondansetron hcl 8 mg tablet	QL(60 cada 30 días)		
ondansetron odt 4 mg tablet	QL(60 cada 30 días)		
ondansetron odt 8 mg tablet	QL(60 cada 30 días)		
ONE WAY VALVED MOUTHPIECE DEVICE			
ONETOUCH DELICA LANCETS 30 GAUGE			
ONETOUCH DELICA LANCETS 33 GAUGE			
ONETOUCH DELICA LANCING DEVICE KIT			
ONETOUCH DELICA PLUS LANCET 30 GAUGE			
ONETOUCH DELICA PLUS LANCET 33 GAUGE			
ONETOUCH DELICA PLUS LANCING DEVICE KIT			
ONETOUCH SURESOFT LANCING DEVICES 18 GAUGE			
ONETOUCH SURESOFT LANCING DEVICES 21 GAUGE			
ONETOUCH SURESOFT LANCING DEVICES 28 GAUGE			
ONETOUCH ULTRASOFT LANCETS			
ONFI 10 MG TABLET		2	
ONFI 2.5 MG/ML ORAL SUSPENSION		2	
ONFI 20 MG TABLET		2	
ONGLYZA 2.5 MG TABLET	QL(30 cada 30 días)	18	
ONGLYZA 5 MG TABLET	QL(30 cada 30 días)	18	
opcicon one-step 1.5 mg tablet OTC	QL(2 cada 30 días)	12	
OPTICHAMBER ADULT MASK-LARGE			
OPTICHAMBER DIAMOND VHC SPACER			
OPTICHAMBER DIAMOND VHC WITH LARGE MASK			
OPTICHAMBER DIAMOND VHC WITH MEDIUM MASK			
OPTICHAMBER DIAMOND VHC WITH SMALL MASK			
option-2 1.5 mg tablet OTC	QL(2 cada 30 días)	12	
ORA-BLEND SF ORAL SUSPENSION OTC			
ORA-PLUS ORAL SUSPENSION OTC			

ST – Terapia por fases • QL – Límite en las cantidades • PA – Autorización previa • OTC – Medicamentos sin receta

Nombre del medicamento	Requistos de administratción del uso	Edad mínima	Edad máxima
ORA-SWEET ORAL LIQUID OTC			
ORACIT 490 MG-640 MG/5 ML ORAL SOLUTION			
ORAPRED ODT 10 MG DISINTEGRATING TABLET			11
ORAPRED ODT 15 MG DISINTEGRATING TABLET			11
ORAPRED ODT 30 MG DISINTEGRATING TABLET			11
ORFADIN 10 MG CAPSULE	PA		
ORFADIN 2 MG CAPSULE	PA		
ORFADIN 20 MG CAPSULE	PA		
ORFADIN 4 MG/ML ORAL SUSPENSION	PA		
ORFADIN 5 MG CAPSULE	PA		
ORILISSA 150 MG TABLET	PA		
ORILISSA 200 MG TABLET	PA		
orsythia 0.1 mg-20 mcg tablet	QL(91 cada 90 días)	12	
ORTHO MICRONOR 0.35 MG TABLET	QL(91 cada 90 días)	12	
ORTHO TRI-CYCLEN (28) 0.18 MG(7)/0.215 MG(7)/0.25 MG(7)-35 MCG TABLET	QL(91 cada 90 días)	12	
ORTHO TRI-CYCLEN LO TABLET	QL(91 cada 90 días)	12	
ORTHO-CYCLEN 28 TABLET	QL(91 cada 90 días)	12	
ORTHO-NOVUM 1/35 (28) 1 MG-35 MCG TABLET	QL(91 cada 90 días)	12	
ORTHO-NOVUM 7/7/7 (28) 0.5 MG/0.75 MG/1 MG-35 MCG TABLET	QL(91 cada 90 días)	12	
oxaliplatin 100 mg vial			
oxaliplatin 100 mg/20 ml vial			
oxaliplatin 50 mg vial			
oxaliplatin 50 mg/10 ml vial			
OXAYDO 5 MG TABLET,ORAL ONLY (NOT FEEDING TUBES)			
oxazepam 10 mg capsule	QL(120 cada 30 días)	6	
oxazepam 15 mg capsule	QL(120 cada 30 días)	6	
oxazepam 30 mg capsule	QL(120 cada 30 días)	6	
oxcarbazepine 150 mg tablet			
oxcarbazepine 300 mg tablet			
oxcarbazepine 300 mg/5 ml susp			
oxcarbazepine 600 mg tablet			
OXTELLAR XR 150 MG TABLET,EXTENDED RELEASE		6	
OXTELLAR XR 300 MG TABLET,EXTENDED RELEASE		6	
OXTELLAR XR 600 MG TABLET,EXTENDED RELEASE		6	
oxybutynin 5 mg tablet			
oxybutynin 5 mg/5 ml syrup			
oxybutynin cl er 10 mg tablet			
oxybutynin cl er 15 mg tablet			
oxybutynin cl er 5 mg tablet			
oxycodon-acetaminophen 2.5-325	QL(360 cada 30 días)		
oxycodon-acetaminophen 7.5-325	QL(240 cada 30 días)		
oxycodone hcl 10 mg tablet	QL(180 cada 30 días)		
oxycodone hcl 15 mg tablet	QL(180 cada 30 días)		
oxycodone hcl 20 mg tablet	QL(270 cada 30 días)		
oxycodone hcl 30 mg tablet	QL(180 cada 30 días)		
oxycodone hcl 5 mg tablet	QL(360 cada 30 días)		

ST – Terapia por fases • QL – Límite en las cantidades • PA – Autorización previa • OTC – Medicamentos sin receta

Nombre del medicamento	Requistos de administratción del uso	Edad mínima	Edad máxima
oxycodone hcl 5 mg/5 ml soln	QL(1800 cada 30 días)		
oxycodone-acetaminophen 10-325	QL(180 cada 30 días)		
oxycodone-acetaminophen 5-325	QL(360 cada 30 días)		
paclitaxel 300 mg/50 ml vial			
pamidronate 30 mg/10 ml vial			
pamidronate 60 mg/10 ml vial			
pamidronate 90 mg/10 ml vial			
pamidronate disod 30 mg vial			
pamidronate disod 90 mg vial			
PANCREAZE 10,500 UNIT-35,500 UNIT-61,500 UNIT CAPSULE,DELAYED RELEASE			
PANCREAZE 16,800 UNIT-56,800 UNIT-98,400 UNIT CAPSULE,DELAYED RELEASE			
PANCREAZE 2,600 UNIT-6,200 UNIT-10,850 UNIT CAPSULE,DELAYED RELEASE			
PANCREAZE 21,000 UNIT-54,700 UNIT-83,900 UNIT CAPSULE,DELAYED RELEASE			
PANCREAZE 4,200 UNIT-14,200 UNIT-24,600 UNIT CAPSULE,DELAYED RELEASE			
PANDA MASK			
PANRETIN 0.1 % TOPICAL GEL	PA		
pantoprazole sod dr 20 mg tab	QL(30 cada 30 días)	5	
pantoprazole sod dr 40 mg tab	QL(60 cada 30 días)	5	
paricalcitol 1 mcg capsule			
paricalcitol 2 mcg capsule			
paricalcitol 2 mcg/ml vial			
paricalcitol 4 mcg capsule			
paricalcitol 5 mcg/ml vial			
paroxetine hcl 10 mg tablet	QL(30 cada 30 días)	6	
paroxetine hcl 20 mg tablet	QL(30 cada 30 días)	6	
paroxetine hcl 30 mg tablet	QL(60 cada 30 días)	6	
paroxetine hcl 40 mg tablet	QL(30 cada 30 días)	6	
PAZEO 0.7 % EYE DROPS			
PEDIATRIC MEDIUM MASK			
PEDIATRIC PANDA MASK			
PEDIATRIC SMALL MASK			
peg 3350 electrolyte soln			
peg 3350-electrolyte solution			
peg-3350 and electrolytes soln			
PEGASYS 180 MCG/0.5 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE	PA,QL(2 cada 28 días)	3	
PEGASYS 180 MCG/ML SUBCUTANEOUS SOLUTION	PA,QL(4 cada 28 días)	3	
PEGASYS PROCLICK 180 MCG/0.5 ML SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR	PA,QL(2 cada 28 días)	3	
PEGINTRON 50 MCG/0.5 ML SUBCUTANEOUS KIT	PA	3	
pen g 1.2 million unit/2 ml			
PEN NEEDLE 12MM 29G			
PEN NEEDLE 29 GAUGE X 1/2"			

ST – Terapia por fases • QL – Límite en las cantidades • PA – Autorización previa • OTC – Medicamentos sin receta

Nombre del medicamento	Requistos de administratción del uso	Edad mínima	Edad máxima
PEN NEEDLE 30 GAUGE X 5/16"			
PEN NEEDLE 31 GAUGE X 1/4"			
PEN NEEDLE 31 GAUGE X 3/16"			
PEN NEEDLE 31 GAUGE X 5/16"			
PEN NEEDLE 32 GAUGE X 5/32"			
PEN NEEDLE 32G X 3/16"			
PEN NEEDLE 32G X 5/32"			
PEN NEEDLE 8MM 31G			
PEN NEEDLES 6MM 31G			
penicillin g 600,000 unit/1 ml			
penicillin g na 5 million unit			
penicillin vk 125 mg/5 ml soln			
penicillin vk 250 mg tablet			
penicillin vk 250 mg/5 ml soln			
penicillin vk 500 mg tablet			
PENTIPS 29 GAUGE X 1/2" NEEDLE			
PENTIPS 31 GAUGE X 1/4" NEEDLE			
PENTIPS 31 GAUGE X 3/16" NEEDLE			
PENTIPS 31 GAUGE X 5/16" NEEDLE			
PENTIPS 32 GAUGE X 5/32" NEEDLE			
pentoxifylline er 400 mg tab			
PERIKABIVEN 2.36 %-6.8 %-3.5 % INTRAVENOUS EMULSION			
permethrin 5% cream			
perphen-amitrip 2 mg-10 mg tab	QL(240 cada 30 días)	18	
perphen-amitrip 2 mg-25 mg tab	QL(120 cada 30 días)	18	
perphen-amitrip 4 mg-10 mg tab	QL(120 cada 30 días)	18	
perphen-amitrip 4 mg-25 mg tab	QL(120 cada 30 días)	18	
perphen-amitrip 4 mg-50 mg tab	QL(120 cada 30 días)	18	
perphenazine 16 mg tablet	QL(120 cada 30 días)	6	
perphenazine 2 mg tablet	QL(330 cada 30 días)	6	
perphenazine 4 mg tablet	QL(165 cada 30 días)	6	
perphenazine 8 mg tablet	QL(120 cada 30 días)	6	
PERSERIS 120 MG ABDOMINAL SUBCUTANEOUS EXTEND RELEASE SUSP SYRINGE KIT	PA,QL(1 cada 30 días)	18	
PERSERIS 90 MG ABDOMINAL SUBCUTANEOUS EXTEND RELEASE SUSP SYRINGE KIT	PA,QL(1 cada 30 días)	18	
PERTZYE 16,000 UNIT-57,500 UNIT-60,500 UNIT CAPSULE,DELAYED RELEASE			
PERTZYE 24,000-86,250-90,750 UNIT CAPSULE,DELAYED RELEASE			
PERTZYE 4,000 UNIT-14,375 UNIT-15,125 UNIT CAPSULE,DELAYED RELEASE			
PERTZYE 8,000 UNIT-28,750 UNIT-30,250 UNIT CAPSULE,DELAYED RELEASE			
PHARMACIST CHOICE 30G LANCETS			
PHASEAL PROTECTOR 13 MM DEVICE			
PHASEAL PROTECTOR 20 MM DEVICE			
PHASEAL PROTECTOR 28 MM DEVICE			

ST – Terapia por fases • QL – Límite en las cantidades • PA – Autorización previa • OTC – Medicamentos sin receta

Nombre del medicamento	Requistos de administratción del uso	Edad mínima	Edad máxima
phenazopyridine 100 mg tab			
phenazopyridine 200 mg tab			
phenobarbital 100 mg tablet			
phenobarbital 15 mg tablet			
phenobarbital 16.2 mg tablet			
phenobarbital 20 mg/5 ml elix			
phenobarbital 30 mg tablet			
phenobarbital 32.4 mg tablet			
phenobarbital 60 mg tablet			
phenobarbital 64.8 mg tablet			
phenobarbital 97.2 mg tablet			
phenylephrine 10% eye drops			
phenylephrine 2.5% eye drop			
PHENYTEK 200 MG CAPSULE			
PHENYTEK 300 MG CAPSULE			
phenytoin 100 mg/4 ml susp			
phenytoin 125 mg/5 ml susp			
phenytoin 50 mg tablet chew			
phenytoin sod ext 100 mg cap			
phenytoin sod ext 200 mg cap			
phenytoin sod ext 300 mg cap			
philith 0.4 mg-35 mcg tablet	QL(91 cada 90 días)	12	
phospha 250 neutral 250 mg tablet OTC			
phytonadione 1 mg/0.5 ml syr			
phytonadione 10 mg/ml ampul			
PIFELTRO 100 MG TABLET			
pilocarpine hcl 5 mg tablet			
pilocarpine hcl 7.5 mg tablet			
pimozide 1 mg tablet		18	
pimozide 2 mg tablet		18	
pimtrea (28) 0.15 mg-0.02 mg (21)/0.01 mg (5) tablet	QL(91 cada 90 días)	12	
pioglitazone hcl 15 mg tablet			
pioglitazone hcl 30 mg tablet			
pioglitazone hcl 45 mg tablet			
pioglitazone-metformin 15-500			
pioglitazone-metformin 15-850			
piperacil-tazobact 13.5 gm vl			
piperacil-tazobact 2.25 gm vl			
piperacil-tazobact 3.375 gm vl			
piperacil-tazobact 4.5 gm vial			
piperacil-tazobact 40.5 gram			
pirmella 0.5/0.75/1 mg-35 mcg tablet	QL(91 cada 90 días)	12	
pirmella 1 mg-35 mcg tablet	QL(91 cada 90 días)	12	
PLAN B ONE-STEP 1.5 MG TABLET OTC	QL(2 cada 30 días)	12	
PLASBUMIN 25 % INTRAVENOUS SOLUTION	PA		
PLASMA-LYTE 148 INTRAVENOUS SOLUTION			
PLASMA-LYTE A INTRAVENOUS SOLUTION			
PLASMANATE 5 % INTRAVENOUS SOLUTION	PA		

ST – Terapia por fases • QL – Límite en las cantidades • PA – Autorización previa • OTC – Medicamentos sin receta

Nombre del medicamento	Requistos de administratción del uso	Edad mínima	Edad máxima
plenamine 15 % intravenous solution			
PNEUMOVAX 23 25 MCG/0.5 ML INJECTION SOLUTION		2	
PNEUMOVAX 23 25 MCG/0.5 ML INJECTION SYRINGE		2	
pnv 29-1 29 mg iron-1 mg tablet		12	
pnv ob+dha 27 mg-1 mg-50 mg-250 mg oral pack		12	
pnv-dha + docusate 27 mg-1.25 mg-55 mg-300 mg capsule		12	
pnv-omega 28 mg-1 mg-300 mg capsule		12	
POCKET CHAMBER SPACER			
podofilox 0.5% topical soln			
POLY-VI-FLOR 0.25 MG/ML FLUORIDE BIPHASIC ORAL DROPS OTC			12
POLY-VI-FLOR 1 MG FLUORIDE CHEWABLE TABLET OTC			12
POLY-VI-FLOR WITH IRON 0.25 MG FLUORIDE-7 MG IRON/ML BPHASE ORAL DROPS OTC			12
polyethylene glycol 3350 powd OTC			
polyethylene glycol 3350 powd OTC			
polymyxin b sulfate vial			
polymyxin b-tmp eye drops			
POMALYST 1 MG CAPSULE	QL(21 cada 28 días)	18	
POMALYST 2 MG CAPSULE	QL(21 cada 28 días)	18	
POMALYST 3 MG CAPSULE	QL(21 cada 28 días)	18	
POMALYST 4 MG CAPSULE	QL(21 cada 28 días)	18	
portia 28 0.15 mg-0.03 mg tablet	QL(91 cada 90 días)	12	
pot citrate-citric acid packet			
potassium 25 meq tablet eff			
potassium acet 40 meq/20 ml vl			
potassium cit-citric acid soln OTC			
potassium citrate er 10 meq tb			
potassium citrate er 15 meq tb			
potassium citrate er 5 meq tab			
potassium cl 10 meq/100 ml sol			
potassium cl 10 meq/50 ml sol			
potassium cl 10% (20 meq/15ml)			
potassium cl 20 meq packet			
potassium cl 20 meq-0.45% nacl			
potassium cl 20 meq/100 ml sol			
potassium cl 20 meq/50 ml sol			
potassium cl 20% (40 meq/15ml)			
potassium cl 25 meq tab eff			
potassium cl 30 meq/100 ml sol			
potassium cl 40 meq/100 ml sol			
potassium cl 40 meq/20 ml conc			
potassium cl er 10 meq capsule			
potassium cl er 10 meq tablet			
potassium cl er 10 meq tablet			
potassium cl er 20 meq tablet			
potassium cl er 20 meq tablet			
potassium cl er 8 meq capsule			

ST – Terapia por fases • QL – Límite en las cantidades • PA – Autorización previa • OTC – Medicamentos sin receta

Nombre del medicamento	Requistos de administratción del uso	Edad mínima	Edad máxima
potassium cl er 8 meq tablet			
potassium phosph 15 mmol/5 ml			
PRADAXA 110 MG CAPSULE		18	
PRADAXA 150 MG CAPSULE		18	
PRADAXA 75 MG CAPSULE		18	
pramipexole 0.125 mg tablet		18	
pramipexole 0.25 mg tablet		18	
pramipexole 0.5 mg tablet		18	
pramipexole 0.75 mg tablet		18	
pramipexole 1 mg tablet		18	
pramipexole 1.5 mg tablet		18	
pravastatin sodium 10 mg tab	QL(60 cada 30 días)		
pravastatin sodium 20 mg tab	QL(60 cada 30 días)		
pravastatin sodium 40 mg tab	QL(60 cada 30 días)		
pravastatin sodium 80 mg tab	QL(60 cada 30 días)		
prazosin 1 mg capsule			
prazosin 2 mg capsule			
prazosin 5 mg capsule			
prednisolone 10 mg/5 ml soln			
prednisolone 15 mg/5 ml soln			
prednisolone 15 mg/5 ml syrup			
prednisolone 20 mg/5 ml soln			
prednisolone 5 mg/5 ml soln			
prednisolone ac 1% eye drop			
prednisolone odt 10 mg tablet			11
prednisolone odt 15 mg tablet			11
prednisolone odt 30 mg tablet			11
prednisolone sod ph 25 mg/5 ml			
prednisone 1 mg tablet			
prednisone 10 mg tab dose pack			
prednisone 10 mg tablet			
prednisone 2.5 mg tablet			
prednisone 20 mg tablet			
prednisone 5 mg tab dose pack			
prednisone 5 mg tablet			
prednisone 5 mg/5 ml solution			
prednisone 50 mg tablet			
PREFERRED PLUS SYRINGE 0.5 ML			
PREFERRED PLUS SYRINGE 1 ML			
PREMARIN 0.3 MG TABLET			
PREMARIN 0.45 MG TABLET			
PREMARIN 0.625 MG TABLET			
PREMARIN 0.625 MG/GRAM VAGINAL CREAM	QL(42.5 cada 30 días)		
PREMARIN 0.9 MG TABLET			
PREMARIN 1.25 MG TABLET			
PREMASOL 10 % INTRAVENOUS SOLUTION			
PREMASOL 6 % INTRAVENOUS SOLUTION			
PREMPHASE 0.625 MG(14)/0.625 MG-5MG(14) TABLET	QL(28 cada 28 días)		

ST – Terapia por fases • QL – Límite en las cantidades • PA – Autorización previa • OTC – Medicamentos sin receta

Nombre del medicamento	Requistos de administratción del uso	Edad mínima	Edad máxima
PREMPRO 0.3 MG-1.5 MG TABLET	QL(30 cada 30 días)		
PREMPRO 0.45 MG-1.5 MG TABLET	QL(30 cada 30 días)		
PREMPRO 0.625 MG-2.5 MG TABLET	QL(30 cada 30 días)		
PREMPRO 0.625 MG-5 MG TABLET	QL(30 cada 30 días)		
prenaissance 29 mg-1.25 mg-55 mg-325 mg capsule		12	
prenaissance plus 28 mg-1 mg-50 mg-250 mg capsule		12	
prenatal vitamins plus low iron 27 mg iron-1 mg tablet		12	
preplus 27 mg iron-1 mg tablet		12	
PRESSURE ACTIVATED LANCETS 21 GAUGE			
PRESSURE ACTIVATED LANCETS 28 GAUGE			
PREVACID SOLUTAB 15 MG DELAYED RELEASE,DISINTEGRATING TABLET	QL(90 cada 30 días)	1	11
PREVACID SOLUTAB 30 MG DELAYED RELEASE,DISINTEGRATING TABLET	QL(90 cada 30 días)	1	11
PREVENT DROPSAFE PEN NEEDLE 31 GAUGE X 1/4"			
PREVENT DROPSAFE PEN NEEDLE 31 GAUGE X 5/16"			
previfem 0.25 mg-35 mcg tablet	QL(91 cada 90 días)	12	
PREZCOBIX 800 MG-150 MG TABLET	QL(30 cada 30 días)	18	
PREZISTA 100 MG/ML ORAL SUSPENSION			
PREZISTA 150 MG TABLET			
PREZISTA 600 MG TABLET			
PREZISTA 75 MG TABLET			
PREZISTA 800 MG TABLET			
primaquine 26.3 mg tablet			
PRIMEAIRE SPACER			
primidone 250 mg tablet			
primidone 50 mg tablet			
PRIVIGEN 10 % INTRAVENOUS SOLUTION	PA		
PRO COMFORT INSULIN SYRINGE 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2"			
PRO COMFORT INSULIN SYRINGE 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"			
PRO COMFORT INSULIN SYRINGE 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"			
PRO COMFORT INSULIN SYRINGE 1 ML 30 GAUGE X 1/2"			
PRO COMFORT INSULIN SYRINGE 1 ML 30 GAUGE X 5/16"			
PRO COMFORT INSULIN SYRINGE 1 ML 31 GAUGE X 5/16"			
PRO COMFORT LANCET 30 GAUGE			
PRO COMFORT LANCET 31 GAUGE			
PRO COMFORT PEN NEEDLE 31 GAUGE X 5/16"			
PRO COMFORT PEN NEEDLE 32 GAUGE X 1/4"			
PRO COMFORT PEN NEEDLE 32 GAUGE X 3/16"			
PRO COMFORT PEN NEEDLE 32 GAUGE X 5/32"			
PROAIR HFA 90 MCG/ACTUATION AEROSOL INHALER	QL(36 cada 30 días)		
probenecid 500 mg tablet			
probenecid-colchicine tablet			
PROCALAMINE 3% INTRAVENOUS SOLUTION			
PROCHAMBER			
prochlorperazine 10 mg tab			
prochlorperazine 5 mg tablet			
PROCRIT 10,000 UNIT/ML INJECTION SOLUTION	PA		

ST – Terapia por fases • QL – Límite en las cantidades • PA – Autorización previa • OTC – Medicamentos sin receta

Nombre del medicamento	Requistos de administratción del uso	Edad mínima	Edad máxima
PROCRIT 2,000 UNIT/ML INJECTION SOLUTION	PA		
PROCRIT 20,000 UNIT/2 ML INJECTION SOLUTION	PA		
PROCRIT 20,000 UNIT/ML INJECTION SOLUTION	PA		
PROCRIT 3,000 UNIT/ML INJECTION SOLUTION	PA		
PROCRIT 4,000 UNIT/ML INJECTION SOLUTION	PA		
PROCRIT 40,000 UNIT/ML INJECTION SOLUTION	PA		
PROCTOFOAM HC 1 %-1 %			
proctosol hc 2.5 % topical cream perineal applicator			
proctozone-hc 2.5 % topical cream perineal applicator			
PRODIGY INSULIN SYRINGE 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"			
PRODIGY INSULIN SYRINGE 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"			
PRODIGY INSULIN SYRINGE 1 ML 28 GAUGE X 1/2"			
PRODIGY LANCETS 26 GAUGE			
PRODIGY LANCETS 28 GAUGE			
PRODIGY LANCING DEVICE			
PRODIGY TWIST TOP LANCET 28 GAUGE			
progesterone 100 mg capsule			
progesterone 200 mg capsule			
progesterone 500 mg/10 ml vial			
PROGLYCEM 50 MG/ML ORAL SUSPENSION			
PROLASTIN-C 1,000 MG INTRAVENOUS POWDER FOR SOLUTION	PA	18	
PROLEUKIN 22 MILLION UNIT INTRAVENOUS SOLUTION	PA		
promethazine 12.5 mg suppos			
promethazine 12.5 mg tablet			
promethazine 25 mg suppository			
promethazine 25 mg tablet			
promethazine 25 mg/ml vial			
promethazine 50 mg tablet			
promethazine 50 mg/ml ampul			
promethazine 6.25 mg/5 ml syrp			
promethazine vc 6.25 mg-5 mg/5 ml oral syrup			20
promethazine-dm solution	QL(300 cada 30 días)		20
promethazine-phenylephrine syr			20
promethegan 12.5 mg rectal suppository			
promethegan 25 mg rectal suppository			
promethegan 50 mg rectal suppository			
PROMETRIUM 100 MG CAPSULE			
PROMETRIUM 200 MG CAPSULE			
propafenone hcl 150 mg tablet			
propafenone hcl 225 mg tab			
propafenone hcl 300 mg tab			
propantheline 15 mg tablet			
propranolol 10 mg tablet			
propranolol 20 mg tablet			
propranolol 20 mg/5 ml soln			
propranolol 40 mg tablet			
propranolol 40 mg/5 ml soln			

ST – Terapia por fases • QL – Límite en las cantidades • PA – Autorización previa • OTC – Medicamentos sin receta

Nombre del medicamento	Requistos de administratción del uso	Edad mínima	Edad máxima
propranolol 60 mg tablet			
propranolol 80 mg tablet			
propranolol er 120 mg capsule			
propranolol er 160 mg capsule			
propranolol er 60 mg capsule			
propranolol er 80 mg capsule			
propranolol-hctz 40-25 mg tab			
propranolol-hctz 80-25 mg tab			
propylthiouracil 50 mg tablet			
PROSOL 20 % INTRAVENOUS SOLUTION			
PROTONIX 40 MG GRANULES DELAYED-RELEASE PACKET	QL(30 cada 30 días)	5	11
PROTOPIC 0.03 % TOPICAL OINTMENT	QL(100 cada 30 días)		
PROTOPIC 0.1 % TOPICAL OINTMENT	QL(100 cada 30 días)	16	
PROVENTIL HFA 90 MCG/ACTUATION AEROSOL INHALER	QL(36 cada 30 días)		
PROVIDA OB 40 MG IRON-1.25 MG CAPSULE		12	
PULMOZYME 1 MG/ML SOLUTION FOR INHALATION	PA,QL(150 cada 30 días)		65
purevit dualfe plus 162 mg-115.2 mg (106 mg)-1 mg capsule OTC			
PUSH BUTTON SAFETY LANCETS 21 GAUGE			
PUSH BUTTON SAFETY LANCETS 28 GAUGE			
PYLERA 140 MG-125 MG-125 MG CAPSULE			
pyrazinamide 500 mg tablet			
pyridostigmine 60 mg/5 ml soln			
pyridostigmine br 30 mg tablet			
pyridostigmine br 60 mg tablet			
pyridostigmine er 180 mg tab			
pyridoxine 100 mg/ml vial			
QUARTETTE 0.15 MG-20 MCG/0.15 MG-25 MCG TABLETS,3 MONTH DOSE PACK	QL(91 cada 90 días)	12	
quasense 0.15-0.03 mg tablet	QL(91 cada 90 días)	12	
QUDEXY XR 100 MG CAPSULE SPRINKLE,EXTENDED RELEASE			
QUDEXY XR 150 MG CAPSULE SPRINKLE,EXTENDED RELEASE			
QUDEXY XR 200 MG CAPSULE SPRINKLE,EXTENDED RELEASE			
QUDEXY XR 25 MG CAPSULE SPRINKLE,EXTENDED RELEASE			
QUDEXY XR 50 MG CAPSULE SPRINKLE,EXTENDED RELEASE			
quetiapine er 150 mg tablet	QL(30 cada 30 días)	6	
quetiapine er 200 mg tablet	QL(30 cada 30 días)	6	
quetiapine er 300 mg tablet	QL(60 cada 30 días)	6	
quetiapine er 400 mg tablet	QL(60 cada 30 días)	6	
quetiapine er 50 mg tablet	QL(60 cada 30 días)	6	
quetiapine fumarate 100 mg tab	QL(150 cada 30 días)	6	
quetiapine fumarate 200 mg tab	QL(150 cada 30 días)	6	
quetiapine fumarate 25 mg tab	QL(360 cada 30 días)	6	
quetiapine fumarate 300 mg tab	QL(90 cada 30 días)	6	
quetiapine fumarate 400 mg tab	QL(60 cada 30 días)	6	
quetiapine fumarate 50 mg tab	QL(180 cada 30 días)	6	

ST – Terapia por fases • QL – Límite en las cantidades • PA – Autorización previa • OTC – Medicamentos sin receta

Nombre del medicamento	Requistos de administratción del uso	Edad mínima	Edad máxima
QUILLICHEW ER 20 MG CHEWABLE TABLET, EXTENDED RELEASE	QL(30 cada 30 días)	6	
QUILLICHEW ER 30 MG CHEWABLE TABLET, EXTENDED RELEASE	QL(60 cada 30 días)	6	
QUILLICHEW ER 40 MG CHEWABLE, EXTENDED RELEASE TABLET	QL(30 cada 30 días)	6	
QUILLIVANT XR 5 MG/ML (25 MG/5 ML) ORAL SUSPENSION,EXTEND RELEASE 24HR	QL(360 cada 30 días)	6	
quinapril 10 mg tablet			
quinapril 20 mg tablet			
quinapril 40 mg tablet			
quinapril 5 mg tablet			
quinapril-hctz 10-12.5 mg tab			
quinapril-hctz 20-12.5 mg tab			
quinapril-hctz 20-25 mg tab			
quinidine gluc er 324 mg tab			
quinidine sulfate 200 mg tab			
quinidine sulfate 300 mg tab			
QVAR 40 MCG ORAL INHALER		5	
QVAR 80 MCG ORAL INHALER		5	
ramipril 1.25 mg capsule	QL(60 cada 30 días)		
ramipril 10 mg capsule			
ramipril 2.5 mg capsule	QL(60 cada 30 días)		
ramipril 5 mg capsule	QL(60 cada 30 días)		
RANEXA 1,000 MG TABLET,EXTENDED RELEASE			
RANEXA 500 MG TABLET,EXTENDED RELEASE			
ranitidine 15 mg/ml syrup			
ranitidine 150 mg tablet	QL(60 cada 30 días)		
ranitidine 300 mg tablet	QL(60 cada 30 días)		
RAPAMUNE 1 MG/ML ORAL SOLUTION			
READYLANCE SAFETY LANCETS 21 GAUGE			
READYLANCE SAFETY LANCETS 23 GAUGE			
READYLANCE SAFETY LANCETS 26 GAUGE			
READYLANCE SAFETY LANCETS 28 GAUGE			
READYLANCE SAFETY LANCETS 30 GAUGE			
REBETOL 40 MG/ML ORAL SOLUTION	PA	5	
REBIF (WITH ALBUMIN) 22 MCG/0.5 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE	QL(6 cada 28 días)		
REBIF (WITH ALBUMIN) 44 MCG/0.5 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE	QL(6 cada 28 días)		
REBIF REBIDOSE 22 MCG/0.5 ML SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR	QL(6 cada 28 días)		
REBIF REBIDOSE 44 MCG/0.5 ML SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR	QL(6 cada 28 días)		
REBIF REBIDOSE 8.8 MCG/0.2 ML-22 MCG/0.5 ML (6) SUBCUTANEOUS PEN INJ.	QL(4.2 cada 28 días)		
REBIF TITRATION PACK 8.8 MCG/0.2 ML-22 MCG/0.5 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE	QL(4.2 cada 28 días)		

ST – Terapia por fases • QL – Límite en las cantidades • PA – Autorización previa • OTC – Medicamentos sin receta

Nombre del medicamento	Requistos de administratción del uso	Edad mínima	Edad máxima
reclipsen (28) 0.15 mg-0.03 mg tablet	QL(91 cada 90 días)	12	
RELENZA DISKHALER 5 MG/ACTUATION POWDER FOR INHALATION	QL(40 cada 365 días)	6	
RELI-ON INSULIN 0.3 ML SYR			
RELI-ON INSULIN 0.5 ML SYR			
RELIAMED LANCET 23 GAUGE			
RELIAMED LANCET 28 GAUGE			
RELIAMED LANCET 30 GAUGE			
RELIAMED MINI LANCING DEVICE			
RELIAMED SAFETY SEAL LANCETS 28 GAUGE			
RELIAMED SAFETY SEAL LANCETS 30 GAUGE			
RELIAMED TWIST AND CAP LANCET 28 GAUGE			
RELION INS SYR 0.3 ML 29GX1/2"			
RELION INS SYR 0.3 ML 31GX6MM			
RELION INS SYR 0.5 ML 31GX6MM			
RELION INS SYR 1 ML 29GX1/2"			
RELION INS SYR 1 ML 31GX15/64"			
RELION LANCING DEVICE			
RELION NEEDLES 31 GAUGE X 1/4"			
RELION PEN NEEDLES 32 GAUGE X 5/32"			
RELION SYRING 0.5 ML 31GX5/16"			
RELION THIN 26G LANCETS			
RELION THIN LANCETS 26 GAUGE			
RELION ULTRA THIN PLUS LANCETS			
RENACIDIN 1980.6 MG-59.4MG-980.4MG/30ML IRRIGATION SOLUTION			
RENAGEL 400 MG TABLET			
RENAGEL 800 MG TABLET			
RENVELA 0.8 GRAM ORAL POWDER PACKET			11
RENVELA 2.4 GRAM ORAL POWDER PACKET			11
repaglinide 0.5 mg tablet			
repaglinide 1 mg tablet			
repaglinide 2 mg tablet			
RESCRIPTOR 100 MG TABLET			
RESCRIPTOR 200 MG TABLET			
RESTASIS 0.05 % EYE DROPS IN A DROPPERETTE			
RESTASIS MULTIDOSE 0.05 % EYE DROPS			
RETACRIT 10,000 UNIT/ML INJECTION SOLUTION			
RETACRIT 2,000 UNIT/ML INJECTION SOLUTION			
RETACRIT 3,000 UNIT/ML INJECTION SOLUTION			
RETACRIT 4,000 UNIT/ML INJECTION SOLUTION			
RETACRIT 40,000 UNIT/ML INJECTION SOLUTION			
RETIN-A 0.025 % TOPICAL CREAM		12	
RETIN-A 0.05 % TOPICAL CREAM		12	
RETIN-A 0.1 % TOPICAL CREAM		12	
RETROVIR 10 MG/ML INTRAVENOUS SOLUTION			
REVLIMID 10 MG CAPSULE	PA,QL(30 cada 30 días)	18	

ST – Terapia por fases • QL – Límite en las cantidades • PA – Autorización previa • OTC – Medicamentos sin receta

Nombre del medicamento	Requistos de administratción del uso	Edad mínima	Edad máxima
REVLIMID 15 MG CAPSULE	PA,QL(30 cada 30 días)	18	
REVLIMID 2.5 MG CAPSULE	PA,QL(30 cada 30 días)	18	
REVLIMID 20 MG CAPSULE	PA,QL(30 cada 30 días)	18	
REVLIMID 25 MG CAPSULE	PA,QL(30 cada 30 días)	18	
REVLIMID 5 MG CAPSULE	PA,QL(30 cada 30 días)	18	
REYATAZ 150 MG CAPSULE			
REYATAZ 200 MG CAPSULE			
REYATAZ 300 MG CAPSULE			
REYATAZ 50 MG ORAL POWDER PACKET			
RHOPRESSA 0.02 % EYE DROPS	PA,QL(2.5 cada 25 días)	18	
ribasphere 200 mg capsule	PA	5	
ribasphere 200 mg tablet	PA	5	
RIBASPHERE 400 MG TABLET	PA	5	
RIBASPHERE 600 MG TABLET	PA	5	
RIBASPHERE RIBAPAK 200-400 MG	PA	5	
RIBASPHERE RIBAPAK 200-400 MG	PA	5	
RIBASPHERE RIBAPAK 400-400 MG	PA	5	
RIBASPHERE RIBAPAK 400-400 MG	PA	5	
RIBASPHERE RIBAPAK 600 MG (28)-400 MG (28) TABLETS IN A DOSE PACK	PA	5	
RIBASPHERE RIBAPAK 600 MG (28)-600 MG (28) TABLETS IN A DOSE PACK	PA	5	
RIBASPHERE RIBAPAK 600 MG (7)-400 MG (7) TABLETS IN A DOSE PACK	PA	5	
RIBASPHERE RIBAPAK 600 MG (7)-600 MG (7) TABLETS IN A DOSE PACK	PA	5	
ribavirin 200 mg capsule	PA	5	
ribavirin 200 mg tablet	PA	5	
ribavirin 6 gm inhalation vial	PA	5	
rifabutin 150 mg capsule			
rifampin 150 mg capsule			
rifampin 300 mg capsule			
rifampin iv 600 mg vial			
RIGHTEST GD500 LANCING DEVICE			
RIGHTEST GL300 LANCETS 30 GAUGE			
riluzole 50 mg tablet			
ringer's iv solution			
ringers irrigation solution			
RISPERDAL CONSTA 12.5 MG/2 ML INTRAMUSCULAR SYRINGE	PA,QL(2 cada 28 días)	18	
RISPERDAL CONSTA 25 MG/2 ML INTRAMUSCULAR SYRINGE	PA,QL(2 cada 28 días)	18	
RISPERDAL CONSTA 37.5 MG/2 ML INTRAMUSCULAR SYRINGE	PA,QL(2 cada 28 días)	18	
RISPERDAL CONSTA 50 MG/2 ML INTRAMUSCULAR SYRINGE	PA,QL(2 cada 28 días)	18	

ST – Terapia por fases • QL – Límite en las cantidades • PA – Autorización previa • OTC – Medicamentos sin receta

Nombre del medicamento	Requistos de administratción del uso	Edad mínima	Edad máxima
risperidone 0.25 mg odt	QL(240 cada 30 días)	6	
risperidone 0.25 mg tablet	QL(240 cada 30 días)	6	
risperidone 0.5 mg odt	QL(240 cada 30 días)	6	
risperidone 0.5 mg tablet	QL(240 cada 30 días)	6	
risperidone 1 mg odt	QL(180 cada 30 días)	6	
risperidone 1 mg tablet	QL(180 cada 30 días)	6	
risperidone 1 mg/ml solution	QL(480 cada 30 días)	6	
risperidone 2 mg odt	QL(90 cada 30 días)	6	
risperidone 2 mg tablet	QL(90 cada 30 días)	6	
risperidone 3 mg odt	QL(120 cada 30 días)	6	
risperidone 3 mg tablet	QL(120 cada 30 días)	6	
risperidone 4 mg odt	QL(120 cada 30 días)	6	
risperidone 4 mg tablet	QL(120 cada 30 días)	6	
RITEFLO AEROCHAMBER			
RITUXAN 10 MG/ML CONCENTRATE,INTRAVENOUS			
RIVELSA 0.15 MG-20 MCG/0.15 MG-25 MCG TABLETS,3 MONTH DOSE PACK	QL(91 cada 90 días)	12	
rizatriptan 10 mg odt		6	
rizatriptan 10 mg tablet		6	
rizatriptan 5 mg odt		6	
rizatriptan 5 mg tablet		6	
robafen 100 mg/5 ml oral liquid OTC			
robafen dm cough 10 mg-100 mg/5 ml oral liquid OTC			20
ropinirole hcl 0.25 mg tablet		18	
ropinirole hcl 0.5 mg tablet		18	
ropinirole hcl 1 mg tablet		18	
ropinirole hcl 2 mg tablet		18	
ropinirole hcl 3 mg tablet		18	
ropinirole hcl 4 mg tablet		18	
ropinirole hcl 5 mg tablet		18	
rosuvastatin calcium 10 mg tab	QL(60 cada 30 días)		
rosuvastatin calcium 20 mg tab	QL(60 cada 30 días)		
rosuvastatin calcium 40 mg tab	QL(60 cada 30 días)		
rosuvastatin calcium 5 mg tab	QL(60 cada 30 días)		
roweepra 1,000 mg tablet			
roweepra 500 mg tablet			
roweepra 750 mg tablet			
roweepra xr 500 mg tablet,extended release			
roweepra xr 750 mg tablet,extended release			
ROXYBOND 15 MG TABLET,ORAL ONLY (NOT FEEDING TUBES)	PA	18	
ROXYBOND 30 MG TABLET,ORAL ONLY (NOT FEEDING TUBES)	PA	18	
ROXYBOND 5 MG TABLET,ORAL ONLY (NOT FEEDING TUBES)	PA		
ROZEREM 8 MG TABLET	QL(30 cada 30 días)	65	
RULOX 200 MG-200 MG-20 MG/5 ML ORAL SUSPENSION OTC			
SABRIL 500 MG ORAL POWDER PACKET			
SABRIL 500 MG TABLET			
SAFESNAP INSULIN SYRINGE 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16"			
SAFESNAP INSULIN SYRINGE 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"			

ST – Terapia por fases • QL – Límite en las cantidades • PA – Autorización previa • OTC – Medicamentos sin receta

Nombre del medicamento	Requistos de administratción del uso	Edad mínima	Edad máxima
SAFESNAP INSULIN SYRINGE 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"			
SAFESNAP INSULIN SYRINGE 1 ML 28 GAUGE X 1/2"			
SAFESNAP INSULIN SYRINGE 1 ML 29 GAUGE X 1/2"			
SAFETY LANCETS 21 GAUGE			
SAFETY LANCETS 26 GAUGE			
SAFETY LANCETS 28 GAUGE			
SAFETY PEN NEEDLE 31 GAUGE X 3/16"			
SAFETY SEAL LANCETS 28 GAUGE			
SAFETY SEAL LANCETS 30 GAUGE			
SAFETY-LET LANCETS 30 GAUGE			
SAFYRAL 3 MG-0.03 MG-0.451 MG (21)/0.451 MG (7) TABLET	QL(91 cada 90 días)	12	
saline 0.45% soln-excel con			
salsalate 500 mg tablet			
salsalate 750 mg tablet			
SANDIMMUNE 100 MG/ML ORAL SOLUTION			
SANDIMMUNE 250 MG/5 ML INTRAVENOUS SOLUTION			
SANTYL 250 UNIT/GRAM TOPICAL OINTMENT			
se-natal 19 (with docusate) 29 mg iron-1 mg-25 mg tablet		12	
se-natal 19 29 mg iron-1 mg chewable tablet		12	
se-tan plus 162 mg-115.2 mg (106 mg)-1 mg capsule OTC			
SEASONIQUE 0.15 MG-30 MCG (84)/10 MCG(7) TABLETS,3 MONTH DOSE PACK	QL(91 cada 90 días)	12	
SELECT-OB (FOLIC ACID) 29 MG IRON-1 MG CHEWABLE TABLET		12	
SELECT-OB + DHA 29 MG IRON-1 MG-250 MG ORAL PACK		12	
SELECT-OB 29 MG IRON-1 MG CHEWABLE TABLET		12	
selegiline hcl 5 mg capsule		18	
selegiline hcl 5 mg tablet		18	
selenium 400 mcg/10 ml vial			
selenium sulfide 2.25% shampoo			
selenium sulfide 2.5% lotion			
SELZENTRY 150 MG TABLET	PA	16	
SELZENTRY 20 MG/ML ORAL SOLUTION	PA	16	
SELZENTRY 25 MG TABLET	PA	16	
SELZENTRY 300 MG TABLET	PA	16	
SELZENTRY 75 MG TABLET	PA	16	
SEREVENT DISKUS 50 MCG/DOSE POWDER FOR INHALATION	QL(60 cada 30 días)	4	
SEROSTIM 4 MG SUBCUTANEOUS SOLUTION	PA	18	
SEROSTIM 5 MG SUBCUTANEOUS SOLUTION	PA		
SEROSTIM 6 MG SUBCUTANEOUS SOLUTION	PA	18	
sertraline 20 mg/ml oral conc	QL(300 cada 30 días)	6	11
sertraline hcl 100 mg tablet	QL(60 cada 30 días)	6	
sertraline hcl 25 mg tablet	QL(90 cada 30 días)	6	
sertraline hcl 50 mg tablet	QL(90 cada 30 días)	6	
setlakin 0.15 mg-30 mcg (91) tablets,3 month dose pack	QL(91 cada 90 días)	12	
sevelamer hcl 800 mg tablet			
sharobel 0.35 mg tablet	QL(91 cada 90 días)	12	

ST – Terapia por fases • QL – Límite en las cantidades • PA – Autorización previa • OTC – Medicamentos sin receta

Nombre del medicamento	Requistos de administratción del uso	Edad mínima	Edad máxima
SHINGRIX (PF) 50 MCG/0.5 ML INTRAMUSCULAR SUSPENSION, KIT		50	
SIDEKICK BLOOD GLUCOSE SYSTEM KIT			
SIDESTREAM PEDIATRIC FACE MASK			
siladryl sa 12.5 mg/5 ml oral liquid OTC			
sildenafil 10 mg/ml oral susp	PA		
sildenafil 20 mg tablet	PA		
SILICONE MASK - INFANT			
SILICONE MASK - PEDIATRIC			
siltussin sa 100 mg/5 ml oral liquid OTC			
silver nitrate 0.5% soln			
silver sulfadiazine 1% cream			
SIMBRINZA 1 %-0.2 % EYE DROPS,SUSPENSION			
simliya (28) 0.15 mg-0.02 mg (21)/0.01 mg (5) tablet	QL(91 cada 90 días)	12	
simpesse 0.15 mg-30 mcg (84)/10 mcg(7) tablets,3 month dose pack	QL(91 cada 90 días)	12	
simvastatin 10 mg tablet	QL(60 cada 30 días)		
simvastatin 20 mg tablet	QL(60 cada 30 días)		
simvastatin 40 mg tablet	QL(60 cada 30 días)		
simvastatin 5 mg tablet	QL(60 cada 30 días)		
simvastatin 80 mg tablet	QL(60 cada 30 días)		
SINGLE-LET MISC			
sirolimus 0.5 mg tablet			
sirolimus 1 mg tablet			
sirolimus 2 mg tablet			
SKLICE 0.5 % LOTION			
SM LANCETS 21G			
sm loratadine 10 mg odt OTC			
SMART SENSE LANCETS 21 GAUGE			
SMART SENSE LANCETS 26 GAUGE			
SMART SENSE LANCETS 33 GAUGE			
SMARTDIABETES VANTAGE			
SMARTEST LANCET			
sod citrate-citric acid soln OTC			
sod polystyren sulf 15 g/60 ml			
sodium acetate 40 meq/20 ml vl			
sodium chloride 0.45% soln			
sodium chloride 0.9% inhal vl			
sodium chloride 0.9% irrig.			
sodium chloride 0.9% solution			
sodium chloride 0.9% solution			
sodium chloride 0.9% vial			
sodium chloride 10% vial	PA		
sodium chloride 100 meq/40 ml			
sodium chloride 3% iv soln			
sodium chloride 3% vial	PA		
sodium chloride 4 meq/ml vl			
sodium chloride 5% iv soln			

ST – Terapia por fases • QL – Límite en las cantidades • PA – Autorización previa • OTC – Medicamentos sin receta

Nombre del medicamento	Requistos de administratción del uso	Edad mínima	Edad máxima
sodium lactate 50 meq/10 ml vl			
sodium phosphate 45 mmol/15 ml			
SOFT TOUCH LANCETS			
SOLU-CORTEF 100 MG SOLUTION FOR INJECTION			
SOLU-CORTEF ACT-O-VIAL (PF) 1,000 MG/8 ML SOLUTION FOR INJECTION			
SOLU-CORTEF ACT-O-VIAL (PF) 100 MG/2 ML SOLUTION FOR INJECTION			
SOLU-CORTEF ACT-O-VIAL (PF) 250 MG/2 ML SOLUTION FOR INJECTION			
SOLU-CORTEF ACT-O-VIAL (PF) 500 MG/4 ML SOLUTION FOR INJECTION			
SOLUS V2 LANCETS 28 GAUGE			
SOLUS V2 LANCETS 30 GAUGE			
SOLUS V2 LANCING DEVICE KIT			
sorbitol 3% urologic irrig			
sorbitol 3.3% urologic soln			
sorbitol-mannitol irrig			
sotalol 120 mg tablet			
sotalol 160 mg tablet			
sotalol 240 mg tablet			
sotalol 80 mg tablet			
sotalol af 120 mg tablet			
sotalol af 160 mg tablet			
sotalol af 80 mg tablet			
SPACE CHAMBER PLUS			
SPINRAZA (PF) 12 MG/5 ML INTRATHECAL SOLUTION	PA		
SPIRIVA WITH HANDIHALER 18 MCG AND INHALATION CAPSULES	QL(30 cada 30 días)	18	
spironolactone 100 mg tablet			
spironolactone 25 mg tablet			
spironolactone 50 mg tablet			
spironolactone-hctz 25-25 tab			
sprintec (28) 0.25 mg-35 mcg tablet	QL(91 cada 90 días)	12	
SPRITAM 1,000 MG TABLET FOR ORAL SUSPENSION			
SPRITAM 250 MG TABLET FOR ORAL SUSPENSION			
SPRITAM 500 MG TABLET FOR ORAL SUSPENSION			
SPRITAM 750 MG TABLET FOR ORAL SUSPENSION			
SPS (WITH SORBITOL) 15 GRAM-20 GRAM/60 ML ORAL SUSPENSION			
SPS (WITH SORBITOL) 30 GRAM-40 GRAM/120 ML ENEMA			
sps 15 gm/60 ml suspension			
sps 30 gm/120 ml enema			
sps 50 gm/200 ml enema			
sronyx 0.1 mg-20 mcg tablet	QL(91 cada 90 días)	12	
SSKI 1 GRAM/ML ORAL SOLUTION			
stavudine 15 mg capsule			
stavudine 20 mg capsule			

ST – Terapia por fases • QL – Límite en las cantidades • PA – Autorización previa • OTC – Medicamentos sin receta

Nombre del medicamento	Requistos de administratción del uso	Edad mínima	Edad máxima
stavudine 30 mg capsule			
stavudine 40 mg capsule			
STERILANCE TL 30 GAUGE			
STERILANCE TL 32 GAUGE			
sterile water for injection			
sterile water for injection			
sterile water for irrigation			
STIMATE 150 MCG/SPRAY (0.1 ML) NASAL SPRAY			
STIOLTO RESPIMAT 2.5 MCG-2.5 MCG/ACTUATION SOLUTION FOR INHALATION			
STRIBILD 150 MG-150 MG-200 MG-300 MG TABLET	QL(30 cada 30 días)	12	
STROVITE ONE 1 MG-1,000 UNIT-15 MG-5 MG TABLET OTC			
SUBOXONE 12 MG-3 MG SUBLINGUAL FILM	QL(90 cada 30 días)	16	
SUBOXONE 2 MG-0.5 MG SUBLINGUAL FILM	QL(90 cada 30 días)	16	
SUBOXONE 4 MG-1 MG SUBLINGUAL FILM	QL(90 cada 30 días)	16	
SUBOXONE 8 MG-2 MG SUBLINGUAL FILM	QL(90 cada 30 días)	16	
subvenite 100 mg tablet			
subvenite 150 mg tablet			
subvenite 200 mg tablet			
subvenite 25 mg tablet			
subvenite starter (blue) kit 25 mg (35) tablets in a dose pack	QL(35 cada 30 días)		
subvenite starter (green) kit 25 mg (84)-100 mg (14) tablet, dose pack	QL(98 cada 30 días)		
subvenite starter (orange) kit 25 mg (42)-100 mg (7) tablet, dose pack	QL(49 cada 30 días)		
sucralfate 1 gm tablet			
sulf-pred 10-0.23% eye drops			
sulfadiazine 500 mg tablet			
sulfamethoxazole-tmp ds tablet			
sulfamethoxazole-tmp ss tablet			
sulfamethoxazole-tmp susp			
sulfasalazine 500 mg tablet			
sulfasalazine dr 500 mg tab			
sumatriptan 20 mg nasal spray	QL(6 cada 30 días)	18	
sumatriptan 5 mg nasal spray	QL(6 cada 30 días)	18	
sumatriptan succ 100 mg tablet	QL(9 cada 30 días)	18	
sumatriptan succ 25 mg tablet	QL(9 cada 30 días)	18	
sumatriptan succ 50 mg tablet	QL(9 cada 30 días)	18	
SUPER THIN LANCETS			
SUPER THIN LANCETS 28 GAUGE			
SUPER THIN LANCETS 30 GAUGE			
SUPRAX 400 MG CAPSULE			
SURE COMFORT ALCOHOL PREP PADS OTC			
SURE COMFORT INSULIN SYRINGE 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2"			
SURE COMFORT INSULIN SYRINGE 0.3 ML 30 GAUGE X 1/2"			
SURE COMFORT INSULIN SYRINGE 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16"			
SURE COMFORT INSULIN SYRINGE 0.3 ML 31 GAUGE X 1/4"			
SURE COMFORT INSULIN SYRINGE 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"			

ST – Terapia por fases • QL – Límite en las cantidades • PA – Autorización previa • OTC – Medicamentos sin receta

Nombre del medicamento	Requistos de administratción del uso	Edad mínima	Edad máxima
SURE COMFORT INSULIN SYRINGE 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2"			
SURE COMFORT INSULIN SYRINGE 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"			
SURE COMFORT INSULIN SYRINGE 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"			
SURE COMFORT INSULIN SYRINGE 1 ML 28 GAUGE X 1/2"			
SURE COMFORT INSULIN SYRINGE 1 ML 29 GAUGE X 1/2"			
SURE COMFORT INSULIN SYRINGE 1 ML 30 GAUGE X 1/2"			
SURE COMFORT INSULIN SYRINGE 1 ML 30 GAUGE X 5/16"			
SURE COMFORT INSULIN SYRINGE 1 ML 31 GAUGE X 1/4"			
SURE COMFORT INSULIN SYRINGE 1 ML 31 GAUGE X 5/16"			
SURE COMFORT INSULIN SYRINGE 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2"			
SURE COMFORT INSULIN SYRINGE 1/2 ML 31 GAUGE X 1/4"			
SURE COMFORT INSULIN SYRINGE U-100 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"			
SURE COMFORT LANCETS 18 GAUGE			
SURE COMFORT LANCETS 21 GAUGE			
SURE COMFORT LANCETS 23 GAUGE			
SURE COMFORT LANCETS 28 GAUGE			
SURE COMFORT LANCETS 30 GAUGE			
SURE COMFORT LANCING PEN			
SURE COMFORT PEN NEEDLE 29 GAUGE X 1/2"			
SURE COMFORT PEN NEEDLE 30 GAUGE X 5/16"			
SURE COMFORT PEN NEEDLE 31 GAUGE X 3/16"			
SURE COMFORT PEN NEEDLE 31 GAUGE X 5/16"			
SURE COMFORT PEN NEEDLE 32 GAUGE X 1/4"			
SURE COMFORT PEN NEEDLE 32 GAUGE X 5/32"			
SURE-FINE PEN NEEDLES 29 GAUGE X 1/2"			
SURE-FINE PEN NEEDLES 31 GAUGE X 3/16"			
SURE-FINE PEN NEEDLES 31 GAUGE X 5/16"			
SURE-JECT INSULIN SYRINGE 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2"			
SURE-JECT INSULIN SYRINGE 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16"			
SURE-JECT INSULIN SYRINGE 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"			
SURE-JECT INSULIN SYRINGE 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"			
SURE-JECT INSULIN SYRINGE 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"			
SURE-JECT INSULIN SYRINGE 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"			
SURE-JECT INSULIN SYRINGE 1 ML 28 GAUGE X 1/2"			
SURE-JECT INSULIN SYRINGE 1 ML 29 GAUGE X 1/2"			
SURE-JECT INSULIN SYRINGE 1 ML 30 GAUGE X 5/16"			
SURE-JECT INSULIN SYRINGE 1 ML 31 GAUGE X 5/16"			
SURE-JECT INSULIN SYRINGE 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2"			
SURE-LANCE			
SURE-LANCE 26 GAUGE			
SURE-LANCE 28 GAUGE			
SURE-LANCE ULTRA THIN 30 GAUGE			
SURE-PEN LANCING DEVICE			
SURE-PREP ALCOHOL PREP PADS OTC			
SURE-TOUCH LANCET			
SUREFLEX LANCING DEVICE			
SUREFLEX LANCING DEVICE WITH LANCETS KIT			

ST – Terapia por fases • QL – Límite en las cantidades • PA – Autorización previa • OTC – Medicamentos sin receta

Nombre del medicamento	Requistos de administratción del uso	Edad mínima	Edad máxima
SURGUARD2 SAFETY 1 ML 25 GAUGE X 5/8" SYRINGE			
SURGUARD2 SAFETY 1 ML 26 GAUGE X 3/8" SYRINGE			
SURGUARD2 SAFETY 1 ML 27 GAUGE X 1/2" SYRINGE			
SURGUARD2 SAFETY 10 ML 20 GAUGE X 1 1/2" SYRINGE			
SURGUARD2 SAFETY 10 ML 20 GAUGE X 1" SYRINGE			
SURGUARD2 SAFETY 18 GAUGE X 1 1/2" NEEDLE			
SURGUARD2 SAFETY 18 GAUGE X 1" NEEDLE			
SURGUARD2 SAFETY 19 GAUGE X 1 1/2" NEEDLE			
SURGUARD2 SAFETY 19 GAUGE X 1" NEEDLE			
SURGUARD2 SAFETY 20 GAUGE X 1 1/2" NEEDLE			
SURGUARD2 SAFETY 20 GAUGE X 1" NEEDLE			
SURGUARD2 SAFETY 21 GAUGE X 1 1/2" NEEDLE			
SURGUARD2 SAFETY 21 GAUGE X 1" NEEDLE			
SURGUARD2 SAFETY 22 GAUGE X 1 1/2" NEEDLE			
SURGUARD2 SAFETY 22 GAUGE X 1" NEEDLE			
SURGUARD2 SAFETY 23 GAUGE X 1 1/2" NEEDLE			
SURGUARD2 SAFETY 23 GAUGE X 1" NEEDLE			
SURGUARD2 SAFETY 25 GAUGE X 1 1/2" NEEDLE			
SURGUARD2 SAFETY 25 GAUGE X 1" NEEDLE			
SURGUARD2 SAFETY 25 X 5/8" NEEDLE			
SURGUARD2 SAFETY 26 GAUGE X 1/2" NEEDLE			
SURGUARD2 SAFETY 27 GAUGE X 1/2" NEEDLE			
SURGUARD2 SAFETY 3 ML 20 GAUGE X 1 1/2" SYRINGE			
SURGUARD2 SAFETY 3 ML 20 GAUGE X 1" SYRINGE			
SURGUARD2 SAFETY 3 ML 21 GAUGE X 1" SYRINGE			
SURGUARD2 SAFETY 3 ML 22 GAUGE X 1 1/2" SYRINGE			
SURGUARD2 SAFETY 3 ML 22 GAUGE X 1" SYRINGE			
SURGUARD2 SAFETY 3 ML 23 GAUGE X 1" SYRINGE			
SURGUARD2 SAFETY 3 ML 25 GAUGE X 5/8" SYRINGE			
SURGUARD2 SAFETY 30 GAUGE X 1 1/2" NEEDLE			
SURGUARD2 SAFETY 5 ML 20 GAUGE X 1 1/2" SYRINGE			
SURGUARD2 SAFETY 5 ML 20 GAUGE X 1" SYRINGE			
SURGUARD2 SAFETY 5 ML 21 GAUGE X 1 1/2" SYRINGE			
SURGUARD2 SAFETY SYRINGE 10 ML 21 GAUGE X 1 1/2"			
SURGUARD2 SAFETY SYRINGE 3 ML 21 GAUGE X 1 1/2"			
SURGUARD2 SAFETY SYRINGE 3 ML 25 GAUGE X 1"			
SUSTIVA 200 MG CAPSULE			
SUSTIVA 50 MG CAPSULE			
SUSTIVA 600 MG TABLET			
SUTENT 12.5 MG CAPSULE	QL(30 cada 30 días)	18	
SUTENT 25 MG CAPSULE	QL(30 cada 30 días)	18	
SUTENT 37.5 MG CAPSULE	QL(30 cada 30 días)	18	
SUTENT 50 MG CAPSULE	QL(30 cada 30 días)	18	
syeda 3 mg-0.03 mg tablet	QL(91 cada 90 días)	12	
SYMBICORT 160 MCG-4.5 MCG/ACTUATION HFA AEROSOL INHALER	QL(10.2 cada 30 días)	5	
SYMBICORT 80 MCG-4.5 MCG/ACTUATION HFA AEROSOL INHALER	QL(10.2 cada 30 días)	5	

ST – Terapia por fases • QL – Límite en las cantidades • PA – Autorización previa • OTC – Medicamentos sin receta

Nombre del medicamento	Requistos de administratción del uso	Edad mínima	Edad máxima
SYMFI 600 MG-300 MG-300 MG TABLET			
SYMFI LO 400 MG-300 MG-300 MG TABLET			
SYMLINPEN 120 2,700 MCG/2.7 ML SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR			
SYMLINPEN 60 1,500 MCG/1.5 ML SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR			
SYMTUZA 800 MG-150 MG-200 MG-10 MG TABLET			
SYNAREL 2 MG/ML NASAL SPRAY	PA,QL(40 cada 27 días)		
SYNJARDY 12.5 MG-1,000 MG TABLET			
SYNJARDY 12.5 MG-500 MG TABLET			
SYNJARDY 5 MG-1,000 MG TABLET			
SYNJARDY 5 MG-500 MG TABLET			
SYNTHAMIN 17 WITHOUT ELECTROLYTE 10 % INTRAVENOUS SOLUTION			
SYNTHROID 100 MCG TABLET			
SYNTHROID 112 MCG TABLET			
SYNTHROID 125 MCG TABLET			
SYNTHROID 137 MCG TABLET			
SYNTHROID 150 MCG TABLET			
SYNTHROID 175 MCG TABLET			
SYNTHROID 200 MCG TABLET			
SYNTHROID 25 MCG TABLET			
SYNTHROID 300 MCG TABLET			
SYNTHROID 50 MCG TABLET			
SYNTHROID 75 MCG TABLET			
SYNTHROID 88 MCG TABLET			
tacrolimus 0.5 mg capsule			
tacrolimus 1 mg capsule			
tacrolimus 5 mg capsule			
TAKE ACTION 1.5 MG TABLET OTC	QL(2 cada 30 días)	12	
TAMIFLU 30 MG CAPSULE	QL(40 cada 365 días)		
TAMIFLU 45 MG CAPSULE	QL(20 cada 365 días)		
TAMIFLU 6 MG/ML ORAL SUSPENSION	QL(360 cada 365 días)		12
TAMIFLU 75 MG CAPSULE	QL(20 cada 365 días)		
tamoxifen 10 mg tablet	QL(90 cada 30 días)	18	
tamoxifen 20 mg tablet	QL(60 cada 30 días)	18	
tamsulosin hcl 0.4 mg capsule	QL(60 cada 30 días)		
tarina 24 fe 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4) tablet	QL(91 cada 90 días)	12	
tarina fe 1-20 eq (28) 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7) tablet	QL(91 cada 90 días)	12	
tarina fe 1/20 (28) 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7) tablet	QL(91 cada 90 días)	12	
taron forte 150 mg-60 mg-25 mcg-1 mg capsule OTC			
taron-c dha 35 mg-1 mg-200 mg capsule		12	
taron-prex prenatal-dha 30 mg iron-1.2 mg-55 mg-265mg capsule		12	
TAYTULLA 1 MG-20 MCG (24)/75 MG (4) CAPSULE	QL(91 cada 90 días)	12	
TECHLITE INSULIN SYRINGE 1 ML 29 GAUGE X 1/2"			

ST – Terapia por fases • QL – Límite en las cantidades • PA – Autorización previa • OTC – Medicamentos sin receta

Nombre del medicamento	Requistos de administratción del uso	Edad mínima	Edad máxima
TECHLITE INSULIN SYRINGE 1 ML 30 GAUGE X 1/2"			
TECHLITE INSULIN SYRINGE 1 ML 30 GAUGE X 5/16"			
TECHLITE INSULIN SYRINGE 1 ML 31 GAUGE X 15/64"			
TECHLITE INSULIN SYRINGE 1 ML 31 GAUGE X 5/16"			
TECHLITE INSULIN SYRINGE HALF UNIT 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2"			
TECHLITE INSULIN SYRINGE HALF UNIT 0.3 ML 30 GAUGE X 1/2"			
TECHLITE INSULIN SYRINGE HALF UNIT 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16"			
TECHLITE INSULIN SYRINGE HALF UNIT 0.3 ML 31 GAUGE X 15/64"			
TECHLITE INSULIN SYRINGE HALF UNIT 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"			
TECHLITE INSULIN SYRINGE HALF UNIT 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"			
TECHLITE INSULIN SYRINGE HALF UNIT 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2"			
TECHLITE INSULIN SYRINGE HALF UNIT 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"			
TECHLITE INSULIN SYRINGE HALF UNIT 0.5 ML 31 GAUGE X 15/64"			
TECHLITE INSULIN SYRINGE HALF UNIT 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"			
TECHLITE LANCETS 25 GAUGE			
TECHLITE LANCETS 28 GAUGE			
TECHLITE LANCETS 30 GAUGE			
TECHLITE PEN NEEDLE 29 GAUGE X 1/2"			
TECHLITE PEN NEEDLE 29 GAUGE X 3/8"			
TECHLITE PEN NEEDLE 31 GAUGE X 1/4"			
TECHLITE PEN NEEDLE 31 GAUGE X 3/16"			
TECHLITE PEN NEEDLE 31 GAUGE X 5/16"			
TECHLITE PEN NEEDLE 32 GAUGE X 1/4"			
TECHLITE PEN NEEDLE 32 GAUGE X 5/16"			
TECHLITE PEN NEEDLE 32 GAUGE X 5/32"			
TEGRETOL 100 MG/5 ML ORAL SUSPENSION			
TEGRETOL 200 MG TABLET			
TEGRETOL XR 100 MG TABLET,EXTENDED RELEASE			
TEGRETOL XR 200 MG TABLET,EXTENDED RELEASE			
TEGRETOL XR 400 MG TABLET,EXTENDED RELEASE			
TELCARE LANCETS 30 GAUGE			
temazepam 15 mg capsule	QL(30 cada 30 días)	18	
temazepam 30 mg capsule	QL(30 cada 30 días)	18	
TEMODAR 100 MG INTRAVENOUS SOLUTION			
temozolomide 100 mg capsule	QL(60 cada 30 días)		
temozolomide 140 mg capsule	QL(60 cada 30 días)		
temozolomide 180 mg capsule	QL(60 cada 30 días)		
temozolomide 20 mg capsule	QL(60 cada 30 días)		

ST – Terapia por fases • QL – Límite en las cantidades • PA – Autorización previa • OTC – Medicamentos sin receta

Nombre del medicamento	Requistos de administratción del uso	Edad mínima	Edad máxima
temozolomide 250 mg capsule	QL(60 cada 30 días)		
temozolomide 5 mg capsule	QL(60 cada 30 días)		
temsirolimus 25 mg vial			
tenofovir disop fum 300 mg tb			
terazosin 1 mg capsule	QL(60 cada 30 días)		
terazosin 10 mg capsule			
terazosin 2 mg capsule			
terazosin 5 mg capsule	QL(60 cada 30 días)		
terbutaline sulf 1 mg/ml vial			
terconazole 0.4% cream			
terconazole 0.8% cream			
TERUMO INS SYRINGE U100-1 ML			
TERUMO INSULIN SYRINGE 0.3 ML 30 X 3/8"			
TERUMO INSULIN SYRINGE 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"			
TERUMO INSULIN SYRINGE 1 ML 27 GAUGE X 1/2"			
TERUMO INSULIN SYRINGE 1 ML 28 GAUGE X 1/2"			
TERUMO INSULIN SYRINGE 1 ML 29 GAUGE X 1/2"			
TERUMO INSULIN SYRINGE 1/2 ML 27 GAUGE X 1/2"			
TERUMO INSULIN SYRINGE 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2"			
TERUMO INSULIN SYRINGE 1/2 ML 30 X 3/8"			
testosteron cyp 1,000 mg/10 ml			
testosteron enan 1,000 mg/5 ml			
testosterone cyp 200 mg/ml			
tetrabenazine 12.5 mg tablet	PA	18	
tetrabenazine 25 mg tablet	PA	18	
THALOMID 100 MG CAPSULE	QL(30 cada 30 días)		
THALOMID 150 MG CAPSULE	QL(30 cada 30 días)		
THALOMID 200 MG CAPSULE	QL(60 cada 30 días)		
THALOMID 50 MG CAPSULE	QL(30 cada 30 días)		
THEO-24 100 MG CAPSULE,EXTENDED RELEASE			
THEO-24 200 MG CAPSULE,EXTENDED RELEASE			
THEO-24 300 MG CAPSULE,EXTENDED RELEASE			
THEO-24 400 MG CAPSULE,EXTENDED RELEASE			
theophylline 80 mg/15 ml soln			
theophylline 80 mg/15 ml soln			
theophylline er 100 mg tablet			
theophylline er 200 mg tablet			
theophylline er 300 mg tab			
theophylline er 400 mg tablet			
theophylline er 450 mg tab			
theophylline er 600 mg tablet			
thiamine 200 mg/2 ml vial			
THIN LANCETS 26 GAUGE			
THINPRO INSULIN SYRINGE 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2"			
THINPRO INSULIN SYRINGE 0.3 ML 30 X 3/8"			
THINPRO INSULIN SYRINGE 0.3 ML 31 X 3/8"			
THINPRO INSULIN SYRINGE 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"			
THINPRO INSULIN SYRINGE 0.5 ML 31 X 3/8"			

ST – Terapia por fases • QL – Límite en las cantidades • PA – Autorización previa • OTC – Medicamentos sin receta

Nombre del medicamento	Requistos de administratción del uso	Edad mínima	Edad máxima
THINPRO INSULIN SYRINGE 1 ML 28 GAUGE X 1/2"			
THINPRO INSULIN SYRINGE 1 ML 29 GAUGE X 1/2"			
THINPRO INSULIN SYRINGE 1 ML 30 GAUGE X 3/8"			
THINPRO INSULIN SYRINGE 1 ML 31 X 3/8"			
THINPRO INSULIN SYRINGE 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2"			
THINPRO INSULIN SYRINGE 1/2 ML 30 X 3/8"			
THIOLA 100 MG TABLET			
thioridazine 10 mg tablet	QL(120 cada 30 días)	18	
thioridazine 100 mg tablet	QL(240 cada 30 días)	18	
thioridazine 25 mg tablet	QL(120 cada 30 días)	18	
thioridazine 50 mg tablet	QL(120 cada 30 días)	18	
thiotepa 15 mg vial			
thiothixene 1 mg capsule	QL(90 cada 30 días)	18	
thiothixene 10 mg capsule	QL(180 cada 30 días)	18	
thiothixene 2 mg capsule	QL(90 cada 30 días)	18	
thiothixene 5 mg capsule	QL(90 cada 30 días)	18	
THRESHOLD IMT TRAINER DEVICE			
THRESHOLD PEP DEVICE			
thrivite rx 29 mg iron-1 mg tablet		12	
THRIVITE-19 29 MG IRON-1 MG-25 MG TABLET OTC		12	
THYMOGLOBULIN 25 MG INTRAVENOUS SOLUTION	PA		
thyroid 120 mg tablet			
thyroid 15 mg tablet			
thyroid 30 mg tablet			
thyroid 60 mg tablet			
thyroid 90 mg tablet			
THYROLAR-1 12.5 MCG-50 MCG TABLET			
THYROLAR-1/2 6.25 MCG-25 MCG TABLET			
THYROLAR-1/4 3.1 MCG-12.5 MCG TABLET			
THYROLAR-2 25 MCG-100 MCG TABLET			
THYROLAR-3 37.5 MCG-150 MCG TABLET			
tiagabine hcl 12 mg tablet			
tiagabine hcl 16 mg tablet			
tiagabine hcl 2 mg tablet			
tiagabine hcl 4 mg tablet			
TIKOSYN 125 MCG CAPSULE			
TIKOSYN 250 MCG CAPSULE			
TIKOSYN 500 MCG CAPSULE			
TILIA FE 1-20 (5)/1-30(7)/1MG-35MCG(9) TABLET	QL(91 cada 90 días)	12	
timolol 0.25% gfs gel-solution	QL(15 cada 30 días)		
timolol 0.5% eye drop	QL(15 cada 30 días)		
timolol 0.5% gfs gel-solution	QL(15 cada 30 días)		
timolol maleate 0.25% eye drop	QL(15 cada 30 días)		
timolol maleate 0.5% eye drops	QL(15 cada 30 días)		
tinidazole 250 mg tablet			
tinidazole 500 mg tablet			
TIS-U-SOL PENTALYTE 800-40-20-8.75-6.25 MG/100 ML IRRIGATION SOLUTION			

ST – Terapia por fases • QL – Límite en las cantidades • PA – Autorización previa • OTC – Medicamentos sin receta

Nombre del medicamento	Requistos de administratción del uso	Edad mínima	Edad máxima
TIVICAY 10 MG TABLET			
TIVICAY 25 MG TABLET			
TIVICAY 50 MG TABLET			
tizanidine hcl 2 mg tablet			
tizanidine hcl 4 mg tablet			
tl g-fol os tablet			
tl gard rx tablet OTC			
tl icon capsule OTC			
TOBI 300 MG/5 ML SOLUTION FOR NEBULIZATION	PA,QL(280 cada 56 días)		
TOBRADEX 0.3 %-0.1 % EYE DROPS,SUSPENSION			
TOBRADEX 0.3 %-0.1 % EYE OINTMENT			
tobramycin 0.3% eye drop	QL(10 cada 30 días)		
tobramycin 10 mg/ml vial			
tobramycin 40 mg/ml vial			
tolazamide 250 mg tablet			
tolazamide 500 mg tablet			
tolbutamide 500 mg tablet			
TOPAMAX 100 MG TABLET			
TOPAMAX 15 MG SPRINKLE CAPSULE			
TOPAMAX 200 MG TABLET			
TOPAMAX 25 MG SPRINKLE CAPSULE			
TOPAMAX 25 MG TABLET			
TOPAMAX 50 MG TABLET			
TOPCARE CLICKFINE 31 GAUGE X 1/4" NEEDLE			
TOPCARE CLICKFINE 31 GAUGE X 5/16" NEEDLE			
TOPCARE ULTRA COMFORT 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2" SYRINGE			
TOPCARE ULTRA COMFORT 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16" SYRINGE			
TOPCARE ULTRA COMFORT 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16" SYRINGE			
TOPCARE ULTRA COMFORT 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2" SYRINGE			
TOPCARE ULTRA COMFORT 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16" SYRINGE			
TOPCARE ULTRA COMFORT 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16" SYRINGE			
TOPCARE ULTRA COMFORT 1 ML 29 GAUGE X 1/2" SYRINGE			
TOPCARE ULTRA COMFORT 1 ML 30 GAUGE X 5/16" SYRINGE			
TOPCARE ULTRA COMFORT 1 ML 31 GAUGE X 5/16" SYRINGE			
TOPCARE UNIVERSAL1 LANCET			
TOPCARE UNIVERSAL1 LANCET 33 GAUGE			
topiramate 100 mg tablet			
topiramate 15 mg sprinkle cap			
topiramate 200 mg tablet			
topiramate 25 mg sprinkle cap			
topiramate 25 mg tablet			
topiramate 50 mg tablet			
topiramate er 100 mg capsule			
topiramate er 150 mg capsule			
topiramate er 200 mg capsule			
topiramate er 25 mg capsule			
topiramate er 50 mg capsule			

ST – Terapia por fases • QL – Límite en las cantidades • PA – Autorización previa • OTC – Medicamentos sin receta

Nombre del medicamento	Requistos de administratción del uso	Edad mínima	Edad máxima
topotecan hcl 4 mg vial			
topotecan hcl 4 mg/4 ml vial			
torsemide 10 mg tablet			
torsemide 100 mg tablet			
torsemide 20 mg tablet			
torsemide 5 mg tablet			
TOVIAZ 4 MG TABLET,EXTENDED RELEASE		18	
TOVIAZ 8 MG TABLET,EXTENDED RELEASE		18	
TPN ELECTROLYTES 35 MEQ-20 MEQ-5 MEQ/20 ML INTRAVENOUS SOLUTION			
TRACE ELEMENTS 4/PEDIATRIC 1 MCG-0.1 MG-30 MCG-0.5 MG/ML INTRAVENOUS			
TRACLEER 125 MG TABLET	PA		
TRACLEER 62.5 MG TABLET	PA		
TRADJENTA 5 MG TABLET	QL(30 cada 30 días)	18	
tramadol hcl 50 mg tablet	QL(240 cada 30 días)	12	
tranexamic acid 1,000 mg/10 ml			
tranexamic acid 650 mg tablet			
TRANSDERM-SCOP 1.5 MG TRANSDERMAL PATCH (1 MG OVER 3 DAYS)	PA,QL(10 cada 30 días)	18	
TRAVASOL 10 % INTRAVENOUS SOLUTION			
TRAVATAN Z 0.004 % EYE DROPS	QL(5 cada 30 días)		
trazodone 100 mg tablet	QL(120 cada 30 días)	6	
trazodone 150 mg tablet	QL(60 cada 30 días)	6	
trazodone 300 mg tablet	QL(30 cada 30 días)	6	
trazodone 50 mg tablet	QL(60 cada 30 días)	6	
TREANDA 100 MG INTRAVENOUS POWDER FOR SOLUTION			
TREANDA 25 MG INTRAVENOUS POWDER FOR SOLUTION			
tretinoin 10 mg capsule		1	
tri femynor (28) 0.18 mg(7)/0.215 mg(7)/0.25 mg(7)-35 mcg tablet	QL(91 cada 90 días)	12	
tri-estarylla (28) 0.18 mg(7)/0.215 mg(7)/0.25 mg(7)-35 mcg tablet	QL(91 cada 90 días)	12	
tri-legest fe 1-20 (5)/1-30(7)/1mg-35mcg(9) tablet	QL(91 cada 90 días)	12	
tri-linyah (28) 0.18 mg(7)/0.215 mg(7)/0.25 mg(7)-35 mcg tablet	QL(91 cada 90 días)	12	
tri-lo-estarylla 0.18 mg/0.215 mg/0.25 mg-25 mcg tablet	QL(91 cada 90 días)	12	
tri-lo-marzia 0.18 mg/0.215 mg/0.25 mg-25 mcg tablet	QL(91 cada 90 días)	12	
tri-lo-mili 0.18/0.215/0.25 mg-25 mcg tablet	QL(91 cada 90 días)	12	
tri-lo-sprintec 0.18 mg/0.215 mg/0.25 mg-25 mcg tablet	QL(91 cada 90 días)	12	
tri-mili (28) 0.18 mg(7)/0.215 mg(7)/0.25 mg(7)-35 mcg tablet	QL(91 cada 90 días)	12	
TRI-NORINYL 28 TABLET	QL(91 cada 90 días)	12	
tri-previfem (28) 0.18 mg(7)/0.215 mg(7)/0.25 mg(7)-35 mcg tablet	QL(91 cada 90 días)	12	
tri-sprintec (28) 0.18 mg(7)/0.215 mg(7)/0.25 mg(7)-35 mcg tablet	QL(91 cada 90 días)	12	
TRI-VI-FLOR 0.25 MG/ML FLUORIDE BIPHASIC ORAL DROPS OTC			12

ST – Terapia por fases • QL – Límite en las cantidades • PA – Autorización previa • OTC – Medicamentos sin receta

Nombre del medicamento	Requistos de administratción del uso	Edad mínima	Edad máxima
tri-vitamin with fluoride 0.5 mg fluoride (1.1 mg)/ml oral drops OTC			12
tri-vylibra (28) 0.18 mg(7)/0.215 mg(7)/0.25 mg(7)-35 mcg tablet	QL(91 cada 90 días)	12	
tri-vylibra lo 0.18/0.215/0.25 mg-25 mcg tablet	QL(91 cada 90 días)	12	
triamcinolone 0.025% cream			
triamcinolone 0.025% oint			
triamcinolone 0.1% cream			
triamcinolone 0.1% ointment			
triamcinolone 0.1% paste			
triamcinolone 0.5% cream			
triamcinolone 0.5% ointment			
triamterene-hctz 37.5-25 mg cp			
triamterene-hctz 37.5-25 mg tb			
triamterene-hctz 50-25 mg cap			
triamterene-hctz 75-50 mg tab			
tricitrates 550 mg-500 mg-334 mg/5 ml oral solution OTC			
tricon 110 mg-0.5 mg capsule OTC			
triderm 0.1 % topical cream			
trifluoperazine 1 mg tablet	QL(90 cada 30 días)	18	
trifluoperazine 10 mg tablet	QL(120 cada 30 días)	18	
trifluoperazine 2 mg tablet	QL(90 cada 30 días)	18	
trifluoperazine 5 mg tablet	QL(90 cada 30 días)	18	
trifluridine 1% eye drops			
trihexyphenidyl 2 mg tablet		18	
trihexyphenidyl 2 mg/5 ml elx		18	
trihexyphenidyl 5 mg tablet		18	
TRILEPTAL 150 MG TABLET			
TRILEPTAL 300 MG TABLET			
TRILEPTAL 300 MG/5 ML (60 MG/ML) ORAL SUSPENSION			
TRILEPTAL 600 MG TABLET			
trilyte with flavor packets 420 gram oral solution			
trimethoprim 100 mg tablet			
trinatal rx 1 60 mg iron-1 mg tablet		12	
TRINESSA LO TABLET	QL(91 cada 90 días)	12	
TRINESSA TABLET	QL(91 cada 90 días)	12	
TRINTELLIX 10 MG TABLET	PA,QL(30 cada 30 días)	18	
TRINTELLIX 20 MG TABLET	PA,QL(30 cada 30 días)	18	
TRINTELLIX 5 MG TABLET	PA,QL(30 cada 30 días)	18	
TRIPTODUR 22.5 MG INTRAMUSCULAR SUSPENSION	PA	2	12
TRISENOX 10 MG/10 ML AMPULE			
TRIUMEQ 600 MG-50 MG-300 MG TABLET	QL(30 cada 30 días)	18	
triveen-duo dha 29 mg-1 mg-400 mg oral pack		12	
trivora (28) 50-30 (6)/75-40(5)/125-30(10) tablet	QL(91 cada 90 días)	12	
TRIZIVIR 300 MG-150 MG-300 MG TABLET			

ST – Terapia por fases • QL – Límite en las cantidades • PA – Autorización previa • OTC – Medicamentos sin receta

Nombre del medicamento	Requistos de administratción del uso	Edad mínima	Edad máxima
TROGARZO 200 MG/1.33 ML (150 MG/ML) INTRAVENOUS SOLUTION	PA	18	
TROKENDI XR 100 MG CAPSULE, EXTENDED RELEASE		6	
TROKENDI XR 200 MG CAPSULE, EXTENDED RELEASE		6	
TROKENDI XR 25 MG CAPSULE,EXTENDED RELEASE		6	
TROKENDI XR 50 MG CAPSULE, EXTENDED RELEASE		6	
TROPHAMINE 10 % INTRAVENOUS SOLUTION			
TROPHAMINE 6% INTRAVENOUS SOLUTION			
TRUE COMFORT ALCOHOL PADS			
TRUE COMFORT INSULIN SYRINGE 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"			
TRUE COMFORT INSULIN SYRINGE 1 ML 31 GAUGE X 5/16"			
TRUE COMFORT LANCET 30 GAUGE			
TRUE COMFORT PEN NEEDLE 31 GAUGE X 1/4"			
TRUE COMFORT PEN NEEDLE 31 GAUGE X 3/16"			
TRUE COMFORT PEN NEEDLE 32 GAUGE X 5/32"			
TRUE METRIX AIR GLUCOSE METER			
TRUE METRIX AIR GLUCOSE METER KIT			
TRUE METRIX GLUCOSE METER			
TRUE METRIX GLUCOSE TEST STRIP	QL(150 cada 30 días)		
TRUE METRIX GO GLUCOSE METER			
TRUE METRIX LEVEL 1 SOLUTION			
TRUE METRIX LEVEL 2 SOLUTION			
TRUE METRIX LEVEL 3 SOLUTION			
TRUE METRIX PRO TEST STRIP	QL(150 cada 30 días)		
TRUE2GO BLOOD GLUCOSE SYSTEM KIT			
TRUECONTROL LEVEL 0 SOLUTION			
TRUECONTROL LEVEL 1 SOLUTION			
TRUEDRAW LANCING DEVICE			
TRUEPLUS INSULIN 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2" SYRINGE			
TRUEPLUS INSULIN 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16" SYRINGE			
TRUEPLUS INSULIN 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16" SYRINGE			
TRUEPLUS INSULIN 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2" SYRINGE			
TRUEPLUS INSULIN 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16" SYRINGE			
TRUEPLUS INSULIN 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16" SYRINGE			
TRUEPLUS INSULIN 1 ML 28 GAUGE X 1/2" SYRINGE			
TRUEPLUS INSULIN 1 ML 29 GAUGE X 1/2" SYRINGE			
TRUEPLUS INSULIN 1 ML 30 GAUGE X 5/16" SYRINGE			
TRUEPLUS INSULIN 1 ML 31 GAUGE X 5/16" SYRINGE			
TRUEPLUS INSULIN 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2" SYRINGE			
TRUEPLUS LANCETS 26 GAUGE			
TRUEPLUS LANCETS 28 GAUGE			
TRUEPLUS LANCETS 30 GAUGE			
TRUEPLUS LANCETS 33 GAUGE			
TRUEPLUS PEN NEEDLE 29 GAUGE X 1/2"			
TRUEPLUS PEN NEEDLE 31 GAUGE X 1/4"			
TRUEPLUS PEN NEEDLE 31 GAUGE X 3/16"			
TRUEPLUS PEN NEEDLE 31 GAUGE X 5/16"			
TRUEPLUS PEN NEEDLE 32 GAUGE X 5/32"			

ST – Terapia por fases • QL – Límite en las cantidades • PA – Autorización previa • OTC – Medicamentos sin receta

Nombre del medicamento	Requistos de administratción del uso	Edad mínima	Edad máxima
TRUERESULT BLOOD GLUCOSE SYSTEM KIT			
TRUETEST CONTROL SOLN HIGH			
TRUETEST CONTROL SOLN NORMAL			
TRUETEST CONTROL SOLUTION LOW			
TRUETEST TEST STRIPS OTC	QL(150 cada 30 días)		
TRUETRACK BLOOD GLUCOSE SYSTEM KIT			
TRUETRACK TEST STRIPS	QL(150 cada 30 días)		
TRUSTEX LATEX CONDOM OTC			
TRUSTEX LUBRICATED CONDOMS OTC			
TRUSTEX NON-LUBRICATED CONDOMS OTC			
TRUSTEX-RIA LUBRICATED CONDOMS OTC			
TRUSTEX-RIA LUBRICATED/SPERMICIDE CONDOM OTC			
TRUSTEX-RIA NON-LUBRICATED CONDOMS OTC			
TRUVADA 100 MG-150 MG TABLET			
TRUVADA 133 MG-200 MG TABLET			
TRUVADA 167 MG-250 MG TABLET			
TRUVADA 200 MG-300 MG TABLET	QL(30 cada 30 días)		
TRUZONE PEAK FLOW METER			
tulana 0.35 mg tablet	QL(91 cada 90 días)	12	
tums ultra 1,177 mg chewable tablet OTC			
tussin dm max 10 mg-200 mg/5 ml oral liquid OTC			20
TWIST LANCETS 30 GAUGE			
TWIST LANCETS 32 GAUGE			
TYBOST 150 MG TABLET	PA,QL(30 cada 30 días)	18	
tydemy 3 mg-0.03 mg-0.451 mg (21)(7) tablet	QL(91 cada 90 días)	12	
ULTI-LANCE KIT			
ULTI-LANCE MISC			
ULTICARE 0.3 ML 30 GAUGE X 1/2" SYRINGE			
ULTICARE 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16" SYRINGE			
ULTICARE 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2" SYRINGE			
ULTICARE 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16" SYRINGE			
ULTICARE 1 ML 25 GAUGE X 5/8" SYRINGE			
ULTICARE 1 ML 30 GAUGE X 1/2" SYRINGE			
ULTICARE 1 ML 31 GAUGE X 5/16" SYRINGE			
ULTICARE 1.5 ML 22 GAUGE X 1 1/2" SYRINGE			
ULTICARE INSULIN SYRINGE 0.3 ML 31 GAUGE X 1/4"			
ULTICARE INSULIN SYRINGE 1 ML 31 GAUGE X 1/4"			
ULTICARE INSULIN SYRINGE 1/2 ML 31 GAUGE X 1/4"			
ULTICARE INSULIN SYRINGE HALF UNIT 0.3 ML 31 GAUGE X 1/4"			
ULTICARE PEN NEEDLE 29 GAUGE X 1/2"			
ULTICARE PEN NEEDLE 31 GAUGE X 1/4"			
ULTICARE PEN NEEDLE 31 GAUGE X 3/16"			
ULTICARE PEN NEEDLE 31 GAUGE X 5/16"			
ULTICARE PEN NEEDLE 32 GAUGE X 1/4"			
ULTICARE PEN NEEDLE 32 GAUGE X 5/32"			
ULTICARE SAFETY 0.5 ML 29GX1/2			

ST – Terapia por fases • QL – Límite en las cantidades • PA – Autorización previa • OTC – Medicamentos sin receta

Nombre del medicamento	Requistos de administratción del uso	Edad mínima	Edad máxima
ULTICARE SYR 0.3 ML 30GX5/16"			
ULTICARE SYR 0.5 ML 30GX5/16"			
ULTICARE SYR 1 ML 30GX5/16"			
ULTICARE SYRIN 0.5 ML 28GX1/2"			
ULTILET ALCOHOL SWAB OTC			
ULTILET BASIC LANCETS 30 GAUGE			
ULTILET CLASSIC LANCETS			
ULTILET CLASSIC LANCETS 28 GAUGE			
ULTILET CLASSIC LANCETS 30 GAUGE			
ULTILET CLASSIC LANCETS 33 GAUGE			
ULTILET INSULIN SYRINGE 0.3 ML 29 GAUGE			
ULTILET INSULIN SYRINGE 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2"			
ULTILET INSULIN SYRINGE 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16"			
ULTILET INSULIN SYRINGE 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"			
ULTILET INSULIN SYRINGE 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"			
ULTILET INSULIN SYRINGE 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"			
ULTILET INSULIN SYRINGE 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"			
ULTILET INSULIN SYRINGE 1 ML 29 GAUGE			
ULTILET INSULIN SYRINGE 1 ML 29 GAUGE X 1/2"			
ULTILET INSULIN SYRINGE 1 ML 30 GAUGE X 5/16"			
ULTILET INSULIN SYRINGE 1 ML 31 GAUGE X 5/16"			
ULTILET INSULIN SYRINGE 1/2 ML 29			
ULTILET LANCETS 28 GAUGE			
ULTILET LANCETS 30 GAUGE			
ULTILET LANCETS 33 GAUGE			
ULTILET PEN NEEDLE 29 GAUGE			
ULTILET PEN NEEDLE 32 GAUGE X 5/32"			
ULTILET SAFETY LANCETS 23 GAUGE			
ULTRA COMFORT INSULIN SYRINGE 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2"			
ULTRA COMFORT INSULIN SYRINGE 0.3 ML 30			
ULTRA COMFORT INSULIN SYRINGE 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16"			
ULTRA COMFORT INSULIN SYRINGE 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"			
ULTRA COMFORT INSULIN SYRINGE 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"			
ULTRA COMFORT INSULIN SYRINGE 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"			
ULTRA COMFORT INSULIN SYRINGE 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"			
ULTRA COMFORT INSULIN SYRINGE 1 ML 28 GAUGE			
ULTRA COMFORT INSULIN SYRINGE 1 ML 28 GAUGE X 1/2"			
ULTRA COMFORT INSULIN SYRINGE 1 ML 29 GAUGE			
ULTRA COMFORT INSULIN SYRINGE 1 ML 29 GAUGE X 1/2"			
ULTRA COMFORT INSULIN SYRINGE 1 ML 30 GAUGE X 5/16"			
ULTRA COMFORT INSULIN SYRINGE 1 ML 30 GAUGE X 7/16"			
ULTRA COMFORT INSULIN SYRINGE 1 ML 31 GAUGE X 5/16"			
ULTRA COMFORT INSULIN SYRINGE 1/2 ML 28 GAUGE			
ULTRA COMFORT INSULIN SYRINGE 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2"			
ULTRA COMFORT INSULIN SYRINGE 1/2 ML 29			
ULTRA COMFORT INSULIN SYRINGE 1/2 ML 30 GAUGE			
ULTRA COMFORT INSULIN SYRINGE HALF UNIT 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2"			

ST – Terapia por fases • QL – Límite en las cantidades • PA – Autorización previa • OTC – Medicamentos sin receta

Nombre del medicamento	Requistos de administratción del uso	Edad mínima	Edad máxima
ULTRA COMFORT INSULIN SYRINGE HALF UNIT 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16"			
ULTRA COMFORT INSULIN SYRINGE HALF UNIT 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"			
ULTRA FINE LANCETS 30 GAUGE			
ULTRA FLO PEN NEEDLE 31 GAUGE X 3/16"			
ULTRA THIN II LANCETS 30 GAUGE			
ULTRA THIN LANCETS			
ULTRA THIN LANCETS 28 GAUGE			
ULTRA THIN LANCETS 30 GAUGE			
ULTRA THIN LANCETS 31 GAUGE			
ULTRA THIN LANCETS 33 GAUGE			
ULTRA THIN PLUS LANCETS 33 GAUGE			
ULTRA TLC LANCETS			
ULTRA-CARE LANCETS 30 GAUGE			
ULTRA-THIN II (SHORT) INSULIN SYRINGE 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16"			
ULTRA-THIN II (SHORT) INSULIN SYRINGE 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"			
ULTRA-THIN II (SHORT) INSULIN SYRINGE 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"			
ULTRA-THIN II (SHORT) INSULIN SYRINGE 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"			
ULTRA-THIN II (SHORT) INSULIN SYRINGE 1 ML 30 GAUGE X 5/16"			
ULTRA-THIN II (SHORT) INSULIN SYRINGE 1 ML 31 GAUGE X 5/16"			
ULTRA-THIN II (SHORT) PEN NDL 31 GAUGE X 5/16" NEEDLE			
ULTRA-THIN II 26G LANCET			
ULTRA-THIN II INS 0.3 ML 29G			
ULTRA-THIN II INSULIN PEN NEEDLES 29 GAUGE X 1/2"			
ULTRA-THIN II INSULIN SYRINGE 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"			
ULTRA-THIN II INSULIN SYRINGE 1 ML 29 GAUGE X 1/2"			
ULTRA-THIN II LANCETS 28 GAUGE			
ULTRACARE INSULIN SYRINGE 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16"			
ULTRACARE INSULIN SYRINGE 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"			
ULTRACARE INSULIN SYRINGE 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2"			
ULTRACARE INSULIN SYRINGE 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"			
ULTRACARE INSULIN SYRINGE 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"			
ULTRACARE INSULIN SYRINGE 1 ML 30 GAUGE X 1/2"			
ULTRACARE INSULIN SYRINGE 1 ML 30 GAUGE X 5/16"			
ULTRACARE INSULIN SYRINGE 1 ML 31 GAUGE X 5/16"			
ULTRACARE PEN NEEDLE 31 GAUGE X 1/4"			
ULTRACARE PEN NEEDLE 31 GAUGE X 3/16"			
ULTRACARE PEN NEEDLE 31 GAUGE X 5/16"			
ULTRACARE PEN NEEDLE 32 GAUGE X 1/4"			
ULTRACARE PEN NEEDLE 32 GAUGE X 3/16"			
ULTRACARE PEN NEEDLE 32 GAUGE X 5/32"			

ST – Terapia por fases • QL – Límite en las cantidades • PA – Autorización previa • OTC – Medicamentos sin receta

Nombre del medicamento	Requistos de administratción del uso	Edad mínima	Edad máxima
ULTRACARE PEN NEEDLE 33 GAUGE X 5/32"			
ULTRALANCE LANCETS 26 GAUGE			
ULTRALANCE LANCETS 28 GAUGE			
UNIFINE PENTIPS 29 GAUGE NEEDLE			
UNIFINE PENTIPS 29 GAUGE X 1/2" NEEDLE			
UNIFINE PENTIPS 31 GAUGE X 1/4" NEEDLE			
UNIFINE PENTIPS 31 GAUGE X 3/16" NEEDLE			
UNIFINE PENTIPS 31 GAUGE X 5/16" NEEDLE			
UNIFINE PENTIPS 32 GAUGE X 1/4" NEEDLE			
UNIFINE PENTIPS 32 GAUGE X 5/32" NEEDLE			
UNIFINE PENTIPS 33 GAUGE X 5/32" NEEDLE			
UNIFINE PENTIPS PLUS 29 GAUGE X 1/2" NEEDLE			
UNIFINE PENTIPS PLUS 31 GAUGE X 1/4" NEEDLE			
UNIFINE PENTIPS PLUS 31 GAUGE X 3/16" NEEDLE			
UNIFINE PENTIPS PLUS 31 GAUGE X 5/16" NEEDLE			
UNIFINE PENTIPS PLUS 32 GAUGE X 5/32" NEEDLE			
UNIFINE PENTIPS PLUS 33 GAUGE X 5/32" NEEDLE			
UNILET COMFORTOUCH LANCET			
UNILET COMFORTOUCH LANCET 26 GAUGE			
UNILET EXCELITE II LANCET			
UNILET EXCELITE LANCET			
UNILET GP LANCET			
UNILET LANCET 28 GAUGE			
UNILET LANCET 33 GAUGE			
UNILET LANCETS 30 GAUGE			
UNILET SUPER THIN LANCETS 30 GAUGE			
UNISTIK 2 EXTRA KIT			
UNISTIK 2 NORMAL LANCET AND DEVICE KIT			
UNISTIK 3 COMFORT LANCET			
UNISTIK 3 EXTRA LANCET 21 GAUGE			
UNISTIK 3 GENTLE 30 GAUGE			
UNISTIK 3 LANCETS 21 GAUGE			
UNISTIK 3 NORMAL LANCET 23 GAUGE			
UNISTIK CZT LANCET 23 GAUGE			
UNISTIK CZT LANCET 28 GAUGE			
UNISTIK PRO LANCET 21 GAUGE			
UNISTIK PRO LANCET 25 GAUGE			
UNISTIK PRO LANCET 28 GAUGE			
UNISTIK SAFETY 28 GAUGE			
UNISTIK SAFETY 30 GAUGE			
UNISTIK TOUCH LANCETS 21 GAUGE			
UNISTIK TOUCH LANCETS 23 GAUGE			
UNISTIK TOUCH LANCETS 28 GAUGE			
UNISTIK TOUCH LANCETS 30 GAUGE			
UNITHROID 100 MCG TABLET			
UNITHROID 112 MCG TABLET			
UNITHROID 125 MCG TABLET			
UNITHROID 137 MCG TABLET			

ST – Terapia por fases • QL – Límite en las cantidades • PA – Autorización previa • OTC – Medicamentos sin receta

Nombre del medicamento	Requistos de administratción del uso	Edad mínima	Edad máxima
UNITHROID 150 MCG TABLET			
UNITHROID 175 MCG TABLET			
UNITHROID 200 MCG TABLET			
UNITHROID 25 MCG TABLET			
UNITHROID 300 MCG TABLET			
UNITHROID 50 MCG TABLET			
UNITHROID 75 MCG TABLET			
UNITHROID 88 MCG TABLET			
UNIVERSAL 1 LANCETS 21 GAUGE			
UNIVERSAL 1 LANCETS 26 GAUGE			
UNIVERSAL 1 LANCETS 30 GAUGE			
UNIVERSAL 1 LANCETS 33 GAUGE			
urea 40% cream			
urea 40% lotion			
ursodiol 250 mg tablet			
ursodiol 300 mg capsule			
ursodiol 500 mg tablet			
UTIBRON NEOHALER 27.5 MCG-15.6 MCG CAPSULE WITH INHALATION DEVICE			
utira-c 81.6 mg-10.8 mg-40.8 mg tablet			
VAGIFEM 10 MCG VAGINAL TABLET	QL(18 cada 28 días)		
valacyclovir hcl 1 gram tablet			
valacyclovir hcl 500 mg tablet			
valganciclovir 450 mg tablet			
valganciclovir hcl 50 mg/ml			
valproic acid 250 mg capsule			
valproic acid 250 mg/5 ml soln			
valproic acid 500 mg/10 ml sol			
VALSTAR 40 MG/ML INTRAVESICAL SOLUTION			
vanco 500 mg/100 ml-0.9% nacl			
vanco 750 mg/150 ml-0.9% nacl			
vancomycin 1 g/200ml-0.9% nacl			
vancomycin 1 gm vial			
vancomycin 500 mg vial			
vancomycin 750 mg/150 ml bag			
vancomycin hcl 1.25 gram vial			
vancomycin hcl 1.5 gram vial			
vancomycin hcl 10 gm vial			
vancomycin hcl 125 mg capsule			
vancomycin hcl 1g/200 ml bag			
vancomycin hcl 250 mg capsule			
vancomycin hcl 250 mg vial			
vancomycin hcl 5 gm vial			
vancomycin hcl 750 mg vial			
vancomycin-d5w 500 mg/100 ml			
VANISHPOINT SYRINGE 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2"			
VANISHPOINT SYRINGE 1 ML 29 GAUGE X 1/2"			
VARUBI 166.5 MG/92.5 ML INTRAVENOUS EMULSION			

Nombre del medicamento	Requistos de administratción del uso	Edad mínima	Edad máxima
VELCADE 3.5 MG SOLUTION FOR INJECTION			
velivet triphasic regimen (28) 0.1 mg/0.125 mg/0.15 mg-25 mcg tablet	QL(91 cada 90 días)	12	
venlafaxine hcl 100 mg tablet		6	
venlafaxine hcl 25 mg tablet	QL(60 cada 30 días)	6	
venlafaxine hcl 37.5 mg tablet	QL(60 cada 30 días)	6	
venlafaxine hcl 50 mg tablet	QL(60 cada 30 días)	6	
venlafaxine hcl 75 mg tablet	QL(60 cada 30 días)	6	
venlafaxine hcl er 150 mg cap	QL(30 cada 30 días)	6	
venlafaxine hcl er 37.5 mg cap	QL(30 cada 30 días)	6	
venlafaxine hcl er 75 mg cap	QL(90 cada 30 días)	6	
VENTAVIS 10 MCG/ML SOLUTION FOR NEBULIZATION	PA,QL(270 cada 30 días)		
VENTAVIS 20 MCG/ML SOLUTION FOR NEBULIZATION	PA,QL(270 cada 30 días)		
verapamil 120 mg tablet			
verapamil 360 mg cap pellet			
verapamil 40 mg tablet			
verapamil 80 mg tablet			
verapamil er 120 mg capsule			
verapamil er 120 mg tablet			
verapamil er 180 mg tablet			
verapamil er 240 mg tablet			
verapamil sr 180 mg capsule			
verapamil sr 240 mg capsule			
VERIFINE PEN NEEDLE 31 GAUGE X 1/4"			
VERIFINE PEN NEEDLE 31 GAUGE X 5/16"			
VERIFINE PEN NEEDLE 32 GAUGE X 3/16"			
VERIFINE PEN NEEDLE 32 GAUGE X 5/32"			
VESICARE 10 MG TABLET		18	
VESICARE 5 MG TABLET		18	
vestura 3 mg-0.02 mg tablet	QL(91 cada 90 días)	12	
vicodin 5 mg-300 mg tablet	QL(240 cada 30 días)		
vicodin es 7.5 mg-300 mg tablet	QL(180 cada 30 días)		
vicodin hp 10 mg-300 mg tablet	QL(180 cada 30 días)		
VIDEX 2 GRAM PEDIATRIC 10 MG/ML (FINAL CONC.) ORAL SOLUTION			
VIDEX 4 GM PEDIATRIC SOLN			
vienva 0.1 mg-20 mcg tablet	QL(91 cada 90 días)	12	
vigabatrin 500 mg powder packt			
vigabatrin 500 mg tablet			
vigadrone 500 mg oral powder packet			
VIIBRYD 10 MG TABLET	QL(30 cada 30 días)	18	
VIIBRYD 20 MG TABLET	QL(60 cada 30 días)	18	
VIIBRYD 40 MG TABLET	QL(30 cada 30 días)	18	
VIMPAT 10 MG/ML ORAL SOLUTION	QL(1200 cada 30 días)		
VIMPAT 100 MG TABLET			

ST – Terapia por fases • QL – Límite en las cantidades • PA – Autorización previa • OTC – Medicamentos sin receta

Nombre del medicamento	Requistos de administratción del uso	Edad mínima	Edad máxima
VIMPAT 150 MG TABLET			
VIMPAT 200 MG TABLET	QL(60 cada 30 días)		
VIMPAT 50 MG TABLET			
vinblastine 1 mg/ml vial			
vincristine 1 mg/ml vial			
vincristine 2 mg/2 ml vial			
vinorelbine 10 mg/ml vial			
vinorelbine 50 mg/5 ml vial			
VIOKACE 10,440 UNIT-39,150 UNIT-39,150 UNIT TABLET			
VIOKACE 20,880 UNIT-78,300 UNIT-78,300 UNIT TABLET			
viorele (28) 0.15 mg-0.02 mg (21)/0.01 mg (5) tablet	QL(91 cada 90 días)	12	
VIRACEPT 250 MG TABLET			
VIRACEPT 625 MG TABLET			
VIRAMUNE 50 MG/5 ML ORAL SUSPENSION			
VIREAD 150 MG TABLET			
VIREAD 200 MG TABLET			
VIREAD 250 MG TABLET			
VIREAD 40 MG/SCOOP (40 MG/GRAM) ORAL POWDER			
virt-c dha 35 mg-1 mg-200 mg capsule		12	
virt-nate dha 28 mg iron-1 mg-200 mg capsule		12	
virt-phos 250 neutral 250 mg tablet OTC			
virt-pn dha 27 mg iron-1 mg-300 mg capsule		12	
virt-pn plus 28 mg-1 mg-300 mg capsule		12	
virt-pn tablet		12	
VIRT-VITE PLUS 5 MG TABLET OTC			
VITAFOL FE+ (WITH DOCUSATE) 90 MG IRON-1 MG-50 MG-200 MG CAPSULE		12	
VITAFOL GUMMIES 3.33 MG IRON-0.33 MG CHEWABLE TABLET		12	
VITAFOL NANO 18 MG IRON-1 MG TABLET		12	
VITAFOL ULTRA 29 MG IRON-1 MG-200 MG CAPSULE		12	
VITAFOL-OB 65 MG-1 MG TABLET		12	
VITAFOL-OB+DHA 65 MG-1 MG-250 MG ORAL PACK		12	
VITAFOL-ONE 29 MG IRON-1 MG-200 MG CAPSULE		12	
VITAL-D RX 1,750 UNIT-60 MG-1 MG-12.5 MG TABLET OTC			
vitamin d2 1.25mg(50,000 unit)			
vitamin d2 50,000 unit capsule			
vitamin k 1 mg/0.5 ml injection solution			
vitamin k1 10 mg/ml injection solution			
VIVAGUARD LANCET 30 GAUGE			
VIVAGUARD LANCING DEVICE			
VIVITROL 380 MG INTRAMUSCULAR SUSPENSION,EXTENDED RELEASE		18	
vol-care rx tablet OTC			
VOL-PLUS TABLET OTC		12	
VOLTAREN 1 % TOPICAL GEL			
VORTEX FROG MASK-CHILD			
VORTEX HOLDING CHAMBER			
VORTEX HOLDING CHAMBER WITH CHILD MASK			

ST – Terapia por fases • QL – Límite en las cantidades • PA – Autorización previa • OTC – Medicamentos sin receta

Nombre del medicamento	Requistos de administratción del uso	Edad mínima	Edad máxima
VORTEX HOLDING CHAMBER WITH TODDLER MASK			
VORTEX LADYBUG MASK-TODDLER			
VORTEX VHC FROG MASK-CHILD			
VORTEX VHC LADYBUG MASK-TODDLER			
VOSEVI 400 MG-100 MG-100 MG TABLET	PA	18	
VOTRIENT 200 MG TABLET	QL(120 cada 30 días)	18	
vp-ggr-b6 tablet		12	
vp-heme ob tablet		12	
vp-vite rx 1 mg-60 mg-300 mcg tablet OTC			
vp-zel tablet OTC			
vyfemla (28) 0.4 mg-35 mcg tablet	QL(91 cada 90 días)	12	
vylibra 0.25 mg-35 mcg tablet	QL(91 cada 90 días)	12	
VYVANSE 10 MG CAPSULE	QL(30 cada 30 días)	6	
VYVANSE 10 MG CHEWABLE TABLET		6	
VYVANSE 20 MG CAPSULE	QL(30 cada 30 días)	6	
VYVANSE 20 MG CHEWABLE TABLET		6	
VYVANSE 30 MG CAPSULE	QL(30 cada 30 días)	6	
VYVANSE 30 MG CHEWABLE TABLET		6	
VYVANSE 40 MG CAPSULE	QL(30 cada 30 días)	6	
VYVANSE 40 MG CHEWABLE TABLET		6	
VYVANSE 50 MG CAPSULE	QL(30 cada 30 días)	6	
VYVANSE 50 MG CHEWABLE TABLET		6	
VYVANSE 60 MG CAPSULE	QL(30 cada 30 días)	6	
VYVANSE 60 MG CHEWABLE TABLET		6	
VYVANSE 70 MG CAPSULE	QL(30 cada 30 días)	6	
warfarin sodium 1 mg tablet	QL(120 cada 30 días)		
warfarin sodium 10 mg tablet	QL(120 cada 30 días)		
warfarin sodium 2 mg tablet	QL(120 cada 30 días)		
warfarin sodium 2.5 mg tablet	QL(120 cada 30 días)		
warfarin sodium 3 mg tablet	QL(120 cada 30 días)		
warfarin sodium 4 mg tablet	QL(120 cada 30 días)		
warfarin sodium 5 mg tablet	QL(120 cada 30 días)		
warfarin sodium 6 mg tablet	QL(120 cada 30 días)		
warfarin sodium 7.5 mg tablet	QL(120 cada 30 días)		
water for injection vial			
WEBCOL TOPICAL PADS OTC			
wee care 15 mg/1.25 ml oral suspension OTC			
wera (28) 0.5 mg-35 mcg tablet	QL(91 cada 90 días)	12	
WIDE-SEAL DIAPHRAGM 60 MM VAGINAL			
WIDE-SEAL DIAPHRAGM 65 MM VAGINAL			
WIDE-SEAL DIAPHRAGM 70 MM VAGINAL			
WIDE-SEAL DIAPHRAGM 75 MM VAGINAL			
WIDE-SEAL DIAPHRAGM 80 MM VAGINAL			
WIDE-SEAL DIAPHRAGM 85 MM VAGINAL			
WIDE-SEAL DIAPHRAGM 90 MM VAGINAL			
WIDE-SEAL DIAPHRAGM 95 MM VAGINAL			
WINRHO SDF 1,500 UNIT (300 MCG)/1.3 ML INJECTION SOLUTION	QL(2 cada 365 días)		

ST – Terapia por fases • QL – Límite en las cantidades • PA – Autorización previa • OTC – Medicamentos sin receta

Nombre del medicamento	Requistos de administratción del uso	Edad mínima	Edad máxima
wymzya fe 0.4 mg-35 mcg (21)/75 mg (7) chewable tablet	QL(91 cada 90 días)	12	
XARELTO 10 MG TABLET		18	
XARELTO 15 MG (42)-20 MG (9) TABLETS IN A STARTER PACK		18	
XARELTO 15 MG TABLET		18	
XARELTO 2.5 MG TABLET		18	
XARELTO 20 MG TABLET		18	
XELJANZ 10 MG TABLET	PA	18	
XELJANZ 5 MG TABLET	PA,QL(60 cada 30 días)	18	
XELJANZ XR 11 MG TABLET,EXTENDED RELEASE	PA,QL(30 cada 30 días)	18	
XELODA 150 MG TABLET	QL(120 cada 30 días)	18	
XELODA 500 MG TABLET	QL(120 cada 30 días)	18	
XIGDUO XR 10 MG-1,000 MG TABLET,EXTENDED RELEASE			
XIGDUO XR 10 MG-500 MG TABLET,EXTENDED RELEASE			
XIGDUO XR 2.5 MG-1,000 MG TABLET,EXTENDED RELEASE			
XIGDUO XR 5 MG-1,000 MG TABLET,EXTENDED RELEASE			
XIGDUO XR 5 MG-500 MG TABLET,EXTENDED RELEASE			
XTAMPZA ER 13.5 MG CAPSULE SPRINKLE	PA	18	
XTAMPZA ER 18 MG CAPSULE SPRINKLE	PA	18	
XTAMPZA ER 27 MG CAPSULE SPRINKLE	PA	18	
XTAMPZA ER 36 MG CAPSULE SPRINKLE	PA	18	
XTAMPZA ER 9 MG CAPSULE SPRINKLE	PA	18	
XTANDI 40 MG CAPSULE	QL(120 cada 30 días)	18	
xulane 150 mcg-35 mcg/24 hr transdermal patch		12	
YASMIN (28) 3 MG-0.03 MG TABLET	QL(91 cada 90 días)	12	
YAZ (28) 3 MG-0.02 MG TABLET	QL(91 cada 90 días)	12	
zaleplon 10 mg capsule	QL(60 cada 30 días)	18	
zaleplon 5 mg capsule	QL(60 cada 30 días)	18	
zarah 3 mg-0.03 mg tablet	QL(91 cada 90 días)	12	
ZARONTIN 250 MG CAPSULE			
ZARONTIN 250 MG/5 ML ORAL SOLUTION			
zatean-pn dha 27 mg iron-1 mg-300 mg capsule		12	
zatean-pn plus 28 mg-1 mg-300 mg capsule		12	
ZAVESCA 100 MG CAPSULE	PA,QL(90 cada 30 días)	18	
ZEMAIRA 1,000 MG INTRAVENOUS SOLUTION	PA	18	
zenatane 10 mg capsule		12	
zenatane 20 mg capsule		12	
zenatane 30 mg capsule		12	
zenatane 40 mg capsule		12	
zenchent fe tablet chewable	QL(91 cada 90 días)	12	
ZENPEP 10,000 UNIT-32,000 UNIT-42,000 UNIT CAPSULE,DELAYED RELEASE			
ZENPEP 15,000 UNIT-47,000 UNIT-63,000 UNIT CAPSULE,DELAYED RELEASE			
ZENPEP 20,000 UNIT-63,000 UNIT-84,000 UNIT CAPSULE,DELAYED RELEASE			

ST – Terapia por fases • QL – Límite en las cantidades • PA – Autorización previa • OTC – Medicamentos sin receta

Nombre del medicamento	Requistos de administratción del uso	Edad mínima	Edad máxima
ZENPEP 25,000 UNIT-79,000 UNIT-105,000 UNIT CAPSULE,DELAYED RELEASE			
ZENPEP 3,000 UNIT-10,000 UNIT-14,000 UNIT CAPSULE,DELAYED RELEASE			
ZENPEP 40,000 UNIT-126,000 UNIT-168,000 UNIT CAPSULE,DELAYED RELEASE			
ZENPEP 5,000 UNIT-17,000 UNIT-24,000 UNIT CAPSULE,DELAYED RELEASE			
ZENPEP DR 10,000 UNIT CAPSULE			
ZENPEP DR 15,000 UNIT CAPSULE			
ZENPEP DR 20,000 UNIT CAPSULE			
ZENPEP DR 25,000 UNIT CAPSULE			
ZENPEP DR 3,000 UNIT CAPSULE			
ZENPEP DR 40,000 UNIT CAPSULE			
ZENPEP DR 5,000 UNIT CAPSULE			
ZIAGEN 20 MG/ML ORAL SOLUTION			
zidovudine 100 mg capsule			
zidovudine 300 mg tablet			
zidovudine 50 mg/5 ml syrup			
zinc chloride 10 mg/10 ml vial			
zinc sulfate 10 mg/10 ml vial			
zinc sulfate 25 mg/5 ml vial			
ziprasidone hcl 20 mg capsule	QL(120 cada 30 días)	6	
ziprasidone hcl 40 mg capsule	QL(120 cada 30 días)	6	
ziprasidone hcl 60 mg capsule	QL(120 cada 30 días)	6	
ziprasidone hcl 80 mg capsule	QL(60 cada 30 días)	6	
ZOLADEX 10.8 MG SUBCUTANEOUS IMPLANT	PA	18	
ZOLADEX 3.6 MG SUBCUTANEOUS IMPLANT	PA	18	
zoledronic acid 4 mg/100 ml			
zoledronic acid 4 mg/5 ml vial			
zoledronic acid 5 mg/100 ml	QL(100 cada 365 días)		
zolpidem tartrate 10 mg tablet	PA,QL(30 cada 30 días)	18	
zolpidem tartrate 5 mg tablet	QL(30 cada 30 días)	18	
ZONEGRAN 100 MG CAPSULE			
ZONEGRAN 25 MG CAPSULE			
zonisamide 100 mg capsule			
zonisamide 25 mg capsule			
zonisamide 50 mg capsule			
ZOSTAVAX (PF) 19,400 UNIT/0.65 ML SUBCUTANEOUS SUSPENSION		50	
zovia 1-50e tablet	QL(91 cada 90 días)	12	
zovia 1/35e (28) 1 mg-35 mcg tablet	QL(91 cada 90 días)	12	
ZOVIRAX 5 % TOPICAL CREAM	QL(15 cada 30 días)	12	
ZOVIRAX 5 % TOPICAL OINTMENT	QL(30 cada 30 días)	12	
ZUBSOLV 0.7 MG-0.18 MG SUBLINGUAL TABLET	QL(90 cada 30 días)	16	
ZUBSOLV 1.4 MG-0.36 MG SUBLINGUAL TABLET	QL(90 cada 30 días)	16	

ST – Terapia por fases • QL – Límite en las cantidades • PA – Autorización previa • OTC – Medicamentos sin receta

Nombre del medicamento	Requistos de administratción del uso	Edad mínima	Edad máxima
ZUBSOLV 11.4 MG-2.9 MG SUBLINGUAL TABLET	QL(90 cada 30 días)	16	
ZUBSOLV 2.9 MG-0.71 MG SUBLINGUAL TABLET	QL(90 cada 30 días)	16	
ZUBSOLV 5.7 MG-1.4 MG SUBLINGUAL TABLET	QL(90 cada 30 días)	16	
ZUBSOLV 8.6 MG-2.1 MG SUBLINGUAL TABLET	QL(90 cada 30 días)	16	
zumandimine (28) 3 mg-0.03 mg tablet	QL(91 cada 90 días)	12	
ZYLET 0.3 %-0.5 % EYE DROPS,SUSPENSION			
ZYTIGA 250 MG TABLET	QL(120 cada 30 días)	18	
ZYTIGA 500 MG TABLET	QL(120 cada 30 días)	18	

ST – Terapia por fases • QL – Límite en las cantidades • PA – Autorización previa • OTC – Medicamentos sin receta

Notas

Notas

This information is available for free in other languages and formats. Please contact our Customer Service number at 1-800-477-6931. If you use TTY, call 711, Monday – Friday, 8 a.m. to 8 p.m.

Esta información está disponible gratuitamente en otros idiomas y formatos. Comuníquese con nuestro Servicio al Cliente llamando al 1-800-477-6931. Si usa un TTY, marque 711. El horario de atención es de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m.

Enfòmasyon sa a disponib gratis nan lòt lang ak fòma. Tanpri kontakte nimewo Sèvis Kliyan nou an nan 1-800-477-6931. Si ou itilize TTY, rele 711, Lendi - Vandredi, 8 a.m. a 8 p.m.

Ces informations sont disponibles gratuitement dans d'autre langues et formats. N'hésitez pas à contacter notre service client au 1-800-477-6931. Si vous utilisez un appareil de télétype (TTY), appelez le 711 du lundi au vendredi, de 8h00 à 20h00.

Queste informazioni sono disponibili gratuitamente in altre lingue e formati. La preghiamo di contattare il servizio clienti al numero 1-800-477-6931. Se utilizza una telescrivente (TTY), chiami il numero 711 dal lunedì al venerdì tra le 8 e le 20:00.

Данную информацию можно получить бесплатно на других языках и в форматах. Для этого обратитесь в отдел обслуживания клиентов по номеру 1-800-477-6931. Если Вы пользователь TTY, звоните по номеру 711 с понедельника по пятницу, с 8.00 до 20.00.

La discriminación es contra la ley

Humana Inc. y sus subsidiarias cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. Humana Inc. and its subsidiaries no excluye a las personas ni las trata de forma diferente debido a su origen étnico, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.

Humana Inc. y sus subsidiarias:

- Proporciona asistencia y servicios gratuitos a las personas con discapacidades para que se comuniquen de manera eficaz con nosotros, como los siguientes:
  - Intérpretes de lenguaje de señas capacitados.
  - Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos).

- Proporciona servicios lingüísticos gratuitos a personas cuya lengua materna no es el inglés, como los siguientes:
  - Intérpretes capacitados.
  - Información escrita en otros idiomas.

Si necesita recibir estos servicios, comuníquese con Servicio al Cliente al 1-800-477-6931 [TTY 711].

Si considera que Humana Inc. o sus subsidiarias no le proporcionó estos servicios o lo discriminó de otra manera por motivos de origen étnico, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede presentar un reclamo a:

Discrimination Grievances
P.O. Box 14618
Lexington, KY 40512 – 4618
1-800-477-6931 o si usa un TTY, llame al 711.

Puede presentar el reclamo por correo o por teléfono. Si necesita ayuda para hacerlo, Servicio al Cliente está a su disposición para brindársela.

También puede presentar un reclamo de derechos civiles ante la Office for Civil Rights (Oficina de Derechos Civiles) del Department of Health and Human Services (Departamento de Salud y Servicios Humanos) de EE. UU. de manera electrónica a través de Office for Civil Rights Complaint Portal, disponible en https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf, o bien, por correo postal a la siguiente dirección o por teléfono a los números que figuran a continuación:

U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building Washington, D.C. 20201
1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)
Puede obtener los formularios de reclamo en el sitio web http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html.

Multi-Language Interpreter Services

English: ATTENTION: If you do not speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-800-477-6931（TTY：711）.

Español (Spanish): ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-800-477-6931（TTY：711).

Kreyòl Ayisyen (French Creole): ATANSYON: Si w pale Kreyòl Ayisyen, gen sèvis èd pou lang ki disponib gratis pou ou. Rele 1-800-477-6931（TTY：711).

Tiếng Việt (Vietnamese): CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 1-800-477-6931（TTY：711).

Português (Portuguese): ATENÇÃO: Se fala português, encontram-se disponíveis serviços linguísticos, grátis. Ligue para 1-800-477-6931（TTY：711).

繁體中文 (Chinese): 注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 1-800-477-6931（TTY：711）。

Français (French): ATTENTION : Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 1-800-477-6931(ATS : 711).

Tagalog (Tagalog – Filipino): PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 1-800-477-6931(TTY：711).

Русский (Russian): ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1-800-477-6931(телетайп: 711).

العربية (Arabic):

ملحوظة: إذا كنت تتحدث اذكر اللغة، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم 1-800-477-6931 (رقم هاتف الصم والبكم: 711).

Italiano (Italian): ATTENZIONE: In caso la lingua parlata sia l'italiano, sono disponibili servizi di assistenza linguistica gratuiti. Chiamare il numero 1-800-477-6931(TTY: 711).

Deutsch (German): ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufnummer: 1-800-477-6931(TTY: 711).

한국어 (Korean): 주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-800-477-6931(TTY: 711) 번으로 전화해 주십시오.

Polski (Polish): UWAGA: Jeżeli mówisz po polsku, możesz skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej. Zadzwoń pod numer 1-800-477-6931(TTY: 711).

ગુજરાતી (Gujarati): સુચના: જો તમે ગુજરાતી બોલતા હો, તો નિ:શુલ્ક ભાષા સહાય સેવાઓ તમારા માટે ઉપલબ્ધ છે. ફોન કરો 1-800-477-6931 (TTY: 711).

ภาษาไทย (Thai): เรียน: ถ้าคุณพูดภาษาไทยคุณสามารถใช้บริการช่วยเหลือทางภาษาได้ฟรีโทร 1-800-477-6931 (TTY: 711).

Diné Bizaad (Navajo): Díí baa akó nínízin: Díí saad bee yáníłti'go **Diné Bizaad**, saad bee áká'ánída'áwo'dęę', t'áá jiik'eh, éí ná hóló, kojį' hódíílnih 1-800-477-6931(TTY: 711).

Humana Medical Plan es un Plan de cuidado médico administrado con un contrato con Medicaid de Florida.

La información de beneficios provista aquí es un breve resumen y no es una descripción completa de los beneficios. Para obtener más información, contacte con el plan de cuidado médico administrado.

Pueden aplicarse limitaciones, copagos y restricciones.

Podría haber cambios en los beneficios, el formulario, la red de farmacias, las primas, los copagos o el coseguro.

Humana®

FLHKCM9EN_SPC