2024
Lista de medicamentos preferidos

Humana Healthy Horizons® in Florida
Todas las regiones

POR FAVOR LEA: ESTE DOCUMENTO CONTIENE INFORMACIÓN ACERCA DE LOS MEDICAMENTOS CUBIERTOS POR ESTE PLAN. ESTE FORMULARIO FUE ACTUALIZADO EL 03/22/2024.

Humana
Healthy Horizons®
in Florida

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 esté 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 obtener información sobre 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.

EDS – Supido extendido de días – Este medicamento podría ser disponible en un suplido de hasta 100 días. La accesibilidad de farmacias y el máximo de días de suplido pueden variar según el 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 UNILET COMFORTOUCH LANCET 28 GAUGE OTC			
1ST TIER UNILET COMFORTOUCH LANCET 30 GAUGE OTC			
2-IN-1 LANCET DEVICE 30 GAUGE OTC			
3 day vaginal 200 mg/5 gram (4 %) cream OTC			
3-day vaginal 2 % cream OTC			20
8 hour pain reliever 650 mg tablet,extended release OTC			20
8hr muscle aches-pain 650 mg tablet,extended release OTC			20
abacavir 20 mg/ml oral solution			
abacavir 300 mg tablet			
abacavir 600 mg-lamivudine 300 mg tablet			
ABILIFY ASIMTUFII 720 MG/2.4 ML SUSPENSION, EXTEND.REL. IM SYRINGE	PA	18	
ABILIFY ASIMTUFII 960 MG/3.2 ML SUSPENSION, EXTEND.REL. IM SYRINGE	PA	18	
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	
abiraterone 250 mg tablet	QL(120 cada 30 días)	18	
abiraterone 500 mg tablet	QL(60 cada 30 días)	18	
acamprosate 333 mg tablet,delayed release			
acarbose 100 mg tablet EDS			
acarbose 25 mg tablet EDS			
acarbose 50 mg tablet EDS			
ACCU-CHEK AVIVA CONTROL SOLN SOLUTION OTC			
ACCU-CHEK FASTCLIX LANCET DRUM OTC			
ACCU-CHEK FASTCLIX LANCING DEVICE KIT OTC			
ACCU-CHEK GUIDE L1-L2 CONTROL SOLUTION OTC			
ACCU-CHEK MULTICLIX LANCET KIT OTC			
ACCU-CHEK SAFE-T-PRO 23 GAUGE OTC			
ACCU-CHEK SAFE-T-PRO PLUS 23 GAUGE OTC			
ACCU-CHEK SMARTVIEW CONTROL SOLUTION OTC			
ACCU-CHEK SOFTCLIX LANCETS OTC			
ACCU-CHEK SOFTCLIX LANCING DEVICE+LANCETS KIT OTC			
ACCUTREND GLUCOSE CONTROL SOLUTION OTC			
ACE AEROSOL CLOUD ENHANCER SPACER			
acebutolol 200 mg capsule EDS			
acebutolol 400 mg capsule EDS			
acetaminophen 120 mg-codeine 12 mg/5 ml (5 ml) oral solution		12	

EDS – Supido extendido de 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
acetaminophen 120 mg-codeine 12 mg/5 ml oral solution		12	
acetaminophen 160 mg/5 ml oral liquid OTC			20
acetaminophen 300 mg-codeine 15 mg tablet	QL(360 cada 30 días)	12	
acetaminophen 300 mg-codeine 30 mg tablet	QL(360 cada 30 días)	12	
acetaminophen 300 mg-codeine 30 mg/12.5 ml (12.5 ml) oral solution		12	
acetaminophen 300 mg-codeine 60 mg tablet	QL(360 cada 30 días)	12	
acetaminophen 325 mg/10.15 ml oral solution OTC			20
acetaminophen 650 mg/20.3 ml oral solution OTC			20
acetaminophen er 650 mg tablet,extended release OTC			20
acetazolamide 125 mg tablet EDS			
acetazolamide 250 mg tablet EDS			
acetazolamide er 500 mg capsule,extended release EDS			
acetic acid 0.25 % irrigation solution			
acetic acid 2 % ear solution			
acetylcysteine 100 mg/ml (10 %) solution			
acetylcysteine 200 mg/ml (20 %) intravenous solution			
acetylcysteine 200 mg/ml (20 %) solution			
acitretin 10 mg capsule		18	
acitretin 17.5 mg capsule		18	
acitretin 25 mg capsule		18	
ACTHAR 80 UNIT/ML INJECTION GEL	PA,QL(45 cada 30 días)		
ACTHIB (PF) 10 MCG/0.5 ML INTRAMUSCULAR SOLUTION		3	6
ACTI-LANCE LANCETS 17 GAUGE OTC			
ACTI-LANCE LANCETS 23 GAUGE OTC			
ACTI-LANCE LANCETS 28 GAUGE OTC			
ACTIMMUNE 100 MCG (2 MILLION UNIT)/0.5 ML SUBCUTANEOUS SOLUTION	QL(6 cada 28 días)		
acyclovir 200 mg capsule			
acyclovir 200 mg/5 ml oral suspension			17
acyclovir 400 mg tablet			
acyclovir 5 % topical ointment	QL(30 cada 30 días)	12	
acyclovir 800 mg tablet			
ADACEL (TDAP ADOLESN/ADULT)(PF)2 LF-(2.5-5-3-5)-5 LF/0.5 ML IM SYRINGE		10	64
ADACEL (TDAP ADOLESN/ADULT)(PF)2LF-(2.5-5-3-5MCG)-5 LF/0.5 ML IM SUSP		10	64
adapalene 0.1 %-benzoyl peroxide 2.5 % topical gel with pump		9	
ADDERALL XR 10 MG CAPSULE,EXTENDED RELEASE		6	
ADDERALL XR 15 MG CAPSULE,EXTENDED RELEASE		6	
ADDERALL XR 20 MG CAPSULE,EXTENDED RELEASE		6	
ADDERALL XR 25 MG CAPSULE,EXTENDED RELEASE		6	
ADDERALL XR 30 MG CAPSULE,EXTENDED RELEASE		6	
ADDERALL XR 5 MG CAPSULE,EXTENDED RELEASE		6	
ADJUSTABLE LANCING DEVICE OTC			

EDS – Supido extendido de 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
adult aspirin regimen 81 mg tablet,delayed release OTC,EDS			20
adult tussin chest congestion 100 mg/5 ml oral liquid OTC			20
adult tussin cough congestion dm 10 mg-100 mg/5 ml oral liquid OTC			20
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	
ADVAIR HFA 115 MCG-21 MCG/ACTUATION AEROSOL INHALER	QL(12 cada 30 días)	4	
ADVAIR HFA 230 MCG-21 MCG/ACTUATION AEROSOL INHALER	QL(12 cada 30 días)	4	
ADVAIR HFA 45 MCG-21 MCG/ACTUATION AEROSOL INHALER	QL(12 cada 30 días)	4	
ADVANCED LANCING DEVICE KIT OTC			
ADVANCED TRAVEL LANCETS 28 GAUGE OTC			
ADVANCED TRAVEL LANCETS 30 GAUGE OTC			
ADVIN COVID-19 AG HOME TEST KIT OTC			
ADVOCATE LANCET 21 GAUGE OTC			
ADVOCATE LANCET 23 GAUGE OTC			
ADVOCATE LANCET 26 GAUGE OTC			
ADVOCATE LANCET 28 GAUGE OTC			
ADVOCATE LANCET 30 GAUGE OTC			
ADVOCATE LANCING DEVICE OTC			
ADVOCATE RAPID-SAFE LANCING DEVICE OTC			
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 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	
AFLURIA QUAD 2023-2024(6MO UP) 60 MCG (15 MCG X 4)/0.5 ML IM SUSP			
AFLURIA QUAD 2023-24(3YR UP)(PF) 60 MCG (15 MCG X 4)/0.5 ML IM SYRINGE		3	
AFTERA 1.5 MG TABLET OTC	QL(2 cada 30 días)	12	
AIMOVIG AUTOINJECTOR 140 MG/ML SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR		18	

EDS – Supido extendido de 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
AIMOVIG AUTOINJECTOR 70 MG/ML SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR		18	
AIMSCO LATEX CONDOM OTC			
AJOVY 225 MG/1.5 ML SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR EDS	QL(4.5 cada 90 días)	18	
AJOVY SYRINGE 225 MG/1.5 ML SUBCUTANEOUS EDS	QL(4.5 cada 90 días)	18	
ak-poly-bac 500 unit-10,000 unit/gram eye ointment			
albendazole 200 mg tablet	QL(120 cada 30 días)		
albuterol sulfate 0.63 mg/3 ml solution for nebulization	QL(375 cada 30 días)		
albuterol sulfate 1.25 mg/3 ml solution for nebulization	QL(375 cada 30 días)		
albuterol sulfate 2 mg/5 ml oral syrup			
albuterol sulfate 2.5 mg/3 ml (0.083 %) solution for nebulization	QL(375 cada 30 días)		
albuterol sulfate concentrate 2.5 mg/0.5 ml solution for nebulization	QL(120 cada 30 días)		
albuterol sulfate concentrate 5 mg/ml(0.5 %) solution for nebulization	QL(120 cada 30 días)		
ALCOHOL PADS OTC			
ALCOHOL PREP PADS OTC			
ALCOHOL SWABS OTC			
ALCOHOL WIPES OTC			
alendronate 10 mg tablet			
alendronate 35 mg tablet			
alendronate 5 mg tablet			
alendronate 70 mg tablet			
alfuzosin er 10 mg tablet,extended release 24 hr			
ALKERAN 2 MG TABLET		18	
all day allergy (cetirizine) 1 mg/ml oral solution OTC	QL(300 cada 30 días)		11
all day allergy (cetirizine) 10 mg tablet OTC	QL(30 cada 30 días)		20
all day allergy-d 5 mg-120 mg tablet,extended release OTC			20
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 and congestion relief 10 mg-240 mg tablet,extend release 24 hr OTC			20
allergy and congestion relief 5 mg-120 mg tablet,extend release 12 hr OTC			20
allergy complete-d 5 mg-120 mg tablet,extended release OTC			20
allergy relief (cetirizine) 10 mg tablet OTC	QL(30 cada 30 días)		20
allergy relief (cetirizine) 5 mg tablet OTC	QL(30 cada 30 días)		20
allergy relief (loratadine) 10 mg disintegrating tablet OTC			20
allergy relief (loratadine) 10 mg tablet OTC	QL(30 cada 30 días)		20

EDS – Supido extendido de 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
allergy relief (loratadine) 5 mg/5 ml oral solution OTC			20
allergy relief and nasal decongestant 10 mg-240 mg tablet,extended rel OTC			20
allergy relief d-24hr 10 mg-240 mg tablet,extended release OTC			20
allergy relief d12 5 mg-120 mg tablet,extended release OTC			20
allergy relief-d (cetirizine) 5 mg-120 mg tablet,extended release OTC			20
allopurinol 100 mg tablet EDS			
allopurinol 300 mg tablet EDS			
alosetron 0.5 mg tablet			
alosetron 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 OTC			
ALTERNATE SITE LANCING DEVICE OTC			
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 hcl 100 mg capsule EDS		1	
amantadine hcl 100 mg tablet EDS		1	
amantadine hcl 50 mg/5 ml oral solution EDS		1	
ambrisentan 10 mg tablet	PA		
ambrisentan 5 mg tablet	PA		
amethia 0.15 mg-30 mcg (84)/10 mcg(7) tablets,3 month dose pack	QL(91 cada 84 días)	12	
amethyst (28) 90 mcg-20 mcg tablet	QL(91 cada 90 días)	12	
amiloride 5 mg tablet EDS			
amiloride 5 mg-hydrochlorothiazide 50 mg tablet EDS			
aminocaproic acid 1,000 mg tablet			
aminocaproic acid 250 mg/ml (25 %) oral solution			
aminocaproic acid 250 mg/ml intravenous solution			
aminocaproic acid 500 mg tablet			
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 7 % INTRAVENOUS SOLUTION			
AMINOSYN II 8.5 % INTRAVENOUS SOLUTION			

EDS – Supido extendido de 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
AMINOSYN II 8.5 % WITH ELECTROLYTES INTRAVENOUS SOLUTION			
AMINOSYN M 3.5 % INTRAVENOUS SOLUTION			
AMINOSYN-PF 10 % INTRAVENOUS SOLUTION			
AMINOSYN-PF 7 % (SULFITE-FREE) INTRAVENOUS SOLUTION			
AMINOSYN-RF 5.2 % INTRAVENOUS SOLUTION			
amiodarone 100 mg tablet EDS			
amiodarone 200 mg tablet EDS			
AMITIZA 24 MCG CAPSULE	PA	18	
AMITIZA 8 MCG CAPSULE	PA	18	
amitriptyline 10 mg tablet	QL(240 cada 30 días)	12	
amitriptyline 100 mg tablet	QL(30 cada 30 días)	12	
amitriptyline 150 mg tablet	QL(30 cada 30 días)	12	
amitriptyline 25 mg tablet	QL(120 cada 30 días)	12	
amitriptyline 50 mg tablet	QL(120 cada 30 días)	12	
amitriptyline 75 mg tablet	QL(60 cada 30 días)	12	
amitriptyline-chlordiazepoxide 12.5 mg-5 mg tablet	QL(180 cada 30 días)	18	
amitriptyline-chlordiazepoxide 25 mg-10 mg tablet	QL(180 cada 30 días)	18	
amlodipine 10 mg tablet EDS			
amlodipine 10 mg-benazepril 20 mg capsule			
amlodipine 10 mg-benazepril 40 mg capsule			
amlodipine 10 mg-olmesartan 20 mg tablet			
amlodipine 10 mg-olmesartan 40 mg tablet			
amlodipine 10 mg-valsartan 160 mg tablet			
amlodipine 10 mg-valsartan 320 mg tablet			
amlodipine 2.5 mg tablet EDS	QL(60 cada 30 días)		
amlodipine 2.5 mg-benazepril 10 mg capsule			
amlodipine 5 mg tablet EDS	QL(60 cada 30 días)		
amlodipine 5 mg-benazepril 10 mg capsule			
amlodipine 5 mg-benazepril 20 mg capsule			
amlodipine 5 mg-benazepril 40 mg capsule			
amlodipine 5 mg-olmesartan 20 mg tablet			
amlodipine 5 mg-olmesartan 40 mg tablet			
amlodipine 5 mg-valsartan 160 mg tablet			
amlodipine 5 mg-valsartan 320 mg tablet			
ammonium lactate 12 % lotion			
ammonium lactate 12 % topical cream			
amnesteem 10 mg capsule		12	
amnesteem 20 mg capsule		12	
amnesteem 40 mg capsule		12	
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 chewable tablet			
amoxicillin 125 mg/5 ml oral suspension			

EDS – Supido extendido de 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
amoxicillin 200 mg-potassium clavulanate 28.5 mg/5 ml oral suspension			
amoxicillin 200 mg/5 ml oral suspension			
amoxicillin 250 mg capsule			
amoxicillin 250 mg chewable tablet			
amoxicillin 250 mg-potassium clavulanate 125 mg tablet			
amoxicillin 250 mg-potassium clavulanate 62.5 mg/5 ml oral suspension			
amoxicillin 250 mg/5 ml oral suspension			
amoxicillin 400 mg-potassium clavulanate 57 mg/5 ml oral suspension			
amoxicillin 400 mg/5 ml oral suspension			
amoxicillin 500 mg capsule			
amoxicillin 500 mg tablet			
amoxicillin 500 mg-potassium clavulanate 125 mg tablet			
amoxicillin 600 mg-potassium clavulanate 42.9 mg/5 ml oral suspension			
amoxicillin 875 mg tablet			
amoxicillin 875 mg-potassium clavulanate 125 mg tablet			
amphotericin b 50 mg solution for injection			
ampicillin 1 gram intravenous solution			
ampicillin 1 gram solution for injection			
ampicillin 10 gram solution for injection			
ampicillin 125 mg solution for injection			
ampicillin 2 gram intravenous solution			
ampicillin 2 gram solution for injection			
ampicillin 250 mg solution for injection			
ampicillin 500 mg capsule			
ampicillin 500 mg solution for injection			
ampicillin-sulbactam 1.5 gram intravenous solution			
ampicillin-sulbactam 1.5 gram solution for injection			
ampicillin-sulbactam 15 gram solution for injection			
ampicillin-sulbactam 3 gram intravenous solution			
ampicillin-sulbactam 3 gram solution for injection			
anagrelide 0.5 mg capsule			
anagrelide 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	
ANNOVERA 0.15 MG-0.013 MG/24 HR VAGINAL RING		12	
ANORO ELLIPTA 62.5 MCG-25 MCG/ACTUATION POWDER FOR INHALATION		18	
antacid (calcium carbonate) 200 mg calcium (500 mg) chewable tablet OTC			
antacid (calcium carbonate) 215 mg calcium (500 mg) chewable tablet OTC			
antacid calcium 215 mg calcium (500 mg) chewable tablet OTC			

EDS – Supido extendido de 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
antacid extra strength (calcium carb) 300 mg (750 mg) chewable tablet OTC			
antacid extra-strength 300 mg (750 mg) chewable tablet OTC			
antacid ultra strength 400 mg calcium (1,000 mg) chewable tablet OTC			
anusol-hc 2.5 % topical cream with perineal applicator			
APIDRA SOLOSTAR U-100 INSULIN 100 UNIT/ML SUBCUTANEOUS PEN EDS	QL(90 cada 90 días)		
APIDRA U-100 INSULIN 100 UNIT/ML SUBCUTANEOUS SOLUTION	QL(70 cada 30 días)		
aprepitant 125 mg capsule	QL(2 cada 28 días)		
aprepitant 40 mg capsule	QL(4 cada 28 días)		
aprepitant 80 mg capsule	QL(4 cada 28 días)		
APRETUDE 600 MG/3 ML (200 MG/ML) IM SUSPENSION, EXTENDED RELEASE	QL(21 cada 365 días)	12	
apri 0.15 mg-0.03 mg tablet	QL(91 cada 90 días)	12	
APRISO 0.375 GRAM CAPSULE,EXTENDED RELEASE			
APTIOM 200 MG TABLET	PA	4	
APTIOM 400 MG TABLET	PA	4	
APTIOM 600 MG TABLET	PA	4	
APTIOM 800 MG TABLET	PA	4	
APTIVUS 250 MG CAPSULE			
AQUA LANCE LANCING DEVICE OTC			
AQUADEKS PEDIATRIC 400 MCG/ML ORAL DROPS OTC	QL(60 cada 30 días)		20
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		
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 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		

EDS – Supido extendido de 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
ARANESP 60 MCG/0.3 ML (IN POLYSORBATE) INJECTION SYRINGE	PA		
ARANESP 60 MCG/ML (IN POLYSORBATE) INJECTION	PA		
arformoterol 15 mcg/2 ml solution for nebulization	QL(120 cada 30 días)	18	
aripiprazole 1 mg/ml oral solution	QL(900 cada 30 días)	6	
aripiprazole 10 mg tablet	QL(30 cada 30 días)	6	
aripiprazole 15 mg tablet	QL(30 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	
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			
arthritis pain relief (acetaminophen) er 650 mg tablet,extend release OTC			20
ARZERRA 1,000 MG/50 ML INTRAVENOUS SOLUTION			
ARZERRA 100 MG/5 ML INTRAVENOUS SOLUTION			
ascorbic acid (vitamin c) 500 mg/ml injection solution			
ashlyna 0.15 mg-30 mcg (84)/10 mcg(7) tablets,3 month dose pack	QL(91 cada 84 días)	12	
ASMANEX TWISTHALER 110 MCG/ACTUATION(30 DOSES) BREATH ACTIVATED INHALR	QL(1 cada 30 días)	4	
ASMANEX TWISTHALER 220 MCG/ACTUATION(120 DOSES) BREATH ACTIVATED INHLR	QL(1 cada 30 días)	4	
ASMANEX TWISTHALER 220 MCG/ACTUATION(14 DOSES) BREATH ACTIVATED INHALR	QL(1 cada 30 días)	4	
ASMANEX TWISTHALER 220 MCG/ACTUATION(30 DOSES) BREATH ACTIVATED INHALR	QL(1 cada 30 días)	4	
ASMANEX TWISTHALER 220 MCG/ACTUATION(60 DOSES) BREATH ACTIVATED INHALR	QL(1 cada 30 días)	4	

EDS – Supido extendido de 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
aspirin 25 mg-dipyridamole 200 mg capsule,ext.release 12 hr multiphase EDS			
aspirin 300 mg rectal suppository OTC,EDS			20
aspirin 325 mg tablet OTC,EDS			20
aspirin 325 mg tablet,delayed release OTC,EDS			20
aspirin 500 mg tablet,delayed release OTC,EDS			20
aspirin 81 mg chewable tablet OTC,EDS			20
aspirin 81 mg tablet,delayed release OTC,EDS			20
ASSURE HAEMOLANCE PLUS 18 GAUGE OTC			
ASSURE HAEMOLANCE PLUS 21 GAUGE OTC			
ASSURE HAEMOLANCE PLUS 25 GAUGE OTC			
ASSURE HAEMOLANCE PLUS 28 GAUGE OTC			
ASSURE LANCE 25 GAUGE OTC			
ASSURE LANCE 28 GAUGE OTC			
ASSURE LANCE PLUS 21 GAUGE OTC			
ASSURE LANCE PLUS 25 GAUGE OTC			
ASSURE LANCE PLUS 30 GAUGE OTC			
ASTHMAPACK CHILDREN'S KIT			
atazanavir 150 mg capsule			
atazanavir 200 mg capsule			
atazanavir 300 mg capsule			
atenolol 100 mg tablet EDS			
atenolol 100 mg-chlorthalidone 25 mg tablet EDS			
atenolol 25 mg tablet EDS			
atenolol 50 mg tablet EDS			
atenolol 50 mg-chlorthalidone 25 mg tablet EDS			
atomoxetine 10 mg capsule		6	
atomoxetine 100 mg capsule		6	
atomoxetine 18 mg capsule		6	
atomoxetine 25 mg capsule		6	
atomoxetine 40 mg capsule		6	
atomoxetine 60 mg capsule		6	
atomoxetine 80 mg capsule		6	
atorvastatin 10 mg tablet EDS	QL(30 cada 30 días)		
atorvastatin 20 mg tablet EDS	QL(30 cada 30 días)		
atorvastatin 40 mg tablet EDS	QL(30 cada 30 días)		
atorvastatin 80 mg tablet EDS	QL(30 cada 30 días)		
atovaquone 750 mg/5 ml oral suspension			
atropine 1 % eye drops			
atropine 1 % eye ointment			
ATROPINE SULFATE (PF) 1 % EYE DROPS IN A DROPPERETTE			
ATROVENT HFA 17 MCG/ACTUATION AEROSOL INHALER	QL(25.8 cada 30 días)		
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	

EDS – Supido extendido de 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
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	
AUSTEDO XR 12 MG TABLET,EXTENDED RELEASE	PA,QL(30 cada 30 días)	18	
AUSTEDO XR 24 MG TABLET,EXTENDED RELEASE	PA,QL(30 cada 30 días)	18	
AUSTEDO XR 6 MG TABLET,EXTENDED RELEASE	PA,QL(30 cada 30 días)	18	
AUTO-LANCET MINI OTC			
AUTOJECT 2 INJECTION DEVICE SUBCUTANEOUS INSULIN PEN OTC			
AUTOLET IMPRESSION LANCING DEVICE KIT OTC			
AUTOLET LANCING DEVICE OTC			
AUTOLET PLUS LANCING DEVICE OTC			
AUTOPEN 1 TO 21 UNITS SUBCUTANEOUS OTC			
AUTOPEN 2 TO 42 UNITS SUBCUTANEOUS OTC			
aviane 0.1 mg-20 mcg tablet	QL(91 cada 90 días)	12	
AVONEX 30 MCG/0.5 ML INTRAMUSCULAR PEN KIT	QL(4 cada 28 días)	18	
AVONEX 30 MCG/0.5 ML INTRAMUSCULAR SYRINGE	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 solution for injection	QL(17 cada 28 días)		
AZACTAM 1 GRAM SOLUTION FOR INJECTION			
AZACTAM 2 GRAM SOLUTION FOR INJECTION			
azathioprine 100 mg tablet			
azathioprine 50 mg tablet			
azathioprine 75 mg tablet			
azelaic acid 15 % topical gel			
azelastine 0.05 % eye drops			
azelastine 137 mcg (0.1 %) nasal spray aerosol			
azithromycin 1 gram oral packet			
azithromycin 100 mg/5 ml oral suspension			
azithromycin 200 mg/5 ml oral suspension			
azithromycin 250 mg tablet			
azithromycin 500 mg intravenous solution			
azithromycin 500 mg tablet			
azithromycin 600 mg tablet			
azurette (28) 0.15 mg-0.02 mg (21)/0.01 mg (5) tablet	QL(91 cada 90 días)	12	
bacitracin-polymyxin b 500 unit-10,000 unit/gram eye ointment			
baclofen 10 mg tablet	QL(240 cada 30 días)		

EDS – Supido extendido de 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
baclofen 10 mg/5 ml (2 mg/ml) oral solution	PA,QL(1200 cada 30 días)	12	
baclofen 20 mg tablet	QL(120 cada 30 días)		
baclofen 25 mg/5 ml (5 mg/ml) oral suspension	PA,QL(480 cada 30 días)	12	
baclofen 5 mg tablet			
baclofen 5 mg/5 ml oral solution	PA,QL(2400 cada 30 días)	12	
BACMIN 27 MG IRON-1 MG TABLET OTC			
bacteriostatic water(parabens) injection solution			
balanced salt intraocular solution			
BALCOLTRA 0.1 MG-0.02 MG (21)/IRON (7) TABLET		12	
balziva (28) 0.4 mg-35 mcg tablet	QL(91 cada 90 días)	12	
BANZEL 200 MG TABLET	PA	1	
BANZEL 40 MG/ML ORAL SUSPENSION	PA	1	
BANZEL 400 MG TABLET	PA	1	
BAQSIMI 3 MG/ACTUATION NASAL SPRAY		4	
bayer aspirin 325 mg tablet OTC,EDS			20
bayer aspirin 325 mg tablet,delayed release OTC,EDS			20
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" OTC			
BD ECLIPSE LUER-LOK 1 ML 30 GAUGE X 1/2" SYRINGE OTC			
BD FILTER NEEDLE-5 MICRON 19 X 1 1/2"			
BD INSULIN SYRINGE 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2" OTC			
BD INSULIN SYRINGE 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2" OTC			
BD INSULIN SYRINGE 1 ML 27 GAUGE X 1/2" OTC			
BD INSULIN SYRINGE 1 ML 28 GAUGE X 1/2" OTC			
BD INSULIN SYRINGE 1 ML 29 GAUGE X 1/2" OTC			
BD INSULIN SYRINGE MICRO-FINE 1 ML 28 GAUGE X 1/2" OTC			
BD INSULIN SYRINGE U-500 1/2 ML 31 GAUGE X 15/64"			
BD INSULIN SYRINGE ULTRA-FINE (HALF UNIT) 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16" OTC			
BD INSULIN SYRINGE ULTRA-FINE 0.3 ML 30 GAUGE X 1/2" OTC			
BD INSULIN SYRINGE ULTRA-FINE 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16" OTC			
BD INSULIN SYRINGE ULTRA-FINE 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2" OTC			
BD INSULIN SYRINGE ULTRA-FINE 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16" OTC			
BD INSULIN SYRINGE ULTRA-FINE 1 ML 30 GAUGE X 1/2" OTC			
BD INSULIN SYRINGE ULTRA-FINE 1 ML 31 GAUGE X 5/16" OTC			
BD LO-DOSE MICRO-FINE IV 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2" SYRINGE OTC			
BD MICROTAINER LANCET 1.5 MM X 2 MM OTC			
BD MICROTAINER LANCET 21 GAUGE OTC			
BD MICROTAINER LANCET 30 GAUGE OTC			

EDS – Supido extendido de 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
BD NANO 2ND GEN PEN NEEDLE 32 GAUGE X 5/32" OTC			
BD SAFETYGLIDE ALLERGIST TRAY 1 ML 27 X 1/2" SYRINGE			
BD SAFETYGLIDE INSULIN SYRINGE 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2" OTC			
BD SAFETYGLIDE INSULIN SYRINGE 0.3 ML 31 GAUGE X 15/64" OTC			
BD SAFETYGLIDE INSULIN SYRINGE 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16" OTC			
BD SAFETYGLIDE INSULIN SYRINGE 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2" OTC			
BD SAFETYGLIDE INSULIN SYRINGE 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16" OTC			
BD SAFETYGLIDE INSULIN SYRINGE 0.5 ML 31 GAUGE X 15/64" OTC			
BD SAFETYGLIDE INSULIN SYRINGE 1 ML 29 GAUGE X 1/2" OTC			
BD SAFETYGLIDE INSULIN SYRINGE 1 ML 31 GAUGE X 15/64" OTC			
BD SAFETYGLIDE SYRINGE 1 ML 27 GAUGE X 5/8" OTC			
BD ULTRA-FINE MICRO PEN NEEDLE 32 GAUGE X 1/4" OTC			
BD ULTRA-FINE MINI PEN NEEDLE 31 GAUGE X 3/16" OTC			
BD ULTRA-FINE NANO PEN NEEDLE 32 GAUGE X 5/32" OTC			
BD ULTRA-FINE ORIGINAL PEN NEEDLE 29 GAUGE X 1/2" OTC			
BD ULTRA-FINE SHORT PEN NEEDLE 31 GAUGE X 5/16" OTC			
BD VEO INSULIN SYRINGE ULTRA-FINE (HALF UNIT) 0.3 ML 31 GAUGE X 15/64" OTC			
BD VEO INSULIN SYRINGE ULTRA-FINE 0.3 ML 31 GAUGE X 15/64" OTC			
BD VEO INSULIN SYRINGE ULTRA-FINE 1 ML 31 GAUGE X 15/64" OTC			
BD VEO INSULIN SYRINGE ULTRA-FINE 1/2 ML 31 GAUGE X 15/64" OTC			
BD VERITOR AT-HOME COVID-19 TEST KIT OTC			
belladonna alkaloids-opium 16.2 mg-30 mg rectal suppository		18	
belladonna alkaloids-opium 16.2 mg-60 mg rectal suppository		18	
benazepril 10 mg tablet EDS			
benazepril 10 mg-hydrochlorothiazide 12.5 mg tablet EDS			
benazepril 20 mg tablet EDS			
benazepril 20 mg-hydrochlorothiazide 12.5 mg tablet EDS			
benazepril 20 mg-hydrochlorothiazide 25 mg tablet EDS			
benazepril 40 mg tablet EDS			
benazepril 5 mg tablet EDS			
benazepril 5 mg-hydrochlorothiazide 6.25 mg tablet EDS			
bendamustine 100 mg intravenous powder for solution			
bendamustine 25 mg intravenous powder for solution			
bendamustine 25 mg/ml intravenous solution			

EDS – Supido extendido de 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
BENDEKA 25 MG/ML INTRAVENOUS SOLUTION			
benzonatate 100 mg capsule			20
benzonatate 150 mg capsule			20
benzonatate 200 mg capsule			20
benztropine 0.5 mg tablet EDS		3	
benztropine 1 mg tablet EDS		3	
benztropine 2 mg tablet EDS		3	
BEPREVE 1.5 % EYE DROPS		2	
BERINERT 500 UNIT (10 ML) INTRAVENOUS KIT	PA,QL(16 cada 28 días)	12	
BERINERT 500 UNIT (10 ML) INTRAVENOUS SOLUTION	PA,QL(16 cada 28 días)	12	
betaine 1 gram/scoop oral powder			
betamethasone acetate and sodium phos 6 mg/ml suspension for injection			
betamethasone valerate 0.1 % topical cream			
betamethasone valerate 0.1 % topical ointment			
betamethasone, augmented 0.05 % topical cream			
BETASERON 0.3 MG SUBCUTANEOUS KIT	QL(14 cada 28 días)	18	
BETASERON 0.3 MG SUBCUTANEOUS SOLUTION	QL(14 cada 28 días)	18	
bethanechol chloride 10 mg tablet			
bethanechol chloride 25 mg tablet			
bethanechol chloride 5 mg tablet			
bethanechol chloride 50 mg tablet			
BETHKIS 300 MG/4 ML SOLUTION FOR NEBULIZATION	PA,QL(224 cada 56 días)		
BEXSERO 50 MCG-50 MCG-50 MCG-25 MCG/0.5 ML INTRAMUSCULAR SYRINGE		10	25
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			
BICNU 100 MG INTRAVENOUS SOLUTION			
BIKTARVY 30 MG-120 MG-15 MG TABLET	PA,QL(30 cada 30 días)	3	
BIKTARVY 50 MG-200 MG-25 MG TABLET	PA,QL(30 cada 30 días)	3	
BILTRICIDE 600 MG TABLET			
BINAXNOW COVID-19 AG CARD HOME TEST KIT OTC			
BINAXNOW COVID-19 AG CARD KIT			
BINAXNOW COVID-19 AG SELF TEST KIT OTC			
bisoprolol 10 mg-hydrochlorothiazide 6.25 mg tablet EDS			
bisoprolol 2.5 mg-hydrochlorothiazide 6.25 mg tablet EDS			

EDS – Supido extendido de 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
bisoprolol 5 mg-hydrochlorothiazide 6.25 mg tablet EDS			
bisoprolol fumarate 10 mg tablet EDS			
bisoprolol fumarate 5 mg tablet EDS			
bleomycin 15 unit solution for injection			
bleomycin 30 unit solution for injection			
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	
BLUNT NEEDLE, DISPOSABLE 18 X 1 1/2"			
BOOSTRIX TDAP 2.5 LF UNIT-8 MCG-5 LF/0.5 ML INTRAMUSCULAR SUSPENSION		10	
BOOSTRIX TDAP 2.5 LF UNIT-8 MCG-5 LF/0.5 ML INTRAMUSCULAR SYRINGE		10	
BORTEZOMIB 1 MG INJECTION POWDER FOR SOLUTION			
BORTEZOMIB 1 MG/ML INTRAVENOUS SOLUTION			
BORTEZOMIB 2.5 MG INJECTION POWDER FOR SOLUTION			
BORTEZOMIB 2.5 MG/ML INTRAVENOUS SOLUTION			
bortezomib 3.5 mg injection powder for solution			
bortezomib 3.5 mg intravenous powder for solution			
BOTOX 100 UNIT INJECTION	PA		
BOTOX 200 UNIT INJECTION	PA		
BREATHERITE MDI SPACER			
BREATHERITE SPACER AND MASK, ADULT			
BREATHERITE SPACER AND MASK, CHILD			
BREATHERITE SPACER AND MASK, INFANT			
BREATHERITE SPACER AND MASK, NEONATE			
BREATHERITE SPACER AND MASK, SMALL CHILD			
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 drops			
BRIVIACT 10 MG TABLET	PA		
BRIVIACT 10 MG/ML ORAL SOLUTION	PA		
BRIVIACT 100 MG TABLET	PA		
BRIVIACT 25 MG TABLET	PA		
BRIVIACT 50 MG TABLET	PA		
BRIVIACT 50 MG/5 ML INTRAVENOUS SOLUTION	PA		
BRIVIACT 75 MG TABLET	PA		
brompheniramine-pseudoephedrine-dm 2 mg-30 mg-10 mg/5 ml oral syrup			20
budesonide 0.25 mg/2 ml suspension for nebulization	QL(120 cada 30 días)		
budesonide 0.5 mg/2 ml suspension for nebulization	QL(120 cada 30 días)		
budesonide 1 mg/2 ml suspension for nebulization	QL(120 cada 30 días)		
budesonide dr - er 3 mg capsule,delayed,extended release			
BULLSEYE MINI SAFETY LANCETS 21 GAUGE OTC			

EDS – Supido extendido de 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
BULLSEYE MINI SAFETY LANCETS 25 GAUGE OTC			
BULLSEYE MINI SAFETY LANCETS 28 GAUGE OTC			
bumetanide 0.25 mg/ml injection solution			
bumetanide 0.5 mg tablet EDS			
bumetanide 1 mg tablet EDS			
bumetanide 2 mg tablet EDS			
BUPHENYL 0.94 GRAM/GRAM ORAL POWDER			
BUPHENYL 500 MG TABLET			
bupivacaine (pf) 0.25 % (2.5 mg/ml) injection solution			
bupivacaine (pf) 0.5 % (5 mg/ml) injection solution			
bupivacaine (pf) 0.75 % (7.5 mg/ml) injection solution			
bupivacaine hcl 0.25 % (2.5 mg/ml) injection solution			
bupivacaine hcl 0.5 % (5 mg/ml) injection solution			
bupivacaine-epinephrine (pf) 0.25 %-1:200,000 injection solution			
bupivacaine-epinephrine (pf) 0.5 %-1:200,000 injection solution			
bupivacaine-epinephrine 0.25 %-1:200,000 injection solution			
bupivacaine-epinephrine 0.5 %-1:200,000 injection solution			
buprenorphine 2 mg-naloxone 0.5 mg sublingual tablet	QL(90 cada 30 días)	16	
buprenorphine 8 mg-naloxone 2 mg sublingual tablet	QL(90 cada 30 días)	16	
buprenorphine hcl 2 mg sublingual tablet	QL(90 cada 30 días)	16	
buprenorphine hcl 8 mg sublingual tablet	QL(90 cada 30 días)	16	
bupropion hcl 100 mg tablet	QL(120 cada 30 días)	6	
bupropion hcl 150 mg tablet,12 hr sustained-release(smoking deterrent)	QL(60 cada 30 días)	18	
bupropion hcl 75 mg tablet	QL(180 cada 30 días)	6	
bupropion hcl sr 100 mg tablet,12 hr sustained-release	QL(60 cada 30 días)	6	
bupropion hcl sr 150 mg tablet,12 hr sustained-release	QL(60 cada 30 días)	6	
bupropion hcl sr 200 mg tablet,12 hr sustained-release	QL(60 cada 30 días)	6	
bupropion hcl xl 150 mg 24 hr tablet, extended release	QL(30 cada 30 días)	6	
bupropion hcl xl 300 mg 24 hr tablet, extended release	QL(30 cada 30 días)	6	
buspirone 10 mg tablet			
buspirone 15 mg tablet			
buspirone 30 mg tablet			
buspirone 5 mg tablet			
buspirone 7.5 mg tablet			
butalbital 50 mg-acetaminophen 325 mg tablet			
butalbital 50 mg-acetaminophen 325 mg-caffeine 40 mg-codeine 30 mg cap		12	
butalbital-acetaminophen-caffeine 50 mg-300 mg-40 mg capsule	QL(120 cada 365 días)		
butalbital-acetaminophen-caffeine 50 mg-325 mg-40 mg capsule			
butalbital-acetaminophen-caffeine 50 mg-325 mg-40 mg tablet			
butalbital-aspirin-caffeine 50 mg-325 mg-40 mg capsule	QL(120 cada 365 días)		

EDS – Supido extendido de 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
butalbital-aspirin-caffeine 50 mg-325 mg-40 mg tablet			
BUTRANS 10 MCG/HOUR TRANSDERMAL PATCH	QL(4 cada 28 días)	18	
BUTRANS 15 MCG/HOUR TRANSDERMAL PATCH	QL(4 cada 28 días)	18	
BUTRANS 20 MCG/HOUR TRANSDERMAL PATCH	QL(4 cada 28 días)	18	
BUTRANS 5 MCG/HOUR TRANSDERMAL PATCH	QL(4 cada 28 días)	18	
BUTRANS 7.5 MCG/HOUR TRANSDERMAL PATCH	QL(4 cada 28 días)	18	
BUTTERFLY TOUCH LANCET 30 GAUGE OTC			
CABENUVA 400 MG/2 ML-600 MG/2 ML IM SUSPENSION, EXTENDED RELEASE	PA,QL(6 cada 30 días)	12	
CABENUVA 600 MG/3 ML-900 MG/3 ML IM SUSPENSION, EXTENDED RELEASE	PA,QL(6 cada 30 días)	12	
cabergoline 0.5 mg tablet	QL(16 cada 30 días)		
CABOTEGRAVIR ER 400 MG/2 ML (200 MG/ML) IM SUSPENSION,EXTENDED RELEASE		12	
CABOTEGRAVIR ER 600 MG/3 ML (200 MG/ML) IM SUSPENSION,EXTENDED RELEASE	QL(21 cada 365 días)	12	
caffeine citrate 60 mg/3 ml (20 mg/ml) intravenous solution	QL(90 cada 30 días)		
caffeine citrate 60 mg/3 ml (20 mg/ml) oral solution	QL(90 cada 30 días)		
cal-gest antacid 200 mg calcium (500 mg) chewable tablet OTC			
calcipotriene 0.005 % scalp solution	PA,QL(60 cada 30 días)	18	
calcipotriene 0.005 % topical cream	PA,QL(120 cada 30 días)	18	
calcipotriene 0.005 % topical ointment	PA,QL(120 cada 30 días)	18	
calcitonin (salmon) 200 unit/actuation nasal spray	QL(3.7 cada 28 días)	18	
calcitriol 0.25 mcg capsule			
calcitriol 0.5 mcg capsule			
calcitriol 1 mcg/ml intravenous solution			
calcitriol 1 mcg/ml oral solution			
calcium 600 mg calcium (1,500 mg) tablet OTC			
calcium acetate 667 mg tablet OTC			
calcium acetate 668 mg (169 mg calcium) tablet OTC			20
calcium antacid 200 mg calcium (500 mg) chewable tablet OTC			
calcium antacid 300 mg (750 mg) chewable tablet OTC			
calcium antacid 320 mg calcium (750 mg) chewable tablet OTC			
calcium antacid 400 mg calcium (1,000 mg) chewable tablet OTC			
calcium carbonate 260 mg calcium (648 mg) tablet OTC			
calcium carbonate 500 mg calcium (1,250 mg) tablet OTC			
calcium carbonate 500 mg/5 ml calcium (1,250 mg/5 ml) oral suspension OTC			
calcium carbonate 600 mg calcium (1,500 mg) tablet OTC			
calcium chloride 100 mg/ml (10 %) intravenous solution			
calcium gluconate 100 mg/ml (10 %) intravenous solution			
CALDOLOR 800 MG/200 ML (4 MG/ML) INTRAVENOUS PIGGYBACK			

EDS – Supido extendido de 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
CALDOLOR 800 MG/8 ML (100 MG/ML) INTRAVENOUS SOLUTION			
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 84 días)	12	
camrese lo 0.1 mg-20 mcg (84)/10 mcg (7) tablets,3 month dose pack	QL(91 cada 84 días)	12	
CAPLYTA 10.5 MG CAPSULE	PA,QL(30 cada 30 días)	18	
CAPLYTA 21 MG CAPSULE	PA,QL(30 cada 30 días)	18	
CAPLYTA 42 MG CAPSULE	PA,QL(30 cada 30 días)	18	
CARAFATE 1 GRAM TABLET			
CARAFATE 100 MG/ML ORAL SUSPENSION			
CARBAGLU 200 MG DISPERSIBLE TABLET	PA		
carbamazepine 100 mg chewable tablet			
carbamazepine 100 mg/5 ml oral suspension			
carbamazepine 200 mg tablet			
carbamazepine 200 mg/10 ml oral suspension			
carbamazepine er 100 mg capsule,extended release mphase12hr			
carbamazepine er 100 mg tablet,extended release,12 hr			
carbamazepine er 200 mg capsule,extended release mphase12hr			
carbamazepine er 200 mg tablet,extended release,12 hr			
carbamazepine er 300 mg capsule,extended release mphase12hr			
carbamazepine er 400 mg tablet,extended release,12 hr			
CARBATROL 100 MG CAPSULE, EXTENDED RELEASE	PA		
CARBATROL 200 MG CAPSULE, EXTENDED RELEASE	PA		
CARBATROL 300 MG CAPSULE, EXTENDED RELEASE	PA		
carbidopa 10 mg-levodopa 100 mg tablet EDS		18	
carbidopa 12.5 mg-levodopa 50 mg-entacapone 200 mg tablet		18	
carbidopa 18.75 mg-levodopa 75 mg-entacapone 200 mg tablet		18	
carbidopa 25 mg-levodopa 100 mg tablet EDS		18	
carbidopa 25 mg-levodopa 100 mg-entacapone 200 mg tablet		18	
carbidopa 25 mg-levodopa 250 mg tablet EDS		18	
carbidopa 31.25 mg-levodopa 125 mg-entacapone 200 mg tablet		18	
carbidopa 37.5 mg-levodopa 150 mg-entacapone 200 mg tablet		18	

EDS – Supido extendido de 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
carbidopa 50 mg-levodopa 200 mg-entacapone 200 mg tablet		18	
carbidopa er 25 mg-levodopa 100 mg tablet,extended release EDS		18	
carbidopa er 50 mg-levodopa 200 mg tablet,extended release EDS		18	
carbinoxamine 4 mg tablet			
carboplatin 10 mg/ml intravenous solution			
CARELANCE ULTIMATE COMFORT LANCING DEVICE OTC			
CAREONE LANCING DEVICE OTC			
CAREONE THIN LANCET OTC			
CAREONE ULTRA THIN LANCET OTC			
CARESENS LANCETS 30 GAUGE OTC			
CARESENS PREMIUM COMFORT LANCING DEVICE OTC			
CARESOFT LANCING DEVICE OTC			
CARESTART COVID-19 ANTIGEN HOME TEST KIT OTC			
CARETOUCH LANCING DEVICE OTC			
CARETOUCH SAFETY LANCETS 26 GAUGE OTC			
CARETOUCH SAFETY LANCETS 28 GAUGE OTC			
CARETOUCH TWIST LANCET 28 GAUGE OTC			
CARETOUCH TWIST LANCET 30 GAUGE OTC			
CARETOUCH TWIST LANCET 33 GAUGE OTC			
carteolol 1 % eye drops			
carvedilol 12.5 mg tablet EDS			
carvedilol 25 mg tablet EDS			
carvedilol 3.125 mg tablet EDS			
carvedilol 6.25 mg tablet EDS			
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 gram intravenous solution			
cefazolin 1 gram solution for injection			
cefazolin 10 gram solution for injection			
cefazolin 2 gram intravenous solution			
cefazolin 2 gram solution for injection			
cefazolin 20 gram solution for injection			
cefazolin 3 gram intravenous solution			
cefazolin 500 mg solution for injection			
cefdinir 125 mg/5 ml oral suspension			
cefdinir 250 mg/5 ml oral suspension			
cefdinir 300 mg capsule			
cefepime 1 gram solution for injection	QL(180 cada 30 días)		
cefepime 2 gram solution for injection	QL(90 cada 30 días)		
cefotaxime 1 gram solution for injection			

EDS – Supido extendido de 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
cefotetan 1 gram solution for injection			
cefotetan 10 gram intravenous solution			
cefotetan 2 gram solution for injection			
cefoxitin 1 gram intravenous solution			
cefoxitin 1 gram/50 ml in dextrose, iso-osmotic intravenous piggyback			
cefoxitin 10 gram intravenous solution			
cefoxitin 2 gram intravenous solution			
cefoxitin 2 gram/50 ml in dextrose(iso-osmotic) intravenous piggyback			
cefprozil 125 mg/5 ml oral suspension			
cefprozil 250 mg tablet	QL(120 cada 30 días)		
cefprozil 250 mg/5 ml oral suspension	QL(600 cada 30 días)		
cefprozil 500 mg tablet	QL(120 cada 30 días)		
ceftriaxone 1 gram intravenous solution	QL(60 cada 30 días)		
ceftriaxone 1 gram solution for injection	QL(60 cada 30 días)		
ceftriaxone 1 gram/50 ml in dextrose (iso-osmot) intravenous piggyback			
ceftriaxone 10 gram solution for injection	QL(60 cada 30 días)		
ceftriaxone 2 gram intravenous solution	QL(60 cada 30 días)		
ceftriaxone 2 gram solution for injection	QL(60 cada 30 días)		
ceftriaxone 2 gram/50 ml in dextrose (iso-osm) intravenous piggyback			
ceftriaxone 250 mg solution for injection	QL(60 cada 30 días)		
ceftriaxone 500 mg solution for injection	QL(60 cada 30 días)		
cefuroxime axetil 250 mg tablet			
cefuroxime axetil 500 mg tablet			
cefuroxime sodium 1.5 gram intravenous solution			
cefuroxime sodium 7.5 gram intravenous solution			
cefuroxime sodium 750 mg solution for injection			
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
CELLTRION DIATRUST COVID-19 AG HOME TEST KIT OTC			
centratex 106 mg iron-1 mg capsule OTC			
cephalexin 125 mg/5 ml oral suspension			
cephalexin 250 mg capsule			
cephalexin 250 mg/5 ml oral suspension	QL(2400 cada 30 días)		
cephalexin 500 mg capsule			
cephalexin 750 mg capsule			
cetirizine 1 mg/ml oral solution OTC	QL(300 cada 30 días)		11
cetirizine 1 mg/ml oral solution OTC	QL(300 cada 30 días)		11
cetirizine 10 mg tablet OTC	QL(30 cada 30 días)		20
cetirizine 5 mg tablet OTC	QL(30 cada 30 días)		20

EDS – Supido extendido de 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
cetirizine 5 mg-pseudoephedrine er 120 mg tablet,extended release,12hr OTC			20
CHANTIX 1 MG TABLET	QL(56 cada 28 días)	17	
CHANTIX CONTINUING MONTH BOX 1 MG TABLET	QL(56 cada 28 días)	17	
CHANTIX STARTING MONTH BOX 0.5 MG (11)-1 MG (42) TABLETS IN DOSE PACK	QL(53 cada 28 días)	17	
charlotte 24 fe 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4) chewable tablet	QL(91 cada 90 días)	12	
chateal (28) 0.15 mg-0.03 mg tablet	QL(91 cada 90 días)	12	
chateal eq (28) 0.15 mg-0.03 mg tablet	QL(91 cada 90 días)	12	
CHEST CONGESTION RELIEF 100 MG/5 ML ORAL LIQUID OTC			20
chest congestion relief 400 mg tablet OTC			20
chest congestion relief dm 10 mg-100 mg/5 ml oral syrup OTC			20
chest congestion relief dm 20 mg-400 mg tablet OTC			20
child mucus relief cough 5 mg-100 mg/5 ml oral liquid OTC			20
children's acetaminophen 160 mg chewable tablet OTC			20
children's acetaminophen 160 mg/5 ml oral liquid OTC			20
children's acetaminophen 160 mg/5 ml oral suspension OTC			20
children's all day allergy (cetirizine) 1 mg/ml oral solution OTC	QL(300 cada 30 días)		11
children's allergy (cetirizine) 1 mg/ml oral solution OTC	QL(300 cada 30 días)		11
children's allergy relief (cetirizine) 1 mg/ml oral solution OTC	QL(300 cada 30 días)		11
children's allergy relief (loratadine) 5 mg/5 ml oral solution OTC			20
children's aspirin 81 mg chewable tablet OTC,EDS			20
children's cetirizine 1 mg/ml oral solution OTC	QL(300 cada 30 días)		11
children's mapap 160 mg chewable tablet OTC			20
children's pain and fever relief 160 mg/5 ml oral suspension OTC			20
children's pain relief 160 mg chewable tablet OTC			20
children's pain relief 160 mg/5 ml oral suspension OTC			20
children's pain reliever 160 mg/5 ml oral suspension OTC			20
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 gluconate 0.12 % mouthwash			
chloroquine 250 mg tablet	PA,QL(30 cada 30 días)		
chloroquine 500 mg tablet	PA,QL(60 cada 30 días)		
chlorpromazine 10 mg tablet	QL(120 cada 30 días)	18	
chlorpromazine 100 mg tablet	QL(120 cada 30 días)	18	
chlorpromazine 100 mg/ml oral concentrate			
chlorpromazine 200 mg tablet	QL(150 cada 30 días)	18	
chlorpromazine 25 mg tablet	QL(120 cada 30 días)	18	
chlorpromazine 25 mg/ml injection solution	QL(1200 cada 30 días)	18	
chlorpromazine 30 mg/ml oral concentrate			
chlorpromazine 50 mg tablet	QL(120 cada 30 días)	18	
chlorthalidone 25 mg tablet EDS			
chlorthalidone 50 mg tablet EDS			

EDS – Supido extendido de 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
chlorzoxazone 500 mg tablet			
cholestyramine (with sugar) 4 gram oral powder EDS			
cholestyramine (with sugar) 4 gram powder for susp in a packet EDS			
cholestyramine light 4 gram oral powder			
cholestyramine light 4 gram powder for susp in a packet			
cholestyramine-aspartame 4 gram oral powder for susp in a packet			
chromium chloride 4 mcg/ml intravenous solution			
ciclopirox 0.77 % topical cream			
ciclopirox 0.77 % topical suspension			
ciclopirox 8 % topical solution			
cilostazol 100 mg tablet EDS			
cilostazol 50 mg tablet EDS			
CIMDUO 300 MG-300 MG TABLET	PA,QL(30 cada 30 días)	12	
CIMERLI 0.3 MG/0.05 ML INTRAVITREAL SOLUTION		18	
CIMERLI 0.5 MG/0.05 ML INTRAVITREAL SOLUTION		18	
cinacalcet 30 mg tablet		18	
cinacalcet 60 mg tablet		18	
cinacalcet 90 mg tablet		18	
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 drops			
ciprofloxacin 0.3 %-dexamethasone 0.1 % ear drops,suspension			
ciprofloxacin 100 mg tablet	QL(120 cada 30 días)	12	
ciprofloxacin 200 mg/100 ml in 5 % dextrose intravenous piggyback			
ciprofloxacin 250 mg tablet	QL(120 cada 30 días)	12	
ciprofloxacin 400 mg/200 ml in 5 % dextrose intravenous piggyback			
ciprofloxacin 500 mg tablet	QL(120 cada 30 días)	12	
ciprofloxacin 750 mg tablet	QL(120 cada 30 días)	12	
cisplatin 1 mg/ml intravenous solution			
cisplatin 50 mg intravenous powder for solution			
citalopram 10 mg tablet	QL(30 cada 30 días)	6	
citalopram 10 mg/5 ml oral solution	QL(900 cada 30 días)	6	11
citalopram 20 mg tablet	QL(45 cada 30 días)	6	
citalopram 40 mg tablet	QL(30 cada 30 días)	6	
cladribine 10 mg/10 ml intravenous solution			
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 oral suspension			11

EDS – Supido extendido de 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
clarithromycin 250 mg tablet			
clarithromycin 250 mg/5 ml oral suspension			11
clarithromycin 500 mg tablet			
clarithromycin er 500 mg tablet,extended release 24 hr			
clearlax 17 gram/dose oral powder OTC			20
CLENPIQ 10 MG-3.5 GRAM-12 GRAM/160 ML ORAL SOLUTION		9	
CLENPIQ 10 MG-3.5 GRAM-12 GRAM/175 ML ORAL SOLUTION		9	
CLEOCIN 100 MG VAGINAL SUPPOSITORY			
CLEOCIN 150 MG/ML INJECTION SOLUTION			
CLEOCIN 2 % VAGINAL CREAM			
CLEVER CHEK LANCETS 30 GAUGE OTC			
clindamycin 1 % topical gel	QL(120 cada 30 días)	12	
clindamycin 1.2 % (1 % base)-benzoyl peroxide 5 % topical gel		12	
clindamycin 150 mg/ml injection solution			
clindamycin 75 mg/5 ml oral solution			11
clindamycin hcl 150 mg capsule			
clindamycin hcl 300 mg capsule			
clindamycin hcl 75 mg capsule			
clindamycin pediatric 75 mg/5 ml oral solution			11
clindamycin phosphate 1 % topical solution	QL(120 cada 30 días)	12	
clindamycin phosphate 1 % topical swab		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 6 % IN 5 % DEXTROSE (SULFITE-FREE) INTRAVENOUS SOLUTION			
CLINIMIX 8 % IN 10 % DEXTROSE (SULFITE-FREE) INTRAVENOUS SOLUTION			
CLINIMIX 8 % IN 14 % 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 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			

EDS – Supido extendido de 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
CLINIMIX E 8 % IN 10 % DEXTROSE (SULFITE-FREE) INTRAVENOUS SOLUTION			
CLINIMIX E 8 % IN 14 % DEXTROSE (SULFITE-FREE) INTRAVENOUS SOLUTION			
CLINISOL SF 15 % INTRAVENOUS SOLUTION			
CLINITEST COVID-19 HOME TEST KIT OTC			
clobazam 10 mg tablet		2	
clobazam 2.5 mg/ml oral suspension		2	
clobazam 20 mg tablet		2	
clobetasol 0.05 % scalp solution			
clobetasol 0.05 % topical cream			
clobetasol 0.05 % topical ointment			
clomipramine 25 mg capsule	PA	10	
clomipramine 50 mg capsule	PA	10	
clomipramine 75 mg capsule	PA	10	
clonazepam 0.125 mg disintegrating tablet			
clonazepam 0.25 mg disintegrating tablet			
clonazepam 0.5 mg disintegrating tablet			
clonazepam 0.5 mg tablet	QL(90 cada 30 días)		
clonazepam 1 mg disintegrating tablet			
clonazepam 1 mg tablet	QL(90 cada 30 días)		
clonazepam 2 mg disintegrating tablet			
clonazepam 2 mg tablet	QL(90 cada 30 días)		
clonidine 0.1 mg/24 hr weekly transdermal patch	QL(8 cada 30 días)		
clonidine 0.2 mg/24 hr weekly transdermal patch	QL(8 cada 30 días)		
clonidine 0.3 mg/24 hr weekly transdermal patch	QL(8 cada 30 días)		
clonidine hcl 0.1 mg tablet EDS			
clonidine hcl 0.2 mg tablet EDS			
clonidine hcl 0.3 mg tablet EDS			
clopidogrel 75 mg tablet EDS			
clotrimazole 1 % topical cream			
clotrimazole 1 % topical solution	QL(90 cada 30 días)		
clotrimazole 1 % vaginal cream OTC			20
clotrimazole 10 mg troche			
clotrimazole-3 2 % vaginal cream OTC			20
clotrimazole-betamethasone 1 %-0.05 % topical cream			
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	
COAGUCHEK LANCETS OTC			
codeine sulfate 15 mg tablet		12	
codeine sulfate 30 mg tablet		12	
codeine sulfate 60 mg tablet		12	
colchicine 0.6 mg tablet	QL(6 cada 30 días)	4	
colesevelam 625 mg tablet			
colestipol 1 gram tablet EDS			

EDS – Supido extendido de 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
colistin (colistimethate sodium) 150 mg solution for injection			
COLOR LANCETS 21 GAUGE OTC			
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	QL(8 cada 25 días)		
COMFORT EZ LANCETS 21 GAUGE OTC			
COMFORT EZ LANCETS 23 GAUGE OTC			
COMFORT EZ LANCETS 28 GAUGE OTC			
COMFORT LANCETS OTC			
COMFORT TOUCH PLUS PRESSURE ACTIVATED SAFETY LANCETS 30 GAUGE OTC			
COMFORT TOUCH ULTRA THIN LANCETS 31 GAUGE OTC			
COMIRNATY 2023-24 (12Y UP)(PF) 30 MCG/0.3 ML INTRAMUSCULAR SUSPENSION			
COMIRNATY 2023-24 (12Y UP)(PF) 30 MCG/0.3 ML INTRAMUSCULAR SYRINGE			
COMIRNATY TRIS VACCINE(PF) 30 MCG/0.3 ML INTRAMUSCULAR SUSPENSION			
COMPLERA 200 MG-25 MG-300 MG TABLET	PA,QL(30 cada 30 días)	12	
complete natal dha 29 mg iron-1 mg-200 mg oral pack		12	
CONCERTA 18 MG TABLET,EXTENDED RELEASE		6	
CONCERTA 27 MG TABLET,EXTENDED RELEASE		6	
CONCERTA 36 MG TABLET,EXTENDED RELEASE		6	
CONCERTA 54 MG TABLET,EXTENDED RELEASE		6	
CONDOMS-PREM LUBRICATED OTC			
COPAXONE 20 MG/ML SUBCUTANEOUS SYRINGE	QL(30 cada 30 días)	18	
copper chloride 0.4 mg/ml intravenous solution			
CORDX COVID-19 AG HOME TEST KIT OTC			
COREG CR 10 MG CAPSULE, EXTENDED RELEASE			
COREG CR 20 MG CAPSULE, EXTENDED RELEASE			
COREG CR 40 MG CAPSULE, EXTENDED RELEASE			
COREG CR 80 MG CAPSULE, EXTENDED RELEASE			
CORTROPHIN GEL 80 UNIT/ML INJECTION	PA,QL(45 cada 30 días)		
cough syrup 100 mg/5 ml oral liquid OTC			20
cough syrup dm 10 mg-100 mg/5 ml OTC			20
COVID-19 AT-HOME TEST KIT OTC			
CREON 12,000-38,000-60,000 UNIT CAPSULE,DELAYED RELEASE	PA		
CREON 24,000-76,000-120,000 UNIT CAPSULE,DELAYED RELEASE	PA		
CREON 3,000 UNIT-9,500 UNIT-15,000 UNIT CAPSULE,DELAYED RELEASE	PA		

EDS – Supido extendido de 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
CREON 36,000 UNIT-114,000 UNIT-180,000 UNIT CAPSULE,DELAYED RELEASE	PA		
CREON 6,000-19,000-30,000 UNIT CAPSULE,DELAYED RELEASE	PA		
cromolyn 100 mg/5 ml oral concentrate			
cromolyn 20 mg/2 ml solution for nebulization			
cromolyn 4 % eye drops			
cryselle (28) 0.3 mg-30 mcg tablet	QL(91 cada 90 días)	12	
CUE COVID-19 HOME TEST KIT OTC			
cupric chloride 0.4 mg/ml intravenous solution			
curae 1.5 mg tablet OTC	QL(2 cada 30 días)	12	
CURITY ALCOHOL SWABS OTC			
cyanocobalamin (vit b-12) 1,000 mcg/ml injection solution	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			
cyclopentolate 0.5 % eye drops			
cyclopentolate 1 % eye drops			
cyclopentolate 2 % eye drops			
cyclophosphamide 1 gram intravenous powder for solution			
cyclophosphamide 2 gram intravenous powder for solution			
CYCLOPHOSPHAMIDE 200 MG/ML INTRAVENOUS SOLUTION			
cyclophosphamide 25 mg capsule			
cyclophosphamide 25 mg tablet			
cyclophosphamide 50 mg capsule			
cyclophosphamide 50 mg tablet			
cyclophosphamide 500 mg intravenous powder for solution			
cyclophosphamide 500 mg/ml intravenous solution			
cyclosporine 250 mg/5 ml intravenous solution			
cyclosporine modified 100 mg capsule			
cyclosporine modified 100 mg/ml oral solution			11
cyclosporine modified 25 mg capsule			
cyclosporine modified 50 mg capsule			
CYKLOKAPRON 1,000 MG/10 ML (100 MG/ML) INTRAVENOUS SOLUTION			
cyproheptadine 2 mg/5 ml oral 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	
CYSTAGON 150 MG CAPSULE			
CYSTAGON 50 MG CAPSULE			
CYSTARAN 0.44 % EYE DROPS	QL(60 cada 28 días)		
cytarabine (pf) 100 mg/5 ml (20 mg/ml) injection solution			
cytarabine (pf) 2 gram/20 ml (100 mg/ml) injection solution			
cytarabine (pf) 20 mg/ml injection solution			
cytarabine 20 mg/ml injection solution			
dacarbazine 100 mg intravenous solution			

EDS – Supido extendido de 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
dacarbazine 200 mg intravenous solution			
dalfampridine er 10 mg tablet,extended release,12 hr	QL(60 cada 30 días)	18	
danazol 100 mg capsule			
danazol 200 mg capsule			
danazol 50 mg capsule			
dapsone 100 mg tablet			
dapsone 25 mg tablet			
DAPTACEL (DTAP PEDIATRIC) (PF) 15 LF UNIT-10 MCG-5 LF/0.5 ML IM SUSP		3	6
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 5 mg/ml intravenous solution			
daysee 0.15 mg-30 mcg (84)/10 mcg(7) tablets,3 month dose pack	QL(91 cada 84 días)	12	
DAYTRANA 10 MG/9 HR DAILY PATCH		6	
DAYTRANA 15 MG/9 HR DAILY PATCH		6	
DAYTRANA 20 MG/9 HR DAILY PATCH		6	
DAYTRANA 30 MG/9 HR DAILY PATCH		6	
deblitane 0.35 mg tablet	QL(91 cada 90 días)	12	
decitabine 50 mg intravenous solution			
deferasirox 180 mg tablet		2	
deferasirox 360 mg tablet		2	
deferasirox 90 mg tablet		2	
deferoxamine 2 gram solution for injection			
deferoxamine 500 mg solution for injection			
DELESTROGEN 10 MG/ML INTRAMUSCULAR OIL			
DELESTROGEN 20 MG/ML INTRAMUSCULAR OIL			
DELESTROGEN 40 MG/ML INTRAMUSCULAR OIL			
DELSTRIGO 100 MG-300 MG-300 MG TABLET	PA,QL(30 cada 30 días)	12	
DENAVIR 1 % TOPICAL CREAM	QL(5 cada 30 días)		
DEPAKOTE 125 MG TABLET,DELAYED RELEASE	PA		
DEPAKOTE 250 MG TABLET,DELAYED RELEASE	PA		
DEPAKOTE 500 MG TABLET,DELAYED RELEASE	PA		
DEPAKOTE ER 250 MG TABLET,EXTENDED RELEASE	PA		
DEPAKOTE ER 500 MG TABLET,EXTENDED RELEASE	PA		
DEPAKOTE SPRINKLES 125 MG CAPSULE,DELAYED RELEASE	PA		
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	
DERMA-SMOOTHE/FS BODY OIL 0.01 %			
DERMA-SMOOTHE/FS SCALP OIL 0.01 %			
DERMOTIC OIL 0.01 % EAR DROPS			
DESCOVY 120 MG-15 MG TABLET	QL(30 cada 30 días)		
DESCOVY 200 MG-25 MG TABLET	QL(30 cada 30 días)		

EDS – Supido extendido de 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
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	
desloratadine 5 mg tablet			
desmopressin 0.1 mg tablet			
desmopressin 0.2 mg tablet			
desmopressin 10 mcg/spray (0.1 ml) nasal spray (non-refrigerated)			
desmopressin 4 mcg/ml injection solution			
desogestrel 0.15 mg-ethinyl estradiol 0.03 mg tablet	QL(91 cada 90 días)	12	
desogestrel-e.estradiol 0.15 mg-0.02 mg(21)/e.estrad 0.01 mg(5) tablet	QL(91 cada 90 días)	12	
desvenlafaxine succinate er 100 mg tablet,extended release 24 hr	QL(30 cada 30 días)	18	
desvenlafaxine succinate er 25 mg tablet,extended release 24 hr	QL(30 cada 30 días)	18	
desvenlafaxine succinate er 50 mg tablet,extended release 24 hr	QL(30 cada 30 días)	18	
dexamethasone 0.5 mg tablet **EDS**			
dexamethasone 0.5 mg/5 ml oral elixir			
dexamethasone 0.5 mg/5 ml oral solution			
dexamethasone 0.75 mg tablet **EDS**			
dexamethasone 1 mg tablet **EDS**			
dexamethasone 1.5 mg tablet **EDS**			
dexamethasone 2 mg tablet **EDS**			
dexamethasone 4 mg tablet **EDS**			
dexamethasone 6 mg tablet **EDS**			
dexamethasone sodium phosphate (pf) 10 mg/ml injection solution			
dexamethasone sodium phosphate (pf) 10 mg/ml injection syringe			
dexamethasone sodium phosphate 0.1 % eye drops			
dexamethasone sodium phosphate 10 mg/ml injection solution			
dexamethasone sodium phosphate 4 mg/ml injection solution			
dexamethasone sodium phosphate 4 mg/ml injection syringe **EDS**			
DEXILANT 30 MG CAPSULE, DELAYED RELEASE	QL(30 cada 30 días)	12	
DEXILANT 60 MG CAPSULE, DELAYED RELEASE	QL(30 cada 30 días)	12	
dexmethylphenidate 10 mg tablet			
dexmethylphenidate 2.5 mg tablet			
dexmethylphenidate 5 mg tablet			

EDS – Supido extendido de 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
dexmethylphenidate er 10 mg capsule,extended release biphasic50-50	QL(30 cada 30 días)	6	
dexmethylphenidate er 15 mg capsule,extended release biphasic50-50	QL(30 cada 30 días)	6	
dexmethylphenidate er 20 mg capsule,extended release biphasic50-50	QL(30 cada 30 días)	6	
dexmethylphenidate er 25 mg capsule,extended release biphasic50-50		6	
dexmethylphenidate er 30 mg capsule,extended release biphasic50-50		6	
dexmethylphenidate er 35 mg capsule,extended release biphasic50-50		6	
dexmethylphenidate er 40 mg capsule,extended release biphasic50-50		6	
dexmethylphenidate er 5 mg capsule,extended release biphasic50-50	QL(30 cada 30 días)	6	
dexrazoxane hcl 250 mg intravenous solution		18	
dexrazoxane hcl 500 mg intravenous solution		18	
dextroamphetamine sulfate 10 mg tablet		3	
dextroamphetamine sulfate 5 mg tablet		3	
dextroamphetamine-amphetamine 10 mg tablet		3	
dextroamphetamine-amphetamine 12.5 mg tablet		3	
dextroamphetamine-amphetamine 15 mg tablet		3	
dextroamphetamine-amphetamine 20 mg tablet		3	
dextroamphetamine-amphetamine 30 mg tablet		3	
dextroamphetamine-amphetamine 5 mg tablet		3	
dextroamphetamine-amphetamine 7.5 mg tablet		3	
dextromethorphan-guaifenesin 10 mg-100 mg/5 ml oral liquid OTC			20
dextromethorphan-guaifenesin 10 mg-100 mg/5 ml oral syrup OTC			20
dextromethorphan-guaifenesin 20 mg-400 mg tablet OTC			20
dextromethorphan-guaifenesin 5 mg-100 mg/5 ml oral liquid OTC			20
dextromethorphan-guaifenesin er 60 mg-1,200 mg tab,extend release,12hr OTC			20
dextrose 10 % and 0.2 % sodium chloride intravenous solution			
dextrose 10 % and 0.45 % sodium chloride intravenous solution			
dextrose 10 % in water (d10w) intravenous solution			
dextrose 2.5 % and 0.45 % sodium chloride intravenous solution			
dextrose 20 % in water (d20w) intravenous solution			
dextrose 25 % in water (d25w) intravenous syringe			
dextrose 30 % in water (d30w) intravenous solution			
dextrose 40 % in water (d40w) intravenous solution			

EDS – Supido extendido de 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
dextrose 5 % and 0.2 % sodium chloride intravenous solution			
dextrose 5 % and 0.45 % sodium chloride intravenous solution			
dextrose 5 % and 0.9 % sodium chloride intravenous solution			
dextrose 5 % and lactated ringers intravenous solution			
dextrose 5 % in water (d5w) intravenous piggyback			
dextrose 5 % in water (d5w) intravenous solution			
dextrose 5% and 0.3 % sodium chloride intravenous solution			
dextrose 50 % in water (d50w) intravenous solution			
dextrose 50 % in water (d50w) intravenous syringe			
dextrose 70 % in water (d70w) intravenous solution			
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	PA,QL(2 cada 30 días)		18
DIASTAT ACUDIAL 12.5 MG-15 MG-17.5 MG-20 MG RECTAL KIT	PA,QL(2 cada 30 días)		18
DIASTAT ACUDIAL 5 MG-7.5 MG-10 MG RECTAL KIT	PA,QL(2 cada 30 días)		18
diazepam 10 mg tablet	QL(120 cada 30 días)		
diazepam 12.5 mg-15 mg-17.5 mg-20 mg rectal kit	QL(2 cada 30 días)		18
diazepam 2 mg tablet	QL(120 cada 30 días)		
diazepam 2.5 mg rectal kit	QL(2 cada 30 días)		18
diazepam 5 mg tablet	QL(120 cada 30 días)		
diazepam 5 mg-7.5 mg-10 mg rectal kit	QL(2 cada 30 días)		18
diazepam 5 mg/5 ml (1 mg/ml) oral solution	QL(1200 cada 30 días)		
diazepam 5 mg/5 ml (1 mg/ml, 5 ml) oral solution			
DICLEGIS 10 MG-10 MG TABLET,DELAYED RELEASE	QL(120 cada 30 días)	18	
diclofenac 0.1 % eye drops			
diclofenac 1 % topical gel			
diclofenac 3 % topical gel	PA,QL(200 cada 30 días)	18	
diclofenac sodium 25 mg tablet,delayed release			
diclofenac sodium 50 mg tablet,delayed release			
diclofenac sodium 75 mg tablet,delayed release			
dicloxacillin 250 mg capsule			
dicloxacillin 500 mg capsule			
dicyclomine 10 mg capsule			
dicyclomine 10 mg/5 ml oral solution			
dicyclomine 20 mg tablet			
didanosine 250 mg capsule,delayed release			
didanosine 400 mg capsule,delayed release			
DIFFERIN 0.1 % LOTION		12	
DIFFERIN 0.1 % TOPICAL CREAM		12	
difluprednate 0.05 % eye drops			
digoxin 125 mcg (0.125 mg) tablet EDS			
digoxin 250 mcg (0.25 mg) tablet EDS			

EDS – Supido extendido de 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
digoxin 50 mcg/ml (0.05 mg/ml) oral solution			
DILANTIN 30 MG CAPSULE	PA		
DILANTIN EXTENDED 100 MG CAPSULE	PA		
DILANTIN-125 125 MG/5 ML ORAL SUSPENSION	PA		
diltiazem 120 mg tablet EDS			
diltiazem 30 mg tablet EDS			
diltiazem 60 mg tablet EDS			
diltiazem 90 mg tablet EDS			
diltiazem cd 120 mg capsule,extended release 24 hr EDS			
diltiazem cd 180 mg capsule,extended release 24 hr EDS			
diltiazem cd 240 mg capsule,extended release 24 hr EDS			
diltiazem cd 300 mg capsule,extended release 24 hr EDS			
diltiazem cd 360 mg capsule,extended release 24 hr EDS			
diltiazem er (xr/xt) 120 mg capsule,extended release 24 hr, controlled EDS			
diltiazem er (xr/xt) 180 mg capsule,extended release 24 hr, controlled EDS			
diltiazem er (xr/xt) 240 mg capsule,extended release 24 hr, controlled EDS			
diltiazem er 120 mg capsule,24 hr,extended release EDS			
diltiazem er 120 mg capsule,extended release 12 hr EDS			
diltiazem er 180 mg capsule,24 hr,extended release EDS			
diltiazem er 240 mg capsule,24 hr,extended release EDS			
diltiazem er 300 mg capsule,24 hr,extended release EDS			
diltiazem er 360 mg capsule,24 hr,extended release EDS			
diltiazem er 420 mg capsule,24 hr,extended release EDS			
diltiazem er 60 mg capsule,extended release 12 hr EDS			
diltiazem er 90 mg capsule,extended release 12 hr EDS			
diluent for decitabine (potassium ph monobasic,sodium hydrox) iv soln			
diluent for melphalan (sodium citrate) 10 ml intravenous solution			
dimethyl fumarate 120 mg (14)-240 mg (46) capsule,delayed release	QL(60 cada 30 días)	18	
dimethyl fumarate 120 mg capsule,delayed release	QL(60 cada 30 días)	18	
dimethyl fumarate 240 mg capsule,delayed release	QL(60 cada 30 días)	18	
diphenhydramine 12.5 mg/5 ml oral elixir OTC			
diphenhydramine 12.5 mg/5 ml oral elixir OTC			
diphenhydramine 50 mg/ml injection solution			
diphenhydramine 50 mg/ml injection syringe			
diphenoxylate-atropine 2.5 mg-0.025 mg tablet			
dipyridamole 25 mg tablet EDS			
dipyridamole 50 mg tablet EDS			
dipyridamole 75 mg tablet EDS			
disulfiram 250 mg tablet			
disulfiram 500 mg tablet			
DIURIL 250 MG/5 ML ORAL SUSPENSION			11

EDS – Supido extendido de 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
divalproex 125 mg capsule,delayed release sprinkle			
divalproex 125 mg tablet,delayed release			
divalproex 250 mg tablet,delayed release			
divalproex 500 mg tablet,delayed release			
divalproex er 250 mg tablet,extended release 24 hr			
divalproex er 500 mg tablet,extended release 24 hr			
dobutamine 1,000 mg/250 ml(4,000 mcg/ml) in 5 % dextrose iv			
dobutamine 250 mg/20 ml (12.5 mg/ml) intravenous solution			
dobutamine 250 mg/250 ml (1 mg/ml) in 5 % dextrose intravenous			
dobutamine 500 mg/250 ml (2,000 mcg/ml) in 5 % dextrose iv			
docetaxel 160 mg/16 ml (10 mg/ml) intravenous solution			
docetaxel 160 mg/8 ml (20 mg/ml) intravenous solution			
docetaxel 20 mg/2 ml (10 mg/ml) intravenous solution			
docetaxel 20 mg/ml (1 ml) intravenous solution		18	
docetaxel 80 mg/4 ml (20 mg/ml) intravenous solution		18	
docetaxel 80 mg/8 ml (10 mg/ml) intravenous solution			
dodex 1,000 mcg/ml injection solution	QL(2 cada 28 días)		
dofetilide 125 mcg capsule			
dofetilide 250 mcg capsule			
dofetilide 500 mcg capsule			
dolishale 90 mcg-20 mcg (28) tablet	QL(91 cada 90 días)	12	
donepezil 10 mg disintegrating tablet		18	
donepezil 10 mg tablet		18	
donepezil 5 mg disintegrating tablet		18	
donepezil 5 mg tablet	QL(60 cada 30 días)	18	
dorzolamide 2 % eye drops			
dorzolamide 22.3 mg-timolol 6.8 mg/ml eye drops	QL(10 cada 30 días)		
DOVATO 50 MG-300 MG TABLET	PA,QL(30 cada 30 días)	18	
doxazosin 1 mg tablet EDS			
doxazosin 2 mg tablet EDS			
doxazosin 4 mg tablet EDS			
doxazosin 8 mg tablet EDS			
doxepin 10 mg capsule	QL(240 cada 30 días)	12	
doxepin 10 mg/ml oral concentrate	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 % topical 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 capsule			
doxercalciferol 1 mcg capsule			

EDS – Supido extendido de 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
doxercalciferol 2.5 mcg capsule			
doxercalciferol 4 mcg/2 ml intravenous solution			
doxorubicin 10 mg intravenous solution			
doxorubicin 10 mg/5 ml intravenous solution			
doxorubicin 2 mg/ml intravenous solution			
doxorubicin 20 mg/10 ml intravenous solution			
doxorubicin 50 mg intravenous solution			
doxorubicin 50 mg/25 ml intravenous solution			
doxorubicin, pegylated liposomal 2 mg/ml intravenous suspension	QL(60 cada 28 días)	18	
doxycycline hyclate 100 mg capsule			
doxycycline hyclate 100 mg tablet			
doxycycline hyclate 150 mg tablet			
doxycycline hyclate 20 mg tablet			
doxycycline hyclate 50 mg capsule			
doxycycline hyclate 50 mg tablet			
doxycycline hyclate 75 mg tablet			
droperidol 2.5 mg/ml injection solution		18	
DROPLET GENTEEL LANCING DEVICE OTC			
DROPLET LANCETS 30 GAUGE OTC			
DROPLET LANCING DEVICE OTC			
drospiren-e.estrad-l.mefol 3 mg-0.02 mg-0.451 mg(24)/0.451 mg(4)tablet	QL(91 cada 90 días)	12	
drospiren-e.estrad-l.mefol 3 mg-0.03 mg-0.451 mg(21)/0.451 mg(7)tablet	QL(91 cada 90 días)	12	
drospirenone 3 mg-ethinyl estradiol 0.02 mg tablet	QL(91 cada 90 días)	12	
drospirenone 3 mg-ethinyl estradiol 0.03 mg tablet	QL(91 cada 90 días)	12	
DULERA 100 MCG-5 MCG/ACTUATION HFA AEROSOL INHALER	QL(13 cada 30 días)	5	
DULERA 200 MCG-5 MCG/ACTUATION HFA AEROSOL INHALER	QL(13 cada 30 días)	5	
DULERA 50 MCG-5 MCG/ACTUATION HFA AEROSOL INHALER	QL(13 cada 30 días)	5	
duloxetine 20 mg capsule,delayed release	QL(60 cada 30 días)	6	
duloxetine 30 mg capsule,delayed release	QL(60 cada 30 días)	6	
duloxetine 60 mg capsule,delayed release	QL(60 cada 30 días)	6	
DUPIXENT 100 MG/0.67 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE	PA		
DUPIXENT 200 MG/1.14 ML SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR	PA		
DUPIXENT 200 MG/1.14 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE	PA,QL(2.28 cada 28 días)		
DUPIXENT 300 MG/2 ML SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR	PA,QL(8 cada 28 días)		
DUPIXENT 300 MG/2 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE	PA,QL(8 cada 28 días)		
DUREX AVANTI BARE REAL FEEL CONDOM OTC			
dutasteride 0.5 mg capsule			
DYMISTA 137 MCG-50 MCG/SPRAY NASAL SPRAY			
DYSPORT 300 UNIT INTRAMUSCULAR SOLUTION	PA		
DYSPORT 500 UNIT INTRAMUSCULAR SOLUTION	PA		
E-Z JECT LANCETS OTC			
E-Z JECT LANCETS 26 GAUGE OTC			
E-Z JECT LANCETS 30 GAUGE OTC			

EDS – Supido extendido de 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
E-Z JECT LANCETS 32 GAUGE OTC			
E-Z JECT LANCETS 33 GAUGE OTC			
E-Z JECT THIN LANCETS 28 GAUGE OTC			
EASIVENT HOLDING CHAMBER			
EASIVENT MASK LARGE			
EASIVENT MASK MEDIUM			
EASIVENT MASK SMALL			
EASY COMFORT LANCETS 30 GAUGE OTC			
EASY MINI EJECT LANCING DEVICE OTC			
EASY TOUCH ALCOHOL PREP PADS OTC			
EASY TOUCH LANCETS 26 GAUGE OTC			
EASY TOUCH LANCETS 28 GAUGE OTC			
EASY TOUCH LANCETS 30 GAUGE OTC			
EASY TOUCH LANCETS 32 GAUGE OTC			
EASY TOUCH LANCING DEVICE OTC			
EASY TOUCH SAFETY LANCETS 21 GAUGE OTC			
EASY TOUCH SAFETY LANCETS 23 GAUGE OTC			
EASY TOUCH SAFETY LANCETS 26 GAUGE OTC			
EASY TOUCH SAFETY LANCETS 28 GAUGE OTC			
EASY TOUCH SAFETY LANCETS 30 GAUGE OTC			
EASY TOUCH SAFETY LANCETS 32 GAUGE OTC			
EASY TOUCH TWIST LANCETS 26 GAUGE OTC			
EASY TOUCH TWIST LANCETS 28 GAUGE OTC			
EASY TOUCH TWIST LANCETS 30 GAUGE OTC			
EASY TOUCH TWIST LANCETS 32 GAUGE OTC			
EASY TOUCH TWIST LANCETS 33 GAUGE OTC			
EASY TWIST AND CAP LANCETS 28 GAUGE OTC			
ECLIPSE NEEDLE 23 GAUGE X 1"			
ECLIPSE NEEDLE 25 GAUGE 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 1 % topical cream	QL(90 cada 30 días)		
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			20
EDURANT 25 MG TABLET	PA,QL(30 cada 30 días)	12	
efavirenz 200 mg capsule			
efavirenz 400 mg-lamivudine 300 mg-tenofovir disoproxil 300 mg tablet	PA,QL(30 cada 30 días)	12	
efavirenz 50 mg capsule			
efavirenz 600 mg tablet			
efavirenz 600 mg-emtricitabine 200 mg-tenofovir disoprox 300 mg tablet	PA,QL(30 cada 30 días)	12	
efavirenz 600 mg-lamivudine 300 mg-tenofovir disoproxil 300 mg tablet	PA,QL(30 cada 30 días)	12	

EDS – Supido extendido de 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
EFFER-K 10 MEQ EFFERVESCENT TABLET			
EFFER-K 20 MEQ EFFERVESCENT TABLET			
effer-k 25 meq effervescent tablet			
EFUDEX 5 % TOPICAL CREAM			
electrolyte-48 in d5w intravenous solution			
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 TABLET	QL(120 cada 30 días)	18	
ELIQUIS DVT-PE TREATMENT 30-DAY STARTER 5 MG (74 TABLETS) IN DOSE PACK	QL(74 cada 30 días)	18	
elite-ob 50 mg iron-1.25 mg tablet		12	
ELLA 30 MG TABLET	QL(2 cada 30 días)	12	
ELLENCE 200 MG/100 ML INTRAVENOUS SOLUTION	PA	18	
ELLENCE 50 MG/25 ML INTRAVENOUS SOLUTION	PA	18	
ELLUME COVID-19 HOME TEST KIT OTC			
eluryng 0.12 mg-0.015 mg/24 hr vaginal ring	QL(1 cada 21 días)	12	
EMBRACE LANCETS 30 GAUGE OTC			
EMGALITY 120 MG/ML SUBCUTANEOUS SYRINGE		18	
EMGALITY PEN 120 MG/ML SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR		18	
emtricitabine 100 mg-tenofovir disoproxil fumarate 150 mg tablet	QL(30 cada 30 días)		
emtricitabine 133 mg-tenofovir disoproxil fumarate 200 mg tablet	QL(30 cada 30 días)		
emtricitabine 167 mg-tenofovir disoproxil fumarate 250 mg tablet	QL(30 cada 30 días)		
emtricitabine 200 mg capsule			
emtricitabine 200 mg-tenofovir disoproxil fumarate 300 mg tablet	QL(30 cada 30 días)		
EMTRIVA 10 MG/ML ORAL SOLUTION			
enalapril 10 mg-hydrochlorothiazide 25 mg tablet EDS			
enalapril 5 mg-hydrochlorothiazide 12.5 mg tablet EDS			
enalapril maleate 10 mg tablet EDS			
enalapril maleate 2.5 mg tablet EDS			
enalapril maleate 20 mg tablet EDS			
enalapril maleate 5 mg tablet EDS			
ENBREL 25 MG (1 ML) SUBCUTANEOUS POWDER FOR SOLUTION	PA,QL(8 cada 28 días)	2	
ENBREL 25 MG/0.5 ML (0.5 ML) SUBCUTANEOUS SYRINGE	PA,QL(4 cada 28 días)	2	
ENBREL 25 MG/0.5 ML SUBCUTANEOUS SOLUTION	PA	2	
ENBREL 50 MG/ML (1 ML) SUBCUTANEOUS SYRINGE	PA,QL(8 cada 28 días)	2	
ENBREL MINI 50 MG/ML (1 ML) SUBCUTANEOUS CARTRIDGE	PA,QL(8 cada 28 días)	2	
ENBREL SURECLICK 50 MG/ML (1 ML) SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR	PA,QL(8 cada 28 días)	2	

EDS – Supido extendido de 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
ENDARI 5 GRAM ORAL POWDER PACKET	PA,QL(180 cada 30 días)	5	
ENEMEEZ 283 MG/5 ML ENEMA OTC		12	20
ENEMEEZ PLUS 283 MG-20 MG/5 ML ENEMA OTC		12	20
ENGERIX-B (PF) 20 MCG/ML INTRAMUSCULAR SUSPENSION		3	
ENGERIX-B (PF) 20 MCG/ML INTRAMUSCULAR SYRINGE		3	
ENGERIX-B PEDIATRIC (PF) 10 MCG/0.5 ML INTRAMUSCULAR SYRINGE		3	
enilloring 0.12 mg-0.015 mg/24 hr vaginal ring	QL(1 cada 21 días)	12	
enoxaparin 100 mg/ml subcutaneous syringe	QL(60 cada 30 días)		
enoxaparin 120 mg/0.8 ml subcutaneous syringe	QL(48 cada 30 días)		
enoxaparin 150 mg/ml subcutaneous syringe	QL(60 cada 30 días)		
enoxaparin 30 mg/0.3 ml subcutaneous syringe	QL(18 cada 30 días)		
enoxaparin 300 mg/3 ml subcutaneous solution	QL(90 cada 30 días)		
enoxaparin 40 mg/0.4 ml subcutaneous syringe	QL(24 cada 30 días)		
enoxaparin 60 mg/0.6 ml subcutaneous syringe	QL(36 cada 30 días)		
enoxaparin 80 mg/0.8 ml subcutaneous syringe	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	
entacapone 200 mg tablet	QL(240 cada 30 días)	18	
entecavir 0.5 mg tablet			
entecavir 1 mg tablet			
ENTRESTO 24 MG-26 MG TABLET	QL(60 cada 30 días)	1	
ENTRESTO 49 MG-51 MG TABLET	QL(60 cada 30 días)	1	
ENTRESTO 97 MG-103 MG TABLET	QL(60 cada 30 días)	1	
EPIDIOLEX 100 MG/ML ORAL SOLUTION	PA	1	
epinephrine (jr) 0.15 mg/0.3 ml injection,auto-injector	QL(2 cada 30 días)		
epinephrine 0.3 mg/0.3 ml injection, auto-injector	QL(2 cada 30 días)		
EPIPEN 2-PAK 0.3 MG/0.3 ML INJECTION, AUTO-INJECTOR	QL(2 cada 30 días)		
EPIPEN JR 2-PAK 0.15 MG/0.3 ML INJECTION,AUTO-INJECTOR	QL(2 cada 30 días)		
epitol 200 mg tablet	PA		
EPIVIR HBV 25 MG/5 ML (5 MG/ML) ORAL SOLUTION			11
eplerenone 25 mg tablet EDS			
eplerenone 50 mg tablet EDS			
EPOGEN 10,000 UNIT/ML INJECTION SOLUTION	PA		
EPOGEN 2,000 UNIT/ML INJECTION SOLUTION	PA		
EPOGEN 20,000 UNIT/ML INJECTION SOLUTION	PA		
EPOGEN 3,000 UNIT/ML INJECTION SOLUTION	PA		
EPOGEN 4,000 UNIT/ML INJECTION SOLUTION	PA		
epoprostenol (glycine) 0.5 mg intravenous solution			
epoprostenol (glycine) 1.5 mg intravenous solution			
epoprostenol 0.5 mg intravenous solution			
epoprostenol 1.5 mg intravenous solution			
EQUETRO 100 MG CAPSULE, EXTENDED RELEASE	PA	6	
EQUETRO 200 MG CAPSULE, EXTENDED RELEASE	PA	6	
EQUETRO 300 MG CAPSULE, EXTENDED RELEASE	PA	6	
ergocalciferol (vitamin d2) 1,250 mcg (50,000 unit) capsule			

EDS – Supido extendido de 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
erlotinib 100 mg tablet	QL(30 cada 30 días)	18	
erlotinib 150 mg tablet	QL(30 cada 30 días)	18	
erlotinib 25 mg tablet	QL(30 cada 30 días)	18	
errin 0.35 mg tablet	QL(91 cada 90 días)	12	
ertapenem 1 gram solution for injection			
erythromycin 5 mg/gram (0.5 %) eye ointment			
erythromycin ethylsuccinate 200 mg/5 ml oral powder for suspension			
erythromycin-benzoyl peroxide 3 %-5 % topical gel		12	
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	
esomeprazole magnesium 20 mg capsule,delayed release OTC	QL(30 cada 30 días)		
esomeprazole magnesium 20 mg capsule,delayed release OTC	QL(30 cada 30 días)		
esomeprazole magnesium 40 mg capsule,delayed release	QL(30 cada 30 días)		
estarylla 0.25 mg-35 mcg tablet	QL(91 cada 90 días)	12	
estazolam 1 mg tablet	QL(30 cada 30 días)		
estazolam 2 mg tablet	QL(30 cada 30 días)		
esterified estrogens-methyltestosterone 0.625 mg-1.25 mg tablet			
esterified estrogens-methyltestosterone 1.25 mg-2.5 mg tablet			
estradiol 0.025 mg/24 hr weekly transdermal patch	QL(4 cada 28 días)		
estradiol 0.0375 mg/24 hr weekly transdermal patch	QL(4 cada 28 días)		
estradiol 0.05 mg/24 hr weekly transdermal patch	QL(4 cada 28 días)		
estradiol 0.06 mg/24 hr weekly transdermal patch	QL(4 cada 28 días)		
estradiol 0.075 mg/24 hr weekly transdermal patch	QL(4 cada 28 días)		
estradiol 0.1 mg/24 hr weekly transdermal patch	QL(4 cada 28 días)		
estradiol 0.5 mg tablet EDS			
estradiol 1 mg tablet EDS			
estradiol 2 mg tablet EDS			
estradiol-norethindrone acet 0.5 mg-0.1 mg tablet		18	
estradiol-norethindrone acet 1 mg-0.5 mg tablet		18	
ESTRING 2 MG (7.5 MCG/24 HOUR) VAGINAL RING	QL(1 cada 84 días)		
eszopiclone 1 mg tablet	QL(90 cada 365 días)	18	
eszopiclone 2 mg tablet	QL(90 cada 365 días)	18	
eszopiclone 3 mg tablet	QL(90 cada 365 días)	18	
ethambutol 100 mg tablet			
ethambutol 400 mg tablet			
ethosuximide 250 mg capsule			
ethosuximide 250 mg/5 ml oral solution			
ethynodiol diacetate-ethinyl estradiol 1 mg-35 mcg tablet	QL(91 cada 90 días)	12	
ethynodiol diacetate-ethinyl estradiol 1 mg-50 mcg tablet	QL(91 cada 90 días)	12	
etonogestrel 0.12 mg-ethinyl estradiol 0.015 mg/24 hr vaginal ring	QL(1 cada 21 días)	12	
etoposide 20 mg/ml intravenous solution			

EDS – Supido extendido de 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
EUCRISA 2 % TOPICAL OINTMENT	PA,QL(60 cada 30 días)		
everolimus (antineoplastic) 10 mg tablet	QL(30 cada 30 días)	1	
everolimus (antineoplastic) 2.5 mg tablet	QL(30 cada 30 días)	1	
everolimus (antineoplastic) 5 mg tablet	QL(30 cada 30 días)	1	
everolimus (antineoplastic) 7.5 mg tablet	QL(30 cada 30 días)	1	
everolimus (immunosuppressive) 0.25 mg tablet		18	
everolimus (immunosuppressive) 0.5 mg tablet		18	
everolimus (immunosuppressive) 0.75 mg tablet		18	
everolimus (immunosuppressive) 1 mg tablet		18	
EVOTAZ 300 MG-150 MG TABLET	PA,QL(30 cada 30 días)	12	
EXELON PATCH 13.3 MG/24 HOUR TRANSDERMAL		18	
EXELON PATCH 4.6 MG/24 HOUR TRANSDERMAL		18	
EXELON PATCH 9.5 MG/24 HOUR TRANSDERMAL		18	
exemestane 25 mg tablet	QL(30 cada 30 días)	18	
EZ SMART LANCETS 28 GAUGE OTC			
EZ-LETS 26 GAUGE OTC			
ezetimibe 10 mg tablet EDS	QL(30 cada 30 días)	10	
FABRAZYME 35 MG INTRAVENOUS SOLUTION	PA	2	
FABRAZYME 5 MG INTRAVENOUS SOLUTION	PA	2	
falmina (28) 0.1 mg-20 mcg tablet	QL(91 cada 90 días)	12	
famotidine (pf) 20 mg/2 ml intravenous solution			
famotidine (pf) 20 mg/50 ml in 0.9 % nacl (iso) intravenous piggyback			
famotidine 10 mg/ml intravenous solution			
famotidine 20 mg tablet	QL(60 cada 30 días)		
famotidine 40 mg tablet	QL(60 cada 30 días)		
famotidine 40 mg/5 ml (8 mg/ml) oral suspension			11
FANAPT 1 MG TABLET	QL(60 cada 30 días)	18	
FANAPT 10 MG TABLET	QL(60 cada 30 días)	18	
FANAPT 12 MG TABLET	QL(60 cada 30 días)	18	
FANAPT 2 MG TABLET	QL(60 cada 30 días)	18	
FANAPT 4 MG TABLET	QL(60 cada 30 días)	18	
FANAPT 6 MG TABLET	QL(60 cada 30 días)	18	
FANAPT 8 MG TABLET	QL(60 cada 30 días)	18	
FANTASY CONDOM OTC			
FARXIGA 10 MG TABLET	QL(30 cada 30 días)	18	
FARXIGA 5 MG TABLET	QL(30 cada 30 días)	18	
FASENRA 30 MG/ML SUBCUTANEOUS SYRINGE	PA	12	
FASENRA PEN 30 MG/ML SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR	PA	12	
FASTEP COVID-19 AG HOME TEST KIT OTC			
FC2 FEMALE CONDOM OTC			
felbamate 400 mg tablet			
felbamate 600 mg tablet			
felbamate 600 mg/5 ml oral suspension			
FELBATOL 400 MG TABLET	PA		

EDS – Supido extendido de 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
FELBATOL 600 MG TABLET	PA		
FELBATOL 600 MG/5 ML ORAL SUSPENSION	PA		
felodipine er 10 mg tablet,extended release 24 hr EDS			
felodipine er 2.5 mg tablet,extended release 24 hr EDS			
felodipine er 5 mg tablet,extended release 24 hr EDS			
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 160 mg tablet EDS			
fenofibrate 54 mg tablet EDS			
fenofibrate micronized 134 mg capsule EDS			
fenofibrate micronized 200 mg capsule EDS			
fenofibrate micronized 67 mg capsule EDS			
fenofibrate nanocrystallized 145 mg tablet EDS			
fenofibrate nanocrystallized 48 mg tablet EDS			
FENSOLVI 45 MG SUBCUTANEOUS SYRINGE	PA,QL(1 cada 180 días)	2	
fentanyl 100 mcg/hr transdermal patch	QL(10 cada 30 días)	18	
fentanyl 12 mcg/hr transdermal patch	QL(10 cada 30 días)	18	
fentanyl 25 mcg/hr transdermal patch	QL(10 cada 30 días)	18	
fentanyl 50 mcg/hr transdermal patch	QL(10 cada 30 días)	18	
fentanyl 75 mcg/hr transdermal patch	QL(10 cada 30 días)	18	
feosol 325 mg (65 mg iron) tablet OTC			20
FEOSOL 45 MG TABLET OTC			20
FER-IN-SOL 15 MG IRON (75 MG)/ML ORAL DROPS OTC			20
ferate 240 mg (27 mg iron) tablet OTC			20
ferosul 325 mg (65 mg iron) tablet OTC			20
FERRIMIN 150 456 MG (150 MG IRON) TABLET OTC			20
FERRLECIT 62.5 MG/5 ML INTRAVENOUS SOLUTION		6	
ferro-time 325 mg (65 mg iron) tablet OTC			20
ferrous fumarate 324 mg (106 mg iron) tablet OTC			20
ferrous gluconate 324 mg (37.5 mg iron) tablet OTC			
ferrous gluconate 324 mg (38 mg iron) tablet OTC			20
ferrous sulfate 15 mg iron (75 mg)/ml oral drops OTC			20
ferrous sulfate 220 mg (44 mg iron)/5 ml oral elixir OTC			20
ferrous sulfate 220 mg (44 mg iron)/5 ml oral solution OTC			20
ferrous sulfate 300 mg (60 mg iron)/5 ml oral liquid OTC			20
ferrous sulfate 324 mg (65 mg iron) tablet,delayed release OTC			20
ferrous sulfate 325 mg (65 mg iron) tablet OTC			20
ferrous sulfate 325 mg (65 mg iron) tablet,delayed release OTC			20
FIFTY50 SAFETY SEAL LANCETS 30 GAUGE OTC			
FIFTY50 SAFETY SEAL LANCETS 32 GAUGE OTC			
FILTER NEEDLES 19 X 1 1/2"			
FILTER NEEDLES 19 X 1"			
FINACEA 15 % TOPICAL GEL			

EDS – Supido extendido de 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
finasteride 5 mg tablet			
FINGERSTIX LANCETS OTC			
fingolimod 0.5 mg capsule	QL(30 cada 30 días)	10	
finzala 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4) chewable tablet	QL(91 cada 90 días)	12	
FIRAZYR 30 MG/3 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE	PA,QL(9 cada 28 días)	18	
FLAREX 0.1 % EYE DROPS,SUSPENSION			
flecainide 100 mg tablet EDS			
flecainide 150 mg tablet EDS			
flecainide 50 mg tablet EDS			
FLEXICHAMBER SPACER			
FLEXICHAMBER-LARGE CHILD MASK			
FLEXICHAMBER-SMALL ADULT MASK			
FLEXICHAMBER-SMALL CHILD MASK			
FLOVENT DISKUS 100 MCG/ACTUATION POWDER FOR INHALATION	QL(120 cada 30 días)	4	
FLOVENT DISKUS 250 MCG/ACTUATION POWDER FOR INHALATION	QL(120 cada 30 días)	4	
FLOVENT DISKUS 50 MCG/ACTUATION POWDER FOR INHALATION	QL(120 cada 30 días)	4	
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)		
FLOWFLEX COVID-19 ANTIGEN HOME TEST KIT OTC			
FLUAD QUAD 2023-2024(65YR UP)(PF) 60 MCG (15 MCG X 4)/0.5ML IM SYRINGE		65	
FLUARIX QUAD 2023-2024 (PF) 60 MCG (15 MCG X 4)/0.5 ML IM SYRINGE			
FLUBLOK QUAD 2023-2024 (PF) 180 MCG (45 MCG X 4)/0.5 ML IM SYRINGE		18	
FLUCELVAX QUAD 2023-2024 (PF) 60 MCG (15 MCG X 4)/0.5 ML IM SYRINGE			
FLUCELVAX QUAD 2023-2024 60 MCG (15 MCG X 4)/0.5 ML IM SUSPENSION			
fluconazole 10 mg/ml oral suspension			
fluconazole 100 mg tablet			
fluconazole 100 mg/50 ml in sodium chloride(iso) intravenous piggyback			
fluconazole 150 mg tablet			
fluconazole 200 mg tablet			
fluconazole 200 mg/100 ml in sod. chloride (iso) intravenous piggyback			
fluconazole 40 mg/ml oral suspension			
fluconazole 400 mg/200 ml in sod. chloride(iso) intravenous piggyback			
fluconazole 50 mg tablet			
fludarabine 50 mg intravenous solution			
fludarabine 50 mg/2 ml intravenous solution			

EDS – Supido extendido de 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
fludrocortisone 0.1 mg tablet			
FLULAVAL QUAD 2023-2024 (PF) 60 MCG (15 MCG X 4)/0.5 ML IM SYRINGE			
FLUMIST QUAD 2023-2024 10EXP6.5-7.5 FF UNIT/0.2 ML NASAL SPRAY SYRINGE		2	49
fluoride 0.25 mg (0.55 mg sodium fluoride) chewable tablet OTC			
fluoride 0.5 mg (1.1 mg sodium fluoride) chewable tablet OTC			
fluoride 0.5 mg (1.1 mg sodium fluoride)/ml oral drops OTC			
fluoride 1 mg (2.2 mg sodium fluoride) chewable tablet OTC			
fluorometholone 0.1 % eye drops,suspension			
fluorouracil 1 gram/20 ml intravenous solution			
fluorouracil 2 % topical solution			
fluorouracil 2.5 gram/50 ml intravenous solution			
fluorouracil 5 % topical solution			
fluorouracil 5 gram/100 ml intravenous solution			
fluorouracil 500 mg/10 ml intravenous solution			
fluoxetine 10 mg capsule	QL(60 cada 30 días)	6	
fluoxetine 20 mg capsule	QL(90 cada 30 días)	6	
fluoxetine 20 mg/5 ml (4 mg/ml) oral solution	QL(600 cada 30 días)	6	11
fluoxetine 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 oral elixir	QL(1200 cada 30 días)	6	
fluphenazine 5 mg tablet	QL(120 cada 30 días)	6	
fluphenazine 5 mg/ml oral concentrate	QL(120 cada 30 días)	6	
fluphenazine decanoate 25 mg/ml injection solution		18	
fluticasone propionate 0.005 % topical ointment			
fluticasone propionate 0.05 % topical cream			
fluticasone propionate 100 mcg/actuation blister powder for inhalation	QL(120 cada 30 días)	4	
fluticasone propionate 110 mcg/actuation hfa aerosol inhaler	QL(24 cada 30 días)		
fluticasone propionate 220 mcg/actuation hfa aerosol inhaler	QL(24 cada 30 días)		
fluticasone propionate 250 mcg/actuation blister powder for inhalation	QL(120 cada 30 días)	4	
fluticasone propionate 44 mcg/actuation hfa aerosol inhaler	QL(21.2 cada 30 días)		
fluticasone propionate 50 mcg/actuation blister powder for inhalation	QL(120 cada 30 días)	4	
fluticasone propionate 50 mcg/actuation nasal spray,suspension	QL(16 cada 30 días)		
fluvoxamine 100 mg tablet	QL(90 cada 30 días)	6	
fluvoxamine 25 mg tablet	QL(360 cada 30 días)	6	
fluvoxamine 50 mg tablet	QL(180 cada 30 días)	6	
FLUZONE HIGH-DOSE QUAD 2023-24 (PF) 240 MCG/0.7 ML IM SYRINGE		65	

EDS – Supido extendido de 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
FLUZONE QUAD 2023-2024 (PF) 60 MCG (15 MCG X 4)/0.5 ML IM SYRINGE			
FLUZONE QUAD 2023-2024 60 MCG (15 MCG X 4)/0.5 ML INTRAMUSCULAR SUSP.			
FML FORTE 0.25 % EYE DROPS,SUSPENSION			
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		6	
FOCALIN XR 30 MG CAPSULE,EXTENDED RELEASE		6	
FOCALIN XR 35 MG CAPSULE,EXTENDED RELEASE		6	
FOCALIN XR 40 MG CAPSULE,EXTENDED RELEASE		6	
FOCALIN XR 5 MG CAPSULE,EXTENDED RELEASE	QL(30 cada 30 días)	6	
folic acid 1 mg tablet EDS			
folic acid 5 mg/ml injection solution			
folivane-ob 85 mg-1 mg capsule		12	
FOLTRATE 0.5 MG-1 MG TABLET OTC			
FORA LANCING DEVICE OTC			
FORACARE LANCETS 30 GAUGE OTC			
fosamprenavir 700 mg tablet			
fosinopril 10 mg tablet EDS	QL(60 cada 30 días)		
fosinopril 20 mg tablet EDS	QL(60 cada 30 días)		
fosinopril 40 mg tablet EDS			
FREESTYLE LANCETS 28 GAUGE OTC			
FREESTYLE UNISTIK 2 OTC			
fulvestrant 250 mg/5 ml intramuscular syringe			
furosemide 10 mg/ml injection solution EDS			
furosemide 10 mg/ml injection syringe			
furosemide 10 mg/ml oral solution			
furosemide 20 mg tablet EDS			
furosemide 40 mg tablet EDS			
furosemide 40 mg/5 ml (8 mg/ml) oral solution			
furosemide 80 mg tablet EDS			
FUZEON 90 MG SUBCUTANEOUS SOLUTION	PA	6	
FYCOMPA 0.5 MG/ML ORAL SUSPENSION	PA	4	
FYCOMPA 10 MG TABLET	PA	4	
FYCOMPA 12 MG TABLET	PA	4	
FYCOMPA 2 MG TABLET	PA	4	
FYCOMPA 4 MG TABLET	PA	4	
FYCOMPA 6 MG TABLET	PA	4	
FYCOMPA 8 MG TABLET	PA	4	
gabapentin 100 mg capsule			
gabapentin 250 mg/5 ml (5 ml) oral solution			
gabapentin 250 mg/5 ml oral solution			
gabapentin 300 mg capsule			
gabapentin 300 mg/6 ml (6 ml) oral solution			
gabapentin 400 mg capsule			

EDS – Supido extendido de 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
gabapentin 600 mg tablet			
gabapentin 800 mg tablet			
GABITRIL 12 MG TABLET	PA		
GABITRIL 16 MG TABLET	PA		
GABITRIL 2 MG TABLET	PA		
GABITRIL 4 MG TABLET	PA		
galantamine 12 mg tablet		18	
galantamine 4 mg tablet		18	
galantamine 8 mg tablet		18	
ganciclovir sodium 50 mg/ml intravenous solution			
ganciclovir sodium 500 mg intravenous solution			
GARDASIL 9 (PF) 0.5 ML INTRAMUSCULAR SUSPENSION		9	45
GARDASIL 9 (PF) 0.5 ML INTRAMUSCULAR SYRINGE		9	45
gemcitabine 1 gram intravenous solution			
gemcitabine 1 gram/26.3 ml (38 mg/ml) intravenous solution			
gemcitabine 100 mg/ml intravenous solution			
gemcitabine 2 gram intravenous solution			
gemcitabine 2 gram/52.6 ml (38 mg/ml) intravenous solution			
gemcitabine 200 mg intravenous solution			
gemcitabine 200 mg/5.26 ml (38 mg/ml) intravenous solution			
gemfibrozil 600 mg tablet EDS			
gemmily 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4) capsule	QL(91 cada 90 días)	12	
GENABIO COVID-19 RAPID AT-HOME KIT OTC			
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
GENOTROPIN MINIQUICK 1.6 MG/0.25 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE	PA		16
GENOTROPIN MINIQUICK 1.8 MG/0.25 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE	PA		16

EDS – Supido extendido de 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
GENOTROPIN MINIQUICK 2 MG/0.25 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE	PA		16
gentamicin 0.1 % topical cream	QL(60 cada 30 días)		
gentamicin 0.3 % eye drops			
gentamicin 100 mg/100 ml in sodium chloride(iso) intravenous piggyback			
gentamicin 100 mg/50 ml in sodium chloride(iso) intravenous piggyback			
gentamicin 120 mg/100 ml in sodium chloride(iso) intravenous piggyback			
gentamicin 20 mg/2 ml injection solution			
gentamicin 40 mg/ml injection solution			
gentamicin 60 mg/50 ml in sodium chloride(iso) intravenous piggyback			
gentamicin 70 mg/50 ml in sodium chloride(iso) intravenous piggyback			
gentamicin 80 mg/100 ml in sodium chloride(iso) intravenous piggyback			
gentamicin 80 mg/50 ml in sodium chloride(iso) intravenous piggyback			
GENTEEL VACUUM LANCING DEVICE COMBO PACK OTC			
GENVOYA 150 MG-150 MG-200 MG-10 MG TABLET	PA,QL(30 cada 30 días)	6	
glimepiride 1 mg tablet EDS			
glimepiride 2 mg tablet EDS			
glimepiride 4 mg tablet EDS	QL(60 cada 30 días)		
glipizide 10 mg tablet EDS			
glipizide 2.5 mg tablet EDS			
glipizide 2.5 mg-metformin 250 mg tablet EDS			
glipizide 2.5 mg-metformin 500 mg tablet EDS			
glipizide 5 mg tablet EDS			
glipizide 5 mg-metformin 500 mg tablet EDS			
glipizide er 10 mg tablet, extended release 24 hr EDS			
glipizide er 2.5 mg tablet, extended release 24 hr EDS			
glipizide er 5 mg tablet, extended release 24 hr EDS			
GLUCAGEN HYPOKIT 1 MG INJECTION			
GLUCAGON EMERGENCY KIT 1 MG SOLUTION FOR INJECTION			
glucagon hcl 1 mg/ml solution for injection			
GLUCOCOM LANCETS 28 GAUGE OTC			
GLUCOCOM LANCETS 30 GAUGE OTC			
GLUCOCOM LANCETS 33 GAUGE OTC			
glyburide 1.25 mg tablet EDS			
glyburide 1.25 mg-metformin 250 mg tablet EDS			
glyburide 2.5 mg tablet EDS			
glyburide 2.5 mg-metformin 500 mg tablet EDS			
glyburide 5 mg tablet EDS			
glyburide 5 mg-metformin 500 mg tablet EDS			

EDS – Supido extendido de 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
glyburide micronized 1.5 mg tablet EDS			
glyburide micronized 3 mg tablet EDS			
glyburide micronized 6 mg tablet EDS			
glycopyrrolate 1 mg tablet			
glycopyrrolate 1 mg/5 ml (0.2 mg/ml) oral solution		3	16
glycopyrrolate 2 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	
GOJJI LANCETS 30 GAUGE OTC			
GOJJI LANCING DEVICE OTC			
GOLYTELY 236 GRAM-22.74 GRAM-6.74 GRAM-5.86 GRAM ORAL SOLUTION			
GOTOKNOW COVID-19 AG HOME TEST KIT OTC			
granisetron (pf) 1 mg/ml (1 ml) intravenous solution	QL(8 cada 28 días)		
granisetron (pf) 100 mcg/ml (0.1 mg/ml) intravenous solution			
granisetron hcl 1 mg tablet	QL(8 cada 28 días)		
griseofulvin microsize 125 mg/5 ml oral suspension			
griseofulvin microsize 500 mg tablet			
guaifenesin 100 mg/5 ml oral liquid OTC			20
guaifenesin 400 mg tablet OTC			20
guaifenesin er 1,200 mg tablet, extended release 12 hr OTC			20
guaifenesin er 600 mg tablet, extended release 12 hr OTC			20
guanfacine 1 mg tablet EDS			
guanfacine 2 mg tablet EDS			
guanfacine er 1 mg tablet,extended release 24 hr			
guanfacine er 2 mg tablet,extended release 24 hr			
guanfacine er 3 mg tablet,extended release 24 hr			
guanfacine er 4 mg tablet,extended release 24 hr			
hailey 1.5 mg-30 mcg tablet	QL(91 cada 90 días)	12	
hailey 24 fe 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4) tablet	QL(91 cada 90 días)	12	
hailey fe 1.5/30 (28) 1.5 mg-30 mcg (21)/75 mg (7) tablet	QL(91 cada 90 días)	12	
hailey fe 1/20 (28) 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7) tablet	QL(91 cada 90 días)	12	
halobetasol propionate 0.05 % topical cream			
haloette 0.12 mg-0.015 mg/24 hr vaginal ring	QL(1 cada 21 días)	12	
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(90 cada 30 días)	6	
haloperidol decanoate 100 mg/ml intramuscular solution	QL(5 cada 28 días)	18	
haloperidol decanoate 50 mg/ml intramuscular solution		18	
haloperidol decanoate 50 mg/ml intramuscular solution	QL(3 cada 28 días)	18	
haloperidol lactate 2 mg/ml oral concentrate	QL(1500 cada 30 días)	6	
haloperidol lactate 5 mg/ml injection solution		18	
HAVRIX (PF) 1,440 ELISA UNIT/ML INTRAMUSCULAR SYRINGE		3	

EDS – Supido extendido de 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
HAVRIX (PF) 720 ELISA UNIT/0.5 ML INTRAMUSCULAR SYRINGE		3	
HEALTHY ACCENTS AUTOLET IMPRESSION LANCING DEVICE OTC			
HEALTHY ACCENTS UNILET LANCET 30 GAUGE OTC			
heather 0.35 mg tablet	QL(91 cada 90 días)	12	
heparin (porcine) 1,000 unit/ml injection solution			
heparin (porcine) 10,000 unit/ml injection solution			
heparin (porcine) 20,000 unit/ml injection solution			
heparin (porcine) 5,000 unit/ml (1 ml) injection cartridge			
heparin (porcine) 5,000 unit/ml injection solution			
heparin (porcine) 5,000 unit/ml injection syringe			
heparin, porcine (pf) 1,000 unit/ml injection solution			
heparin, porcine (pf) 5,000 unit/0.5 ml injection solution			
heparin, porcine (pf) 5,000 unit/0.5 ml injection syringe			
heparin, porcine (pf) 5,000 unit/0.5 ml subcutaneous syringe			
heparin, porcine (pf) 5,000 unit/ml injection syringe			
HEPLISAV-B (PF) 20 MCG/0.5 ML INTRAMUSCULAR SYRINGE		18	
her style 1.5 mg tablet OTC	QL(2 cada 30 días)	12	
HIBERIX (PF) 10 MCG/0.5 ML INTRAMUSCULAR SOLUTION		3	6
HUMALOG JUNIOR KWIKPEN (U-100) 100 UNIT/ML SUBCUTANEOUS HALF-UNIT PEN EDS	QL(90 cada 90 días)		
HUMALOG KWIKPEN (U-100) INSULIN 100 UNIT/ML SUBCUTANEOUS EDS	QL(90 cada 90 días)		
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 EDS	QL(90 cada 90 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 EDS	QL(90 cada 90 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)		
HUMIRA 40 MG/0.8 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT	PA,QL(4 cada 28 días)	2	
HUMIRA PEN 40 MG/0.8 ML SUBCUTANEOUS KIT	PA,QL(6 cada 28 días)	2	
HUMIRA PEN CROHN'S-ULC COLITIS-HID SUP STARTER 40 MG/0.8 ML SUBCUT KIT	PA,QL(6 cada 28 días)	2	
HUMIRA PEN PSORIASIS-UVEITIS-ADOL HID SUP START 40 MG/0.8 ML SUBCUT KT	PA,QL(6 cada 28 días)	2	
HUMIRA(CF) 10 MG/0.1 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT	PA,QL(2 cada 28 días)		
HUMIRA(CF) 20 MG/0.2 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT	PA,QL(2 cada 28 días)		
HUMIRA(CF) 40 MG/0.4 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT	PA,QL(4 cada 28 días)		
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)		

EDS – Supido extendido de 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
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,QL(4 cada 28 días)		
HUMIRA(CF) PEN 80 MG/0.8 ML SUBCUTANEOUS KIT	PA,QL(4 cada 28 días)		
HUMIRA(CF) PEN CROHN'S-ULC COLITIS-HID SUP STRT 80 MG/0.8 ML SUBCUT KT	PA,QL(4 cada 28 días)		
HUMIRA(CF) PEN PEDIATRIC ULCER COLITIS STARTER 80 MG/0.8 ML SUBCUT KIT	PA,QL(4 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 70/30 U-100 INSULIN KWIKPEN 100 UNIT/ML SUBCUTANEOUS OTC,EDS	QL(90 cada 90 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)		
HUMULIN R U-500 (CONC) INSULIN KWIKPEN 500 UNIT/ML (3 ML) SUBCUTANEOUS	QL(12 cada 30 días)		
HUMULIN R U-500 (CONCENTRATED) INSULIN 500 UNIT/ML SUBCUTANEOUS SOLN	QL(20 cada 30 días)		
HYCODAN (WITH HOMATROPINE) 5 MG-1.5 MG TABLET		18	20
hydralazine 10 mg tablet EDS			
hydralazine 100 mg tablet EDS			
hydralazine 25 mg tablet EDS			
hydralazine 50 mg tablet EDS			
hydrochlorothiazide 12.5 mg capsule EDS			
hydrochlorothiazide 12.5 mg tablet EDS			
hydrochlorothiazide 25 mg tablet EDS			
hydrochlorothiazide 50 mg tablet EDS			
hydrocodone 10 mg-acetaminophen 300 mg tablet	QL(180 cada 30 días)		
hydrocodone 10 mg-acetaminophen 325 mg tablet			
hydrocodone 5 mg-acetaminophen 300 mg tablet	QL(240 cada 30 días)		
hydrocodone 5 mg-acetaminophen 325 mg tablet			
hydrocodone 7.5 mg-acetaminophen 300 mg tablet	QL(180 cada 30 días)		
hydrocodone 7.5 mg-acetaminophen 325 mg tablet			
hydrocodone 7.5 mg-acetaminophen 325 mg/15 ml oral solution			
hydrocodone-homatropine 5 mg-1.5 mg tablet		18	20
hydrocodone-homatropine 5 mg-1.5 mg/5 ml (5 ml) oral syrup	QL(300 cada 30 días)	18	20
hydrocodone-homatropine 5 mg-1.5 mg/5 ml oral syrup	QL(300 cada 30 días)	18	20
hydrocortisone 1 % topical cream			
hydrocortisone 1 % topical cream with perineal applicator			
hydrocortisone 1 % topical ointment			
hydrocortisone 1 %-iodoquinol 1 % topical cream			

EDS – Supido extendido de 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
hydrocortisone 10 mg tablet EDS			
hydrocortisone 100 mg/60 ml enema			
hydrocortisone 2.5 % topical cream			
hydrocortisone 2.5 % topical cream with perineal applicator			
hydrocortisone 2.5 % topical ointment			
hydrocortisone 20 mg tablet EDS			
hydrocortisone 5 mg tablet EDS			
hydrocortisone-pramoxine 2.5 %-1 % rectal cream			
hydromorphone 2 mg tablet			
hydromorphone 4 mg tablet			
hydromorphone 8 mg tablet			
hydroxychloroquine 100 mg tablet	PA,QL(30 cada 30 días)		
hydroxychloroquine 200 mg tablet	PA,QL(90 cada 30 días)		
hydroxychloroquine 300 mg tablet	PA,QL(60 cada 30 días)		
hydroxychloroquine 400 mg tablet	PA,QL(30 cada 30 días)		
hydroxyurea 500 mg capsule	QL(90 cada 28 días)		
hydroxyzine hcl 10 mg tablet			
hydroxyzine hcl 10 mg/5 ml oral solution			
hydroxyzine hcl 25 mg tablet			
hydroxyzine hcl 25 mg/ml intramuscular solution			
hydroxyzine hcl 50 mg tablet			
hydroxyzine hcl 50 mg/ml intramuscular solution			
hydroxyzine pamoate 100 mg capsule			
hydroxyzine pamoate 25 mg capsule			
hydroxyzine pamoate 50 mg capsule			
hyoscyamine 0.125 mg disintegrating tablet			
hyoscyamine 0.125 mg sublingual tablet			
hyoscyamine 0.125 mg/5 ml oral elixir			
hyoscyamine er 0.375 mg tablet,extended release,12 hr			
hyoscyamine sulfate 0.125 mg tablet			
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 OTC			
ibandronate 150 mg tablet			
ibu 400 mg tablet			
ibu 600 mg tablet			
ibu 800 mg tablet			
ibuprofen 100 mg/5 ml oral suspension OTC			
ibuprofen 100 mg/5 ml oral suspension OTC			
ibuprofen 400 mg tablet			

EDS – Supido extendido de 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
ibuprofen 600 mg tablet			
ibuprofen 800 mg tablet			
iclevia 0.15 mg-30 mcg (91) tablets,3 month dose pack	QL(91 cada 84 días)	12	
idarubicin 1 mg/ml intravenous solution			
ifosfamide 1 gram intravenous solution			
ifosfamide 1 gram/20 ml intravenous solution			
ifosfamide 3 gram intravenous solution			
ifosfamide 3 gram/60 ml intravenous solution			
IHEALTH COVID-19 ANTIGEN RAPID HOME TEST KIT OTC			
imatinib 100 mg tablet	QL(90 cada 30 días)	1	
imatinib 400 mg tablet	QL(60 cada 30 días)	1	
imipramine 10 mg tablet	QL(240 cada 30 días)	6	
imipramine 25 mg tablet	QL(90 cada 30 días)	6	
imipramine 50 mg tablet	QL(120 cada 30 días)	6	
imiquimod 5 % topical cream packet	QL(24 cada 112 días)	12	
IMITREX 20 MG/ACTUATION NASAL SPRAY	QL(6 cada 30 días)	18	
IMITREX 5 MG/ACTUATION NASAL SPRAY	QL(6 cada 30 días)	18	
incassia 0.35 mg tablet	QL(91 cada 90 días)	12	
INCONTROL LANCING DEVICE OTC			
INCONTROL SUPER THIN LANCETS 30 GAUGE OTC			
INCONTROL ULTRA THIN LANCETS 28 GAUGE OTC			
indapamide 1.25 mg tablet EDS			
indapamide 2.5 mg tablet EDS			
INDICAID COVID-19 AG HOME TEST KIT OTC			
indomethacin 25 mg capsule			
indomethacin 50 mg capsule			
indomethacin 50 mg rectal suppository			
indomethacin er 75 mg capsule,extended release			
INFANRIX (DTAP)(PF) 25 LF UNIT-58MCG-10 LF/0.5ML INTRAMUSCULAR SYRINGE		3	6
infant pain reliever 160 mg/5 ml oral suspension OTC			20
infant's acetaminophen 160 mg/5 ml oral suspension OTC			20
infants' pain and fever 160 mg/5 ml oral suspension OTC			20
infants' pain relief 160 mg/5 ml oral suspension OTC			20
INFLIXIMAB 100 MG INTRAVENOUS SOLUTION	QL(14 cada 28 días)	6	
INFUVITE ADULT 3300 UNIT-150 MCG/10 ML INTRAVENOUS SOLUTION			
INFUVITE PEDIATRIC 80 MG-400 UNIT-200 MCG/5 ML INTRAVENOUS SOLUTION			12
INGREZZA 40 MG CAPSULE	PA,QL(30 cada 30 días)	18	
INGREZZA 60 MG CAPSULE	PA,QL(30 cada 30 días)	18	
INGREZZA 80 MG CAPSULE	PA,QL(30 cada 30 días)	18	
INJECT EASE LANCETS 28 GAUGE OTC			
INJECT EASE LANCETS 30 GAUGE OTC			

EDS – Supido extendido de 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
INSULIN ASPAR PROT-INSULIN ASPART 100 UNIT/ML (70-30) SUBCUTANEOUS PEN EDS	QL(90 cada 90 días)		
INSULIN GLARGINE (U-100) 100 UNIT/ML (3 ML) SUBCUTANEOUS PEN EDS	QL(90 cada 90 días)		
INSULIN GLARGINE (U-100) 100 UNIT/ML SUBCUTANEOUS SOLUTION	QL(70 cada 30 días)		
INSULIN GLARGINE (U-300) CONC. 300 UNIT/ML (1.5 ML) SUBCUTANEOUS PEN	QL(9 cada 30 días)		
INSULIN GLARGINE (U-300) CONC. 300 UNIT/ML (3 ML) SUBCUTANEOUS PEN			
INSULIN SYRINGE NEEDLELESS 1 ML OTC			
INTEGRA SYRINGE 3 ML 21 GAUGE X 1"			
INTELENCE 100 MG TABLET		2	
INTELENCE 200 MG TABLET		2	
INTELENCE 25 MG TABLET		2	
INTELISWAB COVID-19 RAPID HOME TEST KIT OTC			
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 18 MILLION UNIT (1 ML) SOLUTION FOR INJECTION			
INTRON A 50 MILLION UNIT (1 ML) SOLUTION FOR INJECTION			
INVACARE LANCETS 30 GAUGE OTC			
INVEGA HAFYERA 1,092 MG/3.5 ML INTRAMUSCULAR SYRINGE	PA,QL(3.5 cada 180 días)	18	
INVEGA HAFYERA 1,560 MG/5 ML INTRAMUSCULAR SYRINGE	PA,QL(5 cada 180 días)	18	
INVEGA SUSTENNA 117 MG/0.75 ML INTRAMUSCULAR SYRINGE	PA,QL(1.5 cada 28 días)	18	
INVEGA SUSTENNA 156 MG/ML INTRAMUSCULAR SYRINGE	PA,QL(2 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(0.5 cada 28 días)	18	
INVEGA SUSTENNA 78 MG/0.5 ML INTRAMUSCULAR SYRINGE	PA,QL(1 cada 28 días)	18	
INVEGA TRINZA 273 MG/0.88 ML INTRAMUSCULAR SYRINGE	PA,QL(0.88 cada 84 días)	18	
INVEGA TRINZA 410 MG/1.32 ML INTRAMUSCULAR SYRINGE	PA,QL(1.32 cada 84 días)	18	
INVEGA TRINZA 546 MG/1.75 ML INTRAMUSCULAR SYRINGE	PA,QL(1.75 cada 84 días)	18	
INVEGA TRINZA 819 MG/2.63 ML INTRAMUSCULAR SYRINGE	PA,QL(2.63 cada 84 días)	18	
INVOKAMET 150 MG-1,000 MG TABLET	QL(60 cada 30 días)	18	
INVOKAMET 150 MG-500 MG TABLET	QL(60 cada 30 días)	18	
INVOKAMET 50 MG-1,000 MG TABLET	QL(60 cada 30 días)	18	
INVOKAMET 50 MG-500 MG TABLET	QL(60 cada 30 días)	18	

EDS – Supido extendido de 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
INVOKANA 100 MG TABLET	QL(30 cada 30 días)	18	
INVOKANA 300 MG TABLET	QL(30 cada 30 días)	18	
IODOPEN 100 MCG/ML INTRAVENOUS SOLUTION			
IONOSOL-B IN D5W INTRAVENOUS SOLUTION			
IONOSOL-MB IN D5W INTRAVENOUS SOLUTION			
IPOL 40 UNIT-8 UNIT-32 UNIT/0.5 ML SUSPENSION FOR INJECTION		3	
ipratropium 0.5 mg-albuterol 3 mg (2.5 mg base)/3 ml nebulization soln			
ipratropium bromide 0.02 % solution for inhalation			
irbesartan 150 mg tablet EDS			
irbesartan 150 mg-hydrochlorothiazide 12.5 mg tablet EDS			
irbesartan 300 mg tablet EDS			
irbesartan 300 mg-hydrochlorothiazide 12.5 mg tablet EDS			
irbesartan 75 mg tablet EDS			
irinotecan 100 mg/5 ml intravenous solution			
irinotecan 300 mg/15 ml intravenous solution			
irinotecan 40 mg/2 ml intravenous solution			
irinotecan 500 mg/25 ml intravenous solution			
iron 325 mg (65 mg iron) tablet OTC			20
iron er 159 mg (45 mg iron) tablet,extended release OTC			20
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	
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 oral solution			
isosorbide dinitrate 10 mg tablet EDS			
isosorbide dinitrate 20 mg tablet EDS			
isosorbide dinitrate 30 mg tablet EDS			
isosorbide dinitrate 40 mg tablet EDS			
isosorbide dinitrate 5 mg tablet EDS			
isosorbide mononitrate 10 mg tablet EDS			
isosorbide mononitrate 20 mg tablet EDS			
isosorbide mononitrate er 120 mg tablet,extended release 24 hr EDS			
isosorbide mononitrate er 30 mg tablet,extended release 24 hr EDS			
isosorbide mononitrate er 60 mg tablet,extended release 24 hr EDS			
isotretinoin 10 mg capsule		12	

EDS – Supido extendido de 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
isotretinoin 20 mg capsule		12	
isotretinoin 25 mg capsule		12	
isotretinoin 30 mg capsule		12	
isotretinoin 35 mg capsule		12	
isotretinoin 40 mg capsule		12	
itraconazole 100 mg capsule	QL(180 cada 30 días)		
ivermectin 3 mg tablet	QL(10 cada 90 días)		
jaimiess 0.15 mg-30 mcg (84)/10 mcg(7) tablets,3 month dose pack	QL(91 cada 84 días)	12	
JANSSEN COVID-19 VACCINE (PF) 0.5 ML INTRAMUSCULAR SUSPENSION (EUA)			
jantoven 1 mg tablet EDS	QL(120 cada 30 días)		
jantoven 10 mg tablet EDS	QL(120 cada 30 días)		
jantoven 2 mg tablet EDS	QL(120 cada 30 días)		
jantoven 2.5 mg tablet EDS	QL(120 cada 30 días)		
jantoven 3 mg tablet EDS	QL(120 cada 30 días)		
jantoven 4 mg tablet EDS	QL(120 cada 30 días)		
jantoven 5 mg tablet EDS	QL(120 cada 30 días)		
jantoven 6 mg tablet EDS	QL(120 cada 30 días)		
jantoven 7.5 mg tablet EDS	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	
JANUVIA 25 MG TABLET	QL(30 cada 30 días)	18	
JANUVIA 50 MG TABLET	QL(30 cada 30 días)	18	
JARDIANCE 10 MG TABLET	QL(30 cada 30 días)	10	
JARDIANCE 25 MG TABLET	QL(30 cada 30 días)	10	
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	
JENTADUETO XR 2.5 MG-1,000 MG TABLET, EXTENDED RELEASE	QL(60 cada 30 días)	18	
JENTADUETO XR 5 MG-1,000 MG TABLET, EXTENDED RELEASE	QL(30 cada 30 días)	18	
jolessa 0.15 mg-30 mcg (91) tablets,3 month dose pack	QL(91 cada 84 días)	12	
JORNAY PM 100 MG CAPSULE,DELAYED RELEASE,EXTENDED RELEASE SPRINKLE	PA,QL(30 cada 30 días)	6	
JORNAY PM 20 MG CAPSULE,DELAYED RELEASE,EXTENDED RELEASE SPRINKLE	PA,QL(30 cada 30 días)	6	
JORNAY PM 40 MG CAPSULE,DELAYED RELEASE,EXTENDED RELEASE SPRINKLE	PA,QL(30 cada 30 días)	6	
JORNAY PM 60 MG CAPSULE,DELAYED RELEASE,EXTENDED RELEASE SPRINKLE	PA,QL(30 cada 30 días)	6	

EDS – Supido extendido de 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
JORNAY PM 80 MG CAPSULE,DELAYED RELEASE,EXTENDED RELEASE SPRINKLE	PA,QL(30 cada 30 días)	6	
joyeaux 0.1 mg-0.02 mg (21)/iron (7) tablet		12	
jr. str non-aspirin pain 160 mg disintegrating tablet OTC			20
juleber 0.15 mg-0.03 mg tablet	QL(91 cada 90 días)	12	
JULUCA 50 MG-25 MG TABLET	PA,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	
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			
kalliga 0.15 mg-0.03 mg tablet	QL(91 cada 90 días)	12	
kariva (28) 0.15 mg-0.02 mg (21)/0.01 mg (5) tablet	QL(91 cada 90 días)	12	
KAZANO 12.5 MG-1,000 MG TABLET	QL(60 cada 30 días)	18	
KAZANO 12.5 MG-500 MG TABLET	QL(60 cada 30 días)	18	
kelnor 1-50 (28) 1 mg-50 mcg tablet	QL(91 cada 90 días)	12	
kelnor 1/35 (28) 1 mg-35 mcg tablet	QL(91 cada 90 días)	12	
kemoplat 1 mg/ml intravenous solution			
KEPPRA 1,000 MG TABLET	PA		
KEPPRA 100 MG/ML ORAL SOLUTION	PA		
KEPPRA 250 MG TABLET	PA		
KEPPRA 500 MG TABLET	PA		
KEPPRA 750 MG TABLET	PA		
KEPPRA XR 500 MG TABLET,EXTENDED RELEASE	PA		
KEPPRA XR 750 MG TABLET,EXTENDED RELEASE	PA		
KESIMPTA PEN 20 MG/0.4 ML SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR		18	
ketoconazole 2 % shampoo			
ketoconazole 2 % topical cream	QL(120 cada 30 días)		
ketorolac 0.5 % eye drops			
ketorolac 10 mg tablet	QL(120 cada 180 días)	17	
ketorolac 15 mg/ml injection solution	QL(120 cada 180 días)	17	
ketorolac 15 mg/ml injection syringe	QL(120 cada 180 días)	17	
ketorolac 30 mg/ml (1 ml) injection solution	QL(120 cada 180 días)	17	
ketorolac 30 mg/ml injection syringe	QL(120 cada 180 días)	17	
ketorolac 60 mg/2 ml intramuscular solution	QL(120 cada 180 días)	17	
ketorolac 60 mg/2 ml intramuscular syringe	QL(120 cada 180 días)	17	
KEYTRUDA 25 MG/ML INTRAVENOUS SOLUTION			
KIMONO CONDOMS(NON-LUBRICATED) OTC			
KIMONO MICROTHIN AQUA LUBE CONDOM OTC			

EDS – Supido extendido de 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
KIMONO MICROTHIN CONDOMS OTC			
KIMONO MICROTHIN LARGE CONDOMS OTC			
KIMONO TEXTURED CONDOMS OTC			
KINRIX (PF) 25 LF-58 MCG-10 LF/0.5 ML INTRAMUSCULAR SYRINGE		4	6
KISQALI 200 MG/DAY (200 MG X 1) TABLET	QL(21 cada 28 días)	18	
KISQALI 400 MG/DAY (200 MG X 2) TABLET	QL(42 cada 28 días)	18	
KISQALI 600 MG/DAY (200 MG X 3) TABLET	QL(63 cada 28 días)	18	
KITABIS PAK 300 MG/5 ML SOLUTION FOR NEBULIZATION	PA,QL(280 cada 56 días)		
KLONOPIN 0.5 MG TABLET	PA,QL(90 cada 30 días)		
KLONOPIN 1 MG TABLET	PA,QL(90 cada 30 días)		
KLONOPIN 2 MG TABLET	PA,QL(90 cada 30 días)		
KLOR-CON 10 MEQ TABLET,EXTENDED RELEASE			
klor-con 20 meq oral packet			
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/ef 25 meq effervescent tablet			
KLOXXADO 8 MG/ACTUATION NASAL SPRAY	QL(4 cada 365 días)		
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 norgest/e estradiol-e estrad 0.1 mg-20 mcg (84)/10 mcg (7) tabs,3mos	QL(91 cada 84 días)	12	
l norgest/e estradiol-e estrad 0.15 mg-30 mcg (84)/10 mcg(7) tabs,3mos	QL(91 cada 84 días)	12	
l norgest/ee 0.15-0.02mg/0.15-0.025mg/0.15-0.03mg/ee 0.01 mg tabs,3mo	QL(91 cada 84 días)	12	
l.norgest-eth.estradiol triphasic 50-30 (6)/75-40(5)/125-30(10) tablet	QL(91 cada 90 días)	12	
labetalol 100 mg tablet EDS	QL(240 cada 30 días)		
labetalol 200 mg tablet EDS	QL(240 cada 30 días)		
labetalol 300 mg tablet EDS	QL(240 cada 30 días)		
lacosamide 10 mg/ml oral solution	QL(1200 cada 30 días)		
lacosamide 100 mg tablet	QL(60 cada 30 días)		
lacosamide 150 mg tablet	QL(60 cada 30 días)		
lacosamide 200 mg tablet	QL(60 cada 30 días)		
lacosamide 50 mg tablet	QL(60 cada 30 días)		
lactated ringers intravenous solution			
lactated ringers irrigation solution			
lactulose 10 gram/15 ml (15 ml) oral solution	QL(5400 cada 30 días)		

EDS – Supido extendido de 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
lactulose 10 gram/15 ml oral solution	QL(5400 cada 30 días)		
lactulose 20 gram/30 ml oral solution	QL(5400 cada 30 días)		
LAGEVRIO 200 MG CAPSULE (EUA)	QL(40 cada 5 días)	18	
LAMICTAL 100 MG TABLET	PA	2	
LAMICTAL 150 MG TABLET	PA	2	
LAMICTAL 200 MG TABLET	PA	2	
LAMICTAL 25 MG CHEWABLE DISPERSIBLE TABLET	PA	2	
LAMICTAL 25 MG TABLET	PA	2	
LAMICTAL 5 MG CHEWABLE DISPERSIBLE TABLET	PA	2	
LAMICTAL ODT 100 MG DISINTEGRATING TABLET		2	
LAMICTAL ODT 200 MG DISINTEGRATING TABLET		2	
LAMICTAL ODT 25 MG DISINTEGRATING TABLET		2	
LAMICTAL ODT 50 MG DISINTEGRATING TABLET		2	
LAMICTAL STARTER (BLUE) KIT 25 MG (35) TABLETS IN A DOSE PACK	QL(35 cada 30 días)	2	
LAMICTAL STARTER (GREEN) KIT 25 MG (84)-100 MG (14) TABLETS, DOSE PACK	QL(98 cada 30 días)	2	
LAMICTAL STARTER (ORANGE) KIT 25 MG (42)-100 MG (7) TABLETS, DOSE PACK	QL(49 cada 30 días)	2	
LAMICTAL XR 100 MG TABLET,EXTENDED RELEASE	PA	13	
LAMICTAL XR 200 MG TABLET,EXTENDED RELEASE	PA	13	
LAMICTAL XR 25 MG TABLET,EXTENDED RELEASE	PA	13	
LAMICTAL XR 250 MG TABLET,EXTENDED RELEASE	PA	13	
LAMICTAL XR 300 MG TABLET,EXTENDED RELEASE	PA	13	
LAMICTAL XR 50 MG TABLET,EXTENDED RELEASE	PA	13	
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 solution			
lamivudine 100 mg tablet			
lamivudine 150 mg tablet			
lamivudine 150 mg-zidovudine 300 mg tablet			
lamivudine 300 mg tablet			
lamotrigine 100 mg disintegrating tablet	PA	2	
lamotrigine 100 mg tablet		2	
lamotrigine 150 mg tablet		2	
lamotrigine 200 mg disintegrating tablet	PA	2	
lamotrigine 200 mg tablet		2	
lamotrigine 25 mg (21)-50 mg (7) tablet,disintegrating, pack	QL(28 cada 30 días)	2	
lamotrigine 25 mg (35) tablets in a dose pack	PA,QL(35 cada 30 días)	2	
lamotrigine 25 mg (42)-100 mg (7) tablets in a dose pack	PA,QL(49 cada 30 días)	2	

EDS – Supido extendido de 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
lamotrigine 25 mg (84)-100 mg (14) tablets in a dose pack	PA,QL(98 cada 30 días)	2	
lamotrigine 25 mg chewable dispersible tablet		2	
lamotrigine 25 mg disintegrating tablet	PA	2	
lamotrigine 25 mg tablet		2	
lamotrigine 25 mg(14)-50 mg(14)-100 mg(7) tablet,disintegrating, pack	QL(35 cada 30 días)	2	
lamotrigine 5 mg chewable dispersible tablet		2	
lamotrigine 50 mg (42)-100 mg (14) tablet,disintegrating, pack	QL(56 cada 30 días)	2	
lamotrigine 50 mg disintegrating tablet	PA	2	
lamotrigine er 100 mg tablet,extended release 24 hr		13	
lamotrigine er 200 mg tablet,extended release 24 hr		13	
lamotrigine er 25 mg tablet,extended release 24 hr		13	
lamotrigine er 250 mg tablet,extended release 24 hr		13	
lamotrigine er 300 mg tablet,extended release 24 hr		13	
lamotrigine er 50 mg tablet,extended release 24 hr		13	
LANCETS OTC			
LANCETS 21 GAUGE OTC			
LANCETS 26 GAUGE OTC			
LANCETS 28 GAUGE OTC			
LANCETS 30 GAUGE OTC			
LANCETS 33 GAUGE OTC			
LANCETS, SUPER THIN OTC			
LANCETS,THIN OTC			
LANCETS,THIN 28 GAUGE OTC			
LANCETS,ULTRA THIN OTC			
LANCING DEVICE OTC			
LANCING DEVICE WITH LANCETS OTC			
LANCING DEVICE WITH LANCETS KIT OTC			
LANCING SYSTEM OTC			
lansoprazole 15 mg capsule,delayed release OTC	QL(90 cada 30 días)	1	
lansoprazole 15 mg capsule,delayed release OTC	QL(90 cada 30 días)	1	
lansoprazole 30 mg capsule,delayed release	QL(90 cada 30 días)	1	
LANTUS SOLOSTAR U-100 INSULIN 100 UNIT/ML (3 ML) SUBCUTANEOUS PEN EDS	QL(90 cada 90 días)		
LANTUS U-100 INSULIN 100 UNIT/ML SUBCUTANEOUS SOLUTION	QL(70 cada 30 días)		
LANZO LANCING DEVICE KIT OTC			
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)		
LAYOLIS FE 0.8 MG-25 MCG (24)/75 MG (4) CHEWABLE TABLET	QL(91 cada 90 días)	12	

EDS – Supido extendido de 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
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	
letrozole 2.5 mg tablet	QL(30 cada 30 días)	18	
leucovorin calcium 10 mg tablet			
leucovorin calcium 10 mg/ml injection solution			
leucovorin calcium 100 mg solution for injection			
leucovorin calcium 15 mg tablet			
leucovorin calcium 200 mg solution for injection			
leucovorin calcium 25 mg tablet			
leucovorin calcium 350 mg solution for injection			
leucovorin calcium 5 mg tablet			
leucovorin calcium 50 mg solution for injection			
leucovorin calcium 500 mg solution for injection			
LEUKERAN 2 MG TABLET			
LEUKINE 250 MCG SOLUTION FOR INJECTION			
leuprolide 1 mg/0.2 ml subcutaneous kit	PA,QL(2 cada 27 días)		
leuprolide 1 mg/0.2 ml subcutaneous solution	PA		
LEVEMIR FLEXPEN 100 UNIT/ML (3 ML) SOLUTION SUBCUTANEOUS INSULIN PEN EDS	QL(90 cada 90 días)		
LEVEMIR FLEXTOUCH U-100 INSULIN 100 UNIT/ML (3 ML) SUBCUTANEOUS PEN EDS	QL(90 cada 90 días)		
LEVEMIR U-100 INSULIN 100 UNIT/ML SUBCUTANEOUS SOLUTION	QL(70 cada 30 días)		
levetiracetam 1,000 mg tablet			
levetiracetam 100 mg/ml oral solution			
levetiracetam 250 mg tablet			
levetiracetam 500 mg tablet			
levetiracetam 500 mg/5 ml (5 ml) oral solution			
levetiracetam 500 mg/5 ml intravenous solution			
levetiracetam 750 mg tablet			
levetiracetam er 500 mg tablet,extended release 24 hr			
levetiracetam er 750 mg tablet,extended release 24 hr			
levobunolol 0.5 % eye drops			
levocarnitine (with sugar) 100 mg/ml oral solution			
levocarnitine 200 mg/ml intravenous solution			
levocarnitine 330 mg tablet			
levocetirizine 5 mg tablet			
levofloxacin 250 mg tablet		12	
levofloxacin 250 mg/50 ml in 5 % dextrose intravenous piggyback			
levofloxacin 500 mg tablet		12	
levofloxacin 500 mg/100 ml in 5 % dextrose intravenous piggyback			
levofloxacin 750 mg tablet		12	

EDS – Supido extendido de 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
levofloxacin 750 mg/150 ml in 5 % dextrose intravenous piggyback			
levomefolate calcium 15 mg tablet OTC			
levomefolate calcium 7.5 mg tablet OTC			
levonest (28) 50-30 (6)/75-40(5)/125-30(10) tablet	QL(91 cada 90 días)	12	
levonorgestrel 0.1 mg-ethinyl estradiol 0.02 mg (21)/iron (7) tablet		12	
levonorgestrel 0.15 mg-ethinyl estradiol 0.03 mg tablet	QL(91 cada 90 días)	12	
levonorgestrel 0.15 mg-ethinyl estradiol 30 mcg tablets,3 mos pack(91)	QL(91 cada 84 días)	12	
levonorgestrel 1.5 mg tablet OTC	QL(2 cada 30 días)	12	
levonorgestrel-ethinyl estradiol 0.1 mg-20 mcg tablet	QL(91 cada 90 días)	12	
levonorgestrel-ethinyl estradiol 90 mcg-20 mcg (28) tablet	QL(91 cada 90 días)	12	
levora-28 0.15 mg-0.03 mg tablet	QL(91 cada 90 días)	12	
levothyroxine 100 mcg tablet EDS			
levothyroxine 112 mcg tablet EDS			
levothyroxine 125 mcg tablet EDS			
levothyroxine 137 mcg tablet EDS			
levothyroxine 150 mcg tablet EDS			
levothyroxine 175 mcg tablet EDS			
levothyroxine 200 mcg tablet EDS			
levothyroxine 25 mcg tablet EDS			
levothyroxine 300 mcg tablet EDS			
levothyroxine 50 mcg tablet EDS			
levothyroxine 75 mcg tablet EDS			
levothyroxine 88 mcg tablet EDS			
LEVOXYL 100 MCG TABLET EDS			
LEVOXYL 112 MCG TABLET EDS			
LEVOXYL 125 MCG TABLET EDS			
LEVOXYL 137 MCG TABLET EDS			
LEVOXYL 150 MCG TABLET EDS			
LEVOXYL 175 MCG TABLET EDS			
LEVOXYL 200 MCG TABLET EDS			
LEVOXYL 25 MCG TABLET EDS			
LEVOXYL 50 MCG TABLET EDS			
LEVOXYL 75 MCG TABLET EDS			
LEVOXYL 88 MCG TABLET EDS			
LEXIVA 50 MG/ML ORAL SUSPENSION			
LIALDA 1.2 GRAM TABLET,DELAYED RELEASE			
lice killing 0.33 %-4 % shampoo OTC			
lice solution 4 %-0.33 %-0.5 % topical kit OTC			
lice treatment (permethrin) 1 % topical liquid OTC			
lice treatment 0.33 %-4 % shampoo OTC			
lice treatment 1 % topical liquid OTC			
lidocaine (pf) 10 mg/ml (1 %) injection solution			
lidocaine (pf) 15 mg/ml (1.5 %) injection solution			
lidocaine (pf) 20 mg/ml (2 %) injection solution			

EDS – Supido extendido de 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
lidocaine (pf) 40 mg/ml (4 %) injection solution			
lidocaine (pf) 5 mg/ml (0.5 %) injection solution			
lidocaine (pf) 50 mg/ml (5 %) in 7.5 % dextrose intrathecal solution			
lidocaine 1 %-epinephrine 1:100,000 injection solution			
lidocaine 2 % mucosal jelly in applicator			
lidocaine 2 %-epinephrine bitartrate 1:100,000 injection cartridge			
lidocaine 2 %-epinephrine bitartrate 1:50,000 injection cartridge			
lidocaine 20 mg/ml (2 %)-epinephrine 1:100,000 injection solution			
lidocaine 3 %-hydrocortisone 0.5 % rectal cream			
lidocaine 5 % topical ointment	QL(60 cada 30 días)		
lidocaine 5 % topical patch	PA,QL(90 cada 30 días)		
lidocaine hcl 10 mg/ml (1 %) injection solution			
lidocaine hcl 2 % mucosal jelly			
lidocaine hcl 2 % mucosal solution			
lidocaine hcl 20 mg/ml (2 %) injection solution			
lidocaine hcl 3 % topical cream	QL(85 cada 30 días)		
lidocaine hcl 4 % (40 mg/ml) mucosal solution			
lidocaine hcl 5 mg/ml (0.5 %) injection solution			
lidocaine viscous 2 % mucosal solution			
lidocaine-epinephrine (pf) 1.5 %-1:200,000 injection solution			
lidocaine-epinephrine (pf) 2 %-1:200,000 injection solution			
lidocaine-epinephrine 0.5 %-1:200,000 injection solution			
lidocaine-hydrocortisone-aloe vera 2.8 %-0.55 % rectal gel			
lidocaine-hydrocortisone-aloe vera 3 %-2.5 % (7 gram) rectal kit			
lidocaine-prilocaine 2.5 %-2.5 % topical cream	QL(30 cada 30 días)		
lillow (28) 0.15 mg-0.03 mg tablet	QL(91 cada 90 días)	12	
LINCOCIN 300 MG/ML INJECTION SOLUTION			
lincomycin 300 mg/ml injection solution			
linezolid 600 mg tablet			
LINZESS 145 MCG CAPSULE	PA,QL(30 cada 30 días)	6	
LINZESS 290 MCG CAPSULE	PA,QL(30 cada 30 días)	6	
LINZESS 72 MCG CAPSULE	PA,QL(30 cada 30 días)	6	
liothyronine 25 mcg tablet EDS			
liothyronine 5 mcg tablet EDS			
liothyronine 50 mcg tablet EDS			
liquituss gg 200 mg/5 ml oral liquid OTC			20
lisinopril 10 mg tablet EDS			
lisinopril 10 mg-hydrochlorothiazide 12.5 mg tablet EDS			

EDS – Supido extendido de 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
lisinopril 2.5 mg tablet EDS			
lisinopril 20 mg tablet EDS			
lisinopril 20 mg-hydrochlorothiazide 12.5 mg tablet EDS			
lisinopril 20 mg-hydrochlorothiazide 25 mg tablet EDS			
lisinopril 30 mg tablet EDS			
lisinopril 40 mg tablet EDS			
lisinopril 5 mg tablet EDS			
LITE TOUCH LANCETS 28 GAUGE OTC			
LITE TOUCH LANCETS 30 GAUGE OTC			
LITE TOUCH LANCETS 33 GAUGE OTC			
LITE TOUCH LANCING DEVICE OTC			
LITE TOUCH-MEDIUM MASK			
LITEAIRE MDI CHAMBER			
LITETOUCH-LARGE MASK			
LITETOUCH-SMALL MASK			
lithium carbonate 150 mg capsule		6	
lithium carbonate 300 mg capsule		6	
lithium carbonate 300 mg tablet		6	
lithium carbonate 600 mg capsule		6	
lithium carbonate er 300 mg tablet,extended release		6	
lithium carbonate er 450 mg tablet,extended release		6	
LO LOESTRIN FE 1 MG-10 MCG (24)/10 MCG (2) TABLET	QL(28 cada 28 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	
lojaimiess 0.1 mg-20 mcg (84)/10 mcg (7) tablets,3 month dose pack	QL(91 cada 84 días)	12	
LOKELMA 10 GRAM ORAL POWDER PACKET		18	
LOKELMA 5 GRAM ORAL POWDER PACKET		18	
loperamide 2 mg capsule	QL(240 cada 30 días)	2	
lopinavir-ritonavir 400 mg-100 mg/5 ml oral solution			
lorata-dine d 10 mg-240 mg tablet,extended release OTC			20
loratadine 10 mg disintegrating tablet OTC			20
loratadine 10 mg tablet OTC	QL(30 cada 30 días)		20
loratadine 5 mg/5 ml oral solution OTC			20
loratadine-d 10 mg-240 mg tablet,extended release 24 hr OTC			20
loratadine-d 5 mg-120 mg tablet,extended release 12 hr OTC			20
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 injection solution			
lorazepam 2 mg/ml injection syringe			
lorazepam 2 mg/ml oral concentrate	QL(150 cada 30 días)		

EDS – Supido extendido de 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
lorazepam 4 mg/ml injection solution			
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 100 mg tablet EDS			
losartan 100 mg-hydrochlorothiazide 12.5 mg tablet EDS			
losartan 100 mg-hydrochlorothiazide 25 mg tablet EDS			
losartan 25 mg tablet EDS			
losartan 50 mg tablet EDS			
losartan 50 mg-hydrochlorothiazide 12.5 mg tablet EDS			
LOSEASONIQUE 0.1 MG-20 MCG (84)/10 MCG (7) TABLETS,3 MONTH DOSE PACK	QL(91 cada 84 días)	12	
lovastatin 10 mg tablet EDS	QL(60 cada 30 días)		
lovastatin 20 mg tablet EDS	QL(60 cada 30 días)		
lovastatin 40 mg tablet EDS	QL(60 cada 30 días)		
low-ogestrel (28) 0.3 mg-30 mcg tablet	QL(91 cada 90 días)	12	
loxapine succinate 10 mg capsule	QL(120 cada 30 días)	18	
loxapine succinate 25 mg capsule	QL(120 cada 30 días)	18	
loxapine succinate 5 mg capsule	QL(120 cada 30 días)	18	
loxapine succinate 50 mg capsule	QL(90 cada 30 días)	18	
lubiprostone 24 mcg capsule	PA	18	
lubiprostone 8 mcg capsule	PA	18	
LUCIRA CHECK-IT COVID-19 HOME TEST KIT OTC			
LUCIRA COVID-19 AND FLU TEST KIT			
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 45 MG (6 MONTH) INTRAMUSCULAR SYRINGE KIT	PA,QL(1 cada 168 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)	1	12
LUPRON DEPOT-PED 11.25 MG INTRAMUSCULAR KIT	PA,QL(1 cada 28 días)	1	12
LUPRON DEPOT-PED 15 MG INTRAMUSCULAR KIT	PA,QL(1 cada 28 días)	1	12
LUPRON DEPOT-PED 30 MG (3 MONTH) INTRAMUSCULAR SYRINGE KIT	PA,QL(1 cada 84 días)	1	12
LUPRON DEPOT-PED 45 MG INTRAMUSCULAR SYRINGE KIT	PA,QL(1 cada 180 días)	1	
LUPRON DEPOT-PED 7.5 MG (PED) INTRAMUSCULAR KIT	PA,QL(1 cada 28 días)	1	12
lurasidone 120 mg tablet	QL(30 cada 30 días)	10	
lurasidone 20 mg tablet	QL(30 cada 30 días)	10	
lurasidone 40 mg tablet	QL(30 cada 30 días)	10	
lurasidone 60 mg tablet	QL(30 cada 30 días)	10	
lurasidone 80 mg tablet	QL(60 cada 30 días)	10	

EDS – Supido extendido de 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
lutera (28) 0.1 mg-20 mcg tablet	QL(91 cada 90 días)	12	
lyleq 0.35 mg tablet	QL(91 cada 90 días)	12	
lyza 0.35 mg tablet	QL(91 cada 90 días)	12	
M-M-R II (PF) 1,000-12,500 TCID50/0.5 ML SUBCUTANEOUS SOLUTION		3	
m-natal plus 27 mg iron-1 mg tablet		12	
m-pap 160 mg/5 ml oral liquid OTC			20
MAGELLAN SYRINGE 1 ML 27 GAUGE X 1/2"			
MAGELLAN TUBERCULIN SAFETY SYRINGE 1 ML 28 GAUGE X 1/2"			
magnesium chloride 200 mg/ml (20 %) injection solution			
magnesium sulfate 20 gram/500 ml (4 %) in water intravenous solution			
magnesium sulfate 4 gram/100 ml (4 %) in water intravenous piggyback			
magnesium sulfate 4 gram/50 ml (8 %) in water intravenous piggyback			
magnesium sulfate 40 gram/1,000 ml (4 %) in water intravenous solution			
magnesium sulfate 500 mg/ml (50 %) injection solution			
manganese chloride 0.1 mg/ml intravenous solution			
mapap arthritis pain 650 mg tablet,extended release OTC			20
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,QL(90 cada 30 días)	3	
MAVYRET 50 MG-20 MG ORAL PELLETS IN PACKET	PA,QL(140 cada 28 días)	3	
MAXIDEX 0.1 % EYE DROPS,SUSPENSION			
meclizine 12.5 mg tablet			
meclizine 25 mg tablet			
MEDISENSE THIN LANCETS 28 GAUGE OTC			
MEDLANCE PLUS LANCETS 21 GAUGE OTC			
MEDLANCE PLUS LANCETS 25 GAUGE OTC			
MEDLANCE PLUS LANCETS 30 GAUGE OTC			
medroxyprogesterone 10 mg tablet EDS			
medroxyprogesterone 150 mg/ml intramuscular suspension	QL(1 cada 84 días)	12	
medroxyprogesterone 150 mg/ml intramuscular syringe	QL(1 cada 84 días)	12	
medroxyprogesterone 2.5 mg tablet EDS			
medroxyprogesterone 5 mg tablet EDS			
mefloquine 250 mg tablet			
megestrol 20 mg tablet			
megestrol 40 mg tablet			
megestrol 400 mg/10 ml (10 ml) oral suspension			
megestrol 400 mg/10 ml (40 mg/ml) oral suspension			
MEKINIST 0.5 MG TABLET	QL(90 cada 30 días)	1	
MEKINIST 2 MG TABLET	QL(30 cada 30 días)	1	

EDS – Supido extendido de 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
meloxicam 15 mg tablet			
meloxicam 7.5 mg tablet			
melphalan 2 mg tablet		18	
melphalan hcl 50 mg intravenous powder for solution			
memantine 10 mg tablet		18	
memantine 5 mg tablet		18	
MENACTRA (PF) 4 MCG/0.5 ML INTRAMUSCULAR SOLUTION		3	55
MENQUADFI (PF) 10 MCG/0.5 ML INTRAMUSCULAR SOLUTION		3	
MENVEO A-C-Y-W-135-DIP (PF) 10 MCG-5 MCG/0.5 ML IM KIT (2 VIALS)		3	55
MEPHYTON 5 MG TABLET	QL(5 cada 30 días)		
mercaptopurine 50 mg tablet	QL(90 cada 30 días)		
meropenem 1 gram intravenous solution			
meropenem 1 gram/50 ml in 0.9% sodium chloride intravenous piggyback			
MEROPENEM 2 GRAM INTRAVENOUS SOLUTION			
meropenem 500 mg intravenous solution			
meropenem 500 mg/50 ml in 0.9% sodium chloride intravenous piggyback			
merzee 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4) capsule	QL(91 cada 90 días)	12	
mesalamine 1,000 mg rectal suppository			
mesna 100 mg/ml intravenous solution			
MESTINON 60 MG/5 ML ORAL SYRUP			
metformin 1,000 mg tablet EDS	QL(75 cada 30 días)		
metformin 500 mg tablet EDS	QL(150 cada 30 días)		
metformin 625 mg tablet EDS			
metformin 850 mg tablet EDS	QL(90 cada 30 días)		
metformin er 500 mg tablet,extended release 24 hr EDS	QL(150 cada 30 días)		
metformin er 750 mg tablet,extended release 24 hr EDS	QL(105 cada 30 días)		
methazolamide 25 mg tablet EDS			
methazolamide 50 mg tablet EDS			
methenamine hippurate 1 gram tablet			
methenamine mandelate 0.5 g tablet			
methenamine mandelate 1 gram tablet			
methimazole 10 mg tablet EDS			
methimazole 5 mg tablet EDS			
methocarbamol 500 mg tablet			
methocarbamol 750 mg tablet			
methotrexate sodium (pf) 1 gram solution for injection			
methotrexate sodium (pf) 25 mg/ml injection solution			
methotrexate sodium 2.5 mg tablet	QL(300 cada 30 días)		
methotrexate sodium 25 mg/ml injection solution			
methyldopa 250 mg tablet EDS			
methyldopa 500 mg tablet EDS			
methylergonovine 0.2 mg tablet			
methylphenidate 10 mg tablet			
methylphenidate 10 mg/5 ml oral solution			

EDS – Supido extendido de 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
methylphenidate 20 mg tablet			
methylphenidate 5 mg tablet			
methylphenidate 5 mg/5 ml oral solution			
methylphenidate cd 10 mg biphasic 30-70 capsule,extended release		6	
methylphenidate cd 20 mg biphasic 30-70 capsule,extended release		6	
methylphenidate cd 30 mg biphasic 30-70 capsule,extended release		6	
methylphenidate cd 40 mg biphasic 30-70 capsule,extended release		6	
methylphenidate cd 50 mg biphasic 30-70 capsule,extended release		6	
methylphenidate cd 60 mg biphasic 30-70 capsule,extended release		6	
methylphenidate er 10 mg tablet,extended release		6	
methylphenidate er 20 mg tablet,extended release		6	
methylprednisolone 16 mg tablet EDS			
methylprednisolone 32 mg tablet EDS			
methylprednisolone 4 mg tablet EDS			
methylprednisolone 4 mg tablets in a dose pack EDS			
methylprednisolone acetate 40 mg/ml suspension for injection			
methylprednisolone acetate 80 mg/ml suspension for injection			
methylprednisolone sodium succinate 1,000 mg intravenous solution			
methylprednisolone sodium succinate 125 mg solution for injection			
methylprednisolone sodium succinate 40 mg solution for injection			
methylprednisolone sodium succinate 500 mg intravenous solution			
metoclopramide 10 mg tablet	QL(180 cada 30 días)		
metoclopramide 5 mg tablet	QL(360 cada 30 días)		
metoclopramide 5 mg/5 ml oral solution			
metolazone 10 mg tablet EDS			
metolazone 2.5 mg tablet EDS			
metolazone 5 mg tablet EDS			
metoprolol succinate er 100 mg tablet,extended release 24 hr EDS			
metoprolol succinate er 200 mg tablet,extended release 24 hr EDS			
metoprolol succinate er 25 mg tablet,extended release 24 hr EDS			
metoprolol succinate er 50 mg tablet,extended release 24 hr EDS			

EDS – Supido extendido de 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
metoprolol tartrate 100 mg tablet EDS			
metoprolol tartrate 25 mg tablet EDS			
metoprolol tartrate 50 mg tablet EDS			
metronidazole 0.75 % (37.5 mg/5 gram) vaginal gel			
metronidazole 0.75 % topical cream	QL(90 cada 30 días)		
metronidazole 0.75 % topical gel	QL(90 cada 30 días)		
metronidazole 1 % topical gel			
metronidazole 1 % topical gel with pump			
metronidazole 250 mg tablet			
metronidazole 500 mg tablet			
metronidazole 500 mg/100 ml in sodium chlor(iso) intravenous piggyback			
mexiletine 150 mg capsule EDS			
mexiletine 200 mg capsule EDS			
mexiletine 250 mg capsule EDS			
mibelas 24 fe 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4) chewable tablet	QL(91 cada 90 días)	12	
miconazole nitrate 1,200 mg-2 % vaginal kit OTC			
miconazole nitrate 100 mg vaginal suppository OTC			20
miconazole nitrate 2 % topical cream OTC			20
miconazole nitrate 2 % vaginal cream OTC			20
miconazole-3 200 mg-2 % (9 gram) vaginal kit OTC			20
miconazole-3 200 mg/5 gram (4 %) vaginal cream OTC			
miconazole-7 100 mg vaginal suppository OTC			20
miconazole-7 2 % vaginal cream OTC			20
MICRO THIN LANCETS 33 GAUGE OTC			
MICROCHAMBER SPACER			
MICRODOT LANCET 28 GAUGE OTC			
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 24 fe 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4) 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 OTC			
MICROLET LANCET OTC			
MICROLET NEXT LANCING DEVICE KIT OTC			
MICROSPACER			
midodrine 10 mg tablet			
midodrine 2.5 mg tablet			
midodrine 5 mg tablet			
miglitol 100 mg tablet EDS			
miglitol 25 mg tablet EDS			
miglitol 50 mg tablet EDS			
mili 0.25 mg-35 mcg tablet	QL(91 cada 90 días)	12	
milrinone 1 mg/ml intravenous solution			
milrinone 20 mg/100 ml(200 mcg/ml) in 5 % dextrose intravenous piggybk			

EDS – Supido extendido de 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
milrinone 40 mg/200 ml(200 mcg/ml) in 5 % dextrose intravenous piggybk			
MINASTRIN 24 FE 1 MG-20 MCG (24)/75 MG (4) CHEWABLE TABLET	QL(91 cada 90 días)	12	
MINI LANCING DEVICE OTC			
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 EDS			
minoxidil 2.5 mg tablet EDS			
MIRCETTE (28) 0.15 MG-0.02 MG (21)/0.01 MG (5) TABLET	QL(91 cada 90 días)	12	
mirtazapine 15 mg disintegrating tablet	QL(30 cada 30 días)	6	
mirtazapine 15 mg tablet	QL(30 cada 30 días)	6	
mirtazapine 30 mg disintegrating tablet	QL(30 cada 30 días)	6	
mirtazapine 30 mg tablet	QL(30 cada 30 días)	6	
mirtazapine 45 mg disintegrating tablet	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 intravenous solution			
mitomycin 40 mg intravenous solution			
mitomycin 5 mg intravenous solution			
mitoxantrone 2 mg/ml concentrate,intravenous		18	
MOBILE LANCETS 30 GAUGE OTC			
modafinil 100 mg tablet	PA,QL(90 cada 30 días)	18	
modafinil 200 mg tablet	PA,QL(60 cada 30 días)	18	
MODERNA COVID 2023-24(6MO-11YR)(PF) 25 MCG/0.25 ML IM SUSPENSION (EUA)			
MODERNA COVID-19 (12 YR UP) VACCINE (PF) 100 MCG/0.5 ML IM SUSP (EUA)			
MODERNA COVID-19 BIVALENT(6MO UP)(PF) 50 MCG/0.5 ML IM SUSP(EUA)(BLUE)			
MODERNA COVID-19 BIVALENT(6MO-5Y)(PF) 10 MCG/0.2 ML IM SUSP(EUA)(PINK)			
MODERNA COVID-19 VACC (6-11YR PRIMARY)(PF) 50 MCG/0.5 ML IM SUSP (EUA)			
MODERNA COVID-19 VACCINE(6MO-5YR)(PF) 25 MCG/0.25 ML IM SUSP (EUA)			
mometasone 0.1 % topical cream			
mometasone 0.1 % topical ointment			
mometasone 0.1 % topical solution			

EDS – Supido extendido de 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
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 OTC			
MONOJECT ENFIT SYRINGE 12 ML OTC			
MONOJECT HYPODERMIC NEEDLES 22 GAUGE X 1 1/2" OTC			
MONOJECT HYPODERMIC NEEDLES 22 GAUGE X 1 1/2" OTC			
MONOJECT HYPODERMIC NEEDLES 22 GAUGE X 1" OTC			
MONOJECT HYPODERMIC NEEDLES 22 GAUGE X 1" OTC			
MONOJECT HYPODERMIC NEEDLES 23 GAUGE X 1" OTC			
MONOJECT HYPODERMIC NEEDLES 23 GAUGE X 1" OTC			
MONOJECT HYPODERMIC NEEDLES 25 GAUGE X 1 1/2"			
MONOJECT HYPODERMIC NEEDLES 25 GAUGE X 1"			
MONOJECT HYPODERMIC NEEDLES 25 GAUGE X 5/8" OTC			
MONOJECT HYPODERMIC NEEDLES 25 GAUGE X 5/8" OTC			
MONOJECT HYPODERMIC NEEDLES 26 GAUGE X 1 1/2"			
MONOJECT HYPODERMIC NEEDLES 27 GAUGE X 1/2" OTC			
MONOJECT HYPODERMIC NEEDLES 27 GAUGE X 1/2" OTC			
MONOJECT HYPODERMIC NEEDLES 30 GAUGE X 3/4"			
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 OTC			
MONOJECT PHARMACY TRAY REGULAR TIP 1 ML SYRINGE OTC			
MONOJECT SAFETY SYRINGES OTC			
MONOJECT SAFETY SYRINGES OTC			
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 3 ML			
MONOJECT SYRINGE 6 ML			
MONOJECT SYRINGE 6 ML 20 X 1 1/2" OTC			
MONOJECT SYRINGE 6 ML 20 X 1 1/2" OTC			
MONOJECT SYRINGE 6 ML 21 X 1 1/2" OTC			
MONOJECT SYRINGE 6 ML 21 X 1 1/2" OTC			
MONOJECT SYRINGE 6 ML 21 X 1" OTC			
MONOJECT SYRINGE 6 ML 21 X 1" OTC			
MONOJECT SYRINGE 6 ML 22 X 1 1/2"			
MONOJECT TB LUER LOK 1 ML SYRINGE			

EDS – Supido extendido de 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
MONOJECT TUBERCULIN SYRINGE 1 ML OTC			
MONOLET LANCETS 21 GAUGE OTC			
MONOLET THIN LANCETS 28 GAUGE OTC			
montelukast 10 mg tablet	QL(30 cada 30 días)		
montelukast 4 mg chewable tablet	QL(30 cada 30 días)		
montelukast 5 mg chewable tablet	QL(30 cada 30 días)		
morphine 10 mg/5 ml oral solution			
morphine 15 mg immediate release tablet			
morphine 20 mg/5 ml (4 mg/ml) oral solution			
morphine 30 mg immediate release tablet			
morphine concentrate 100 mg/5 ml (20 mg/ml) oral solution			
morphine er 100 mg tablet,extended release	QL(90 cada 30 días)	18	
morphine er 15 mg tablet,extended release	QL(90 cada 30 días)	18	
morphine er 200 mg tablet,extended release	QL(90 cada 30 días)	18	
morphine er 30 mg tablet,extended release	QL(90 cada 30 días)	18	
morphine er 60 mg tablet,extended release	QL(90 cada 30 días)	18	
MOUTHPIECE DEVICE OTC			
MOVANTIK 12.5 MG TABLET	PA,QL(30 cada 30 días)	18	
MOVANTIK 25 MG TABLET	PA,QL(30 cada 30 días)	18	
MOVIPREP 100 GRAM-7.5 GRAM-2.691 GRAM ORAL POWDER PACKET		18	
moxifloxacin 0.5 % eye drops	QL(6 cada 30 días)		
MUCINEX 1,200 MG TABLET, EXTENDED RELEASE OTC			20
MUCINEX 600 MG TABLET, EXTENDED RELEASE OTC			20
mucosa 400 mg tablet OTC			20
mucus dm 30 mg-600 mg tablet,extended release OTC			20
mucus dm max er 60 mg-1,200 mg tablet,extended release OTC			20
mucus relief 400 mg tablet OTC			20
mucus relief dm cough 20 mg-400 mg tablet OTC			20
mucus relief dm max 5 mg-100 mg/5 ml oral liquid OTC			20
mucus relief er 1,200 mg tablet, extended release OTC			20
mucus relief er 600 mg tablet, extended release OTC			20
MUCUS-CHEST CONGESTION 100 MG/5 ML ORAL LIQUID OTC			20
mucus-er max 1,200 mg tablet, extended release OTC			20
MULTI-LANCET DEVICE 2 KIT OTC			
multi-vit with fluoride and iron 0.25 mg-10 mg/ml oral drops OTC,EDS			12
multi-vitamin with fluoride 0.25 mg chewable tablet OTC			12
multi-vitamin with fluoride 0.25 mg/ml oral drops OTC			12
multi-vitamin with fluoride 0.5 mg chewable tablet OTC			12
multi-vitamin with fluoride 0.5 mg/ml oral drops OTC			12
multi-vitamin with fluoride 1 mg chewable tablet OTC			12
multitrace-4 concentrate 10 mg-1 mg-0.5 mg-5 mg/ml intravenous soln			

EDS – Supido extendido de 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
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			
multivitamins with fluoride 0.25 mg chewable tablet OTC			12
mupirocin 2 % topical ointment	QL(44 cada 30 días)		
MUTAMYCIN 20 MG INTRAVENOUS SOLUTION			
MUTAMYCIN 40 MG INTRAVENOUS SOLUTION			
MUTAMYCIN 5 MG INTRAVENOUS SOLUTION			
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	
MYCOBUTIN 150 MG CAPSULE			
mycophenolate 500 mg intravenous solution			
mycophenolate mofetil 250 mg capsule			
mycophenolate mofetil 500 mg tablet			
mycophenolate sodium 180 mg tablet,delayed release			
mycophenolate sodium 360 mg tablet,delayed release			
MYFEMBREE 40 MG-1 MG-0.5 MG TABLET	PA	18	
MYGLUCOHEALTH LANCETS 30 GAUGE OTC			
MYLERAN 2 MG TABLET	QL(120 cada 30 días)		
myorisan 10 mg capsule		12	
myorisan 20 mg capsule		12	
myorisan 30 mg capsule		12	
myorisan 40 mg capsule		12	
MYSOLINE 250 MG TABLET	PA		
MYSOLINE 50 MG TABLET	PA		
nabumetone 500 mg tablet			
nabumetone 750 mg tablet			
nadolol 20 mg tablet EDS			
nadolol 40 mg tablet EDS			
nadolol 80 mg tablet EDS			
naloxone 0.4 mg/ml injection solution			
naloxone 0.4 mg/ml injection syringe			
naloxone 1 mg/ml injection syringe			
naltrexone 50 mg tablet			
NAPROSYN 125 MG/5 ML ORAL SUSPENSION			11
naproxen 125 mg/5 ml oral suspension			11
naproxen 250 mg tablet			
naproxen 375 mg tablet			
naproxen 500 mg tablet			
naproxen sodium 275 mg tablet			
naproxen sodium 550 mg tablet			
NARCAN 4 MG/ACTUATION NASAL SPRAY OTC	QL(4 cada 365 días)		
NARCAN 4 MG/ACTUATION NASAL SPRAY OTC	QL(4 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			

EDS – Supido extendido de 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
NAYZILAM 5 MG/SPRAY (0.1 ML) NASAL SPRAY	PA,QL(10 cada 30 días)	12	
nebivolol 10 mg tablet EDS			
nebivolol 2.5 mg tablet EDS			
nebivolol 20 mg tablet EDS			
nebivolol 5 mg tablet EDS			
necon 0.5/35 (28) 0.5 mg-35 mcg tablet	QL(91 cada 90 días)	12	
neomycin 3.5 mg/g-polymyxin b 10,000 unit/g-dexameth 0.1 % eye oint			
neomycin 40 mg-polymyxin b 200,000 unit/ml gu irrigation solution			
neomycin 500 mg tablet			
neomycin-bacitracin-poly-hc 3.5 mg-400-10,000 unit/g-1 % eye ointment			
neomycin-bacitracin-polymyxn 3.5 mg-400 unit-10,000 unit/gram eye oint			
neomycin-polymyxin-dexameth 3.5 mg/ml-10,000 unit/ml-0.1% eye drops			
neomycin-polymyxin-hydrocort 3.5 mg-10,000 unit/ml-1 % ear drops,susp			
neomycin-polymyxin-hydrocort 3.5 mg/ml-10,000 unit/ml-1 % ear solution			
NEONATAL FE 90 MG-120 MG-12 MCG-1,000 MCG TABLET		12	
NEPHPLEX RX 1 MG-60 MG-300 MCG-12.5 MG TABLET OTC			
NESINA 12.5 MG TABLET	QL(30 cada 30 días)	18	
NESINA 25 MG TABLET	QL(30 cada 30 días)	18	
NESINA 6.25 MG TABLET	QL(30 cada 30 días)	18	
NEUPOGEN 300 MCG/0.5 ML INJECTION SYRINGE			
NEUPOGEN 300 MCG/ML INJECTION SOLUTION			
NEUPOGEN 480 MCG/0.8 ML INJECTION SYRINGE			
NEUPOGEN 480 MCG/1.6 ML INJECTION SOLUTION			
nevirapine 200 mg tablet			
nevirapine 50 mg/5 ml oral suspension			
nevirapine er 100 mg tablet,extended release 24 hr			
nevirapine er 400 mg tablet,extended release 24 hr			
new day 1.5 mg tablet OTC	QL(2 cada 30 días)	12	
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
NEXTSTELLIS 3 MG-14.2 MG (28) TABLET		12	

EDS – Supido extendido de 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
NGENLA 24 MG/1.2 ML (20 MG/ML) SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR	PA	3	
NGENLA 60 MG/1.2 ML (50 MG/ML) SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR	PA	3	
niacin er 1,000 mg tablet,extended release 24 hr EDS			
niacin er 500 mg tablet,extended release 24 hr EDS			
niacin er 750 mg tablet,extended release 24 hr EDS			
nicotine (polacrilex) 2 mg buccal lozenge OTC		18	
nicotine (polacrilex) 2 mg buccal mini lozenge OTC		18	
nicotine (polacrilex) 2 mg gum OTC		18	
nicotine (polacrilex) 4 mg buccal lozenge OTC		18	
nicotine (polacrilex) 4 mg buccal mini lozenge OTC		18	
nicotine (polacrilex) 4 mg gum OTC		18	
nicotine 14 mg/24 hr daily transdermal patch OTC		18	
nicotine 21 mg/24 hr daily transdermal patch OTC		18	
nicotine 21mg/24hr-14mg/24hr-7mg/24hr daily transderm patches,sequentl OTC		18	
nicotine 7 mg/24 hr daily transdermal patch OTC		18	
nifedipine 10 mg capsule EDS			
nifedipine 20 mg capsule EDS			
nifedipine er 30 mg tablet,extended release EDS			
nifedipine er 30 mg tablet,extended release 24 hr EDS			
nifedipine er 60 mg tablet,extended release EDS			
nifedipine er 60 mg tablet,extended release 24 hr EDS			
nifedipine er 90 mg tablet,extended release EDS			
nifedipine er 90 mg tablet,extended release 24 hr EDS			
nikki (28) 3 mg-0.02 mg tablet	QL(91 cada 90 días)	12	
nimodipine 30 mg capsule EDS		18	
nitrofurantoin 25 mg/5 ml oral suspension			
nitrofurantoin 50 mg/5 ml oral suspension			
nitrofurantoin macrocrystal 100 mg capsule			
nitrofurantoin macrocrystal 25 mg capsule			
nitrofurantoin macrocrystal 50 mg capsule			
nitrofurantoin monohydrate/macrocrystals 100 mg capsule		12	
nitroglycerin 0.1 mg/hr transdermal 24 hour patch	QL(30 cada 30 días)		
nitroglycerin 0.2 mg/hr transdermal 24 hour patch	QL(30 cada 30 días)		
nitroglycerin 0.3 mg sublingual tablet EDS	QL(400 cada 25 días)		
nitroglycerin 0.4 mg sublingual tablet EDS	QL(400 cada 25 días)		
nitroglycerin 0.4 mg/hr transdermal 24 hour patch	QL(30 cada 30 días)		
nitroglycerin 0.6 mg sublingual tablet EDS	QL(400 cada 25 días)		
nitroglycerin 0.6 mg/hr transdermal 24 hour patch	QL(30 cada 30 días)		
niva thyroid 120 mg tablet			
niva thyroid 15 mg tablet			
niva thyroid 30 mg tablet			
niva thyroid 60 mg tablet			
niva thyroid 90 mg tablet			
niva-plus 27 mg iron-1 mg tablet OTC		12	

EDS – Supido extendido de 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
NORA-BE 0.35 MG TABLET	QL(91 cada 90 días)	12	
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
norelgestromin 150 mcg-e.estradiol 35 mcg/24 hr weekly transderm patch		12	
norethin-ethinyl estradiol-iron 0.4 mg-35 mcg(21)/75 mg(7) chew tablet	QL(91 cada 90 días)	12	
norethin-ethinyl estradiol-iron 0.8 mg-25 mcg(24)/75 mg(4) chew tablet	QL(91 cada 90 días)	12	
norethindrone (contraceptive) 0.35 mg tablet	QL(91 cada 90 días)	12	
norethindrone 1 mg-e. estradiol 20 mcg (24)-iron 75 mg (4) chew tablet	QL(91 cada 90 días)	12	
norethindrone 1 mg-ethin. estradiol 20 mcg (24)-iron 75 mg (4) capsule	QL(91 cada 90 días)	12	
norethindrone 1 mg-ethinyl estradiol 20 mcg (21)-iron 75 mg (7) tablet	QL(91 cada 90 días)	12	
norethindrone 1.5 mg-ethinyl estradiol 30 mcg(21)/iron 75 mg(7) tablet	QL(91 cada 90 días)	12	
norethindrone acetate 0.5 mg-ethinyl estradiol 2.5 mcg tablet			
norethindrone acetate 1 mg-ethinyl estradiol 20 mcg tablet	QL(91 cada 90 días)	12	
norethindrone acetate 1 mg-ethinyl estradiol 5 mcg tablet			
norethindrone acetate 1.5 mg-ethinyl estradiol 30 mcg tablet	QL(91 cada 90 días)	12	
norethindrone acetate 5 mg tablet			
norethindrone-eth. estradiol-iron 1-20 (5)/1-30(7)/1mg-35mcg(9) tablet	QL(91 cada 90 días)	12	
norgestimate 0.18 mg/0.215 mg/0.25 mg-ethinyl estradiol 25 mcg tablet	QL(91 cada 90 días)	12	
norgestimate 0.25 mg-ethinyl estradiol 35 mcg tablet	QL(91 cada 90 días)	12	
norgestimate-ethinyl estradiol 0.18 mg/0.215mg/0.25mg-35 mcg(28)tablet	QL(91 cada 90 días)	12	
norlyda 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 capsule	QL(240 cada 30 días)	13	

EDS – Supido extendido de 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
nortriptyline 25 mg capsule	QL(120 cada 30 días)	13	
nortriptyline 50 mg capsule	QL(90 cada 30 días)	13	
nortriptyline 75 mg capsule	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 OTC			
NOVA SAFETY LANCETS 28 GAUGE OTC			
NOVA SUREFLEX LANCETS OTC			
NOVAVAX COVID 2023-2024(PF) 5 MCG/0.5 ML INTRAMUSCULAR SUSPENSION(EUA)			
NOVAVAX COVID-19 VACCINE,ADJUVANTED (PF) 5 MCG/0.5 ML IM SUSPEN (EUA)			
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 EDS	QL(90 cada 90 días)		
NOVOLOG MIX 70-30 FLEXPEN U-100 INSULIN 100 UNIT/ML SUBCUTANEOUS PEN EDS	QL(90 cada 90 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 EDS	QL(90 cada 90 días)		
NOVOLOG U-100 INSULIN ASPART 100 UNIT/ML SUBCUTANEOUS SOLUTION	QL(70 cada 30 días)		
NOXAFIL 100 MG TABLET,DELAYED RELEASE			
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			
NUEDEXTA 20 MG-10 MG CAPSULE		18	
NURTEC ODT 75 MG DISINTEGRATING TABLET	PA,QL(16 cada 30 días)	18	
NUTRILIPID 20 % INTRAVENOUS EMULSION			
NUVARING 0.12 MG-0.015 MG/24 HR VAGINAL	QL(1 cada 21 días)	12	
NUVESSA 1.3 % (65 MG/5 GRAM) VAGINAL GEL			
nylia 1/35 (28) 1 mg-35 mcg tablet	QL(91 cada 90 días)	12	
nylia 7/7/7 (28) 0.5/0.75/1 mg-35 mcg tablet	QL(91 cada 90 días)	12	
nymyo 0.25 mg-35 mcg tablet	QL(91 cada 90 días)	12	
nystatin 100,000 unit/gram topical cream	QL(90 cada 30 días)		
nystatin 100,000 unit/gram topical ointment	QL(90 cada 30 días)		
nystatin 100,000 unit/gram topical powder			
nystatin 100,000 unit/ml oral suspension			
nystatin 500,000 unit tablet			

EDS – Supido extendido de 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
nystatin-triamcinolone 100,000 unit/g-0.1 % topical cream			
nystatin-triamcinolone 100,000 unit/gram-0.1 % topical ointment			
NYVEPRIA 6 MG/0.6 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE			
ocella 3 mg-0.03 mg tablet	QL(91 cada 90 días)	12	
octreotide acetate 1,000 mcg/ml injection solution			
octreotide acetate 100 mcg/ml (1 ml) injection syringe			
octreotide acetate 100 mcg/ml injection solution			
octreotide acetate 200 mcg/ml injection solution			
octreotide acetate 50 mcg/ml (1 ml) injection syringe			
octreotide acetate 50 mcg/ml injection solution			
octreotide acetate 500 mcg/ml (1 ml) injection syringe			
octreotide acetate 500 mcg/ml injection solution			
ODEFSEY 200 MG-25 MG-25 MG TABLET	PA,QL(30 cada 30 días)	12	
OFEV 100 MG CAPSULE	PA		
OFEV 150 MG CAPSULE	PA		
ofloxacin 0.3 % ear drops			
ofloxacin 0.3 % eye drops			
OHC COVID-19 ANTIGEN HOME TEST KIT OTC			
olanzapine 10 mg disintegrating tablet	QL(30 cada 30 días)	6	
olanzapine 10 mg tablet	QL(30 cada 30 días)	6	
olanzapine 15 mg disintegrating tablet	QL(60 cada 30 días)	6	
olanzapine 15 mg tablet	QL(60 cada 30 días)	6	
olanzapine 2.5 mg tablet	QL(30 cada 30 días)	6	
olanzapine 20 mg disintegrating tablet	QL(30 cada 30 días)	6	
olanzapine 20 mg tablet	QL(30 cada 30 días)	6	
olanzapine 5 mg disintegrating 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	
olmesartan 20 mg tablet EDS			
olmesartan 20 mg-hydrochlorothiazide 12.5 mg tablet EDS			
olmesartan 40 mg tablet EDS			
olmesartan 40 mg-hydrochlorothiazide 12.5 mg tablet EDS			
olmesartan 40 mg-hydrochlorothiazide 25 mg tablet EDS			
olmesartan 5 mg tablet EDS			
olopatadine 0.1 % eye drops OTC			
olopatadine 0.1 % eye drops OTC			
omega-3 acid ethyl esters 1 gram capsule	QL(120 cada 30 días)	18	
omeprazole 10 mg capsule,delayed release	QL(30 cada 30 días)	1	
omeprazole 20 mg capsule,delayed release	QL(30 cada 30 días)	1	
omeprazole 40 mg capsule,delayed release	QL(30 cada 30 días)	1	
OMNIPOD 5 G6 INTRO KIT (GEN 5) SUBCUTANEOUS CARTRIDGE WITH CONTROLLER			
OMNIPOD 5 G6 PODS (GEN 5) SUBCUTANEOUS CARTRIDGE			
OMNIPOD 5 G6-G7 INTRO KIT (GEN 5) SUBCUTANEOUS CARTRIDGE			

EDS – Supido extendido de 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
OMNIPOD 5 G6-G7 PODS (GEN 5) SUBCUTANEOUS CARTRIDGE			
OMNIPOD CLASSIC PODS (GEN 3) SUBCUTANEOUS CARTRIDGE			
OMNIPOD DASH INTRO KIT (GEN 4) SUBCUTANEOUS CARTRIDGE WITH CONTROLLER			
OMNIPOD DASH PDM KIT (GEN 4)			
OMNIPOD DASH PODS (GEN 4) SUBCUTANEOUS CARTRIDGE			
OMNIPOD GO PODS 10 UNITS/DAY SUBCUTANEOUS CARTRIDGE			
OMNIPOD GO PODS 15 UNITS/DAY SUBCUTANEOUS CARTRIDGE			
OMNIPOD GO PODS 20 UNITS/DAY SUBCUTANEOUS CARTRIDGE			
OMNIPOD GO PODS 25 UNITS/DAY SUBCUTANEOUS CARTRIDGE			
OMNIPOD GO PODS 30 UNITS/DAY SUBCUTANEOUS CARTRIDGE			
OMNIPOD GO PODS 40 UNITS/DAY SUBCUTANEOUS CARTRIDGE			
OMNIPOD GO PODS SUBCUTANEOUS CARTRIDGE			
ON CALL LANCET 30 GAUGE OTC			
ON CALL LANCING DEVICE OTC			
ON CALL PLUS LANCET 30 GAUGE OTC			
ON CALL PLUS LANCING DEVICE OTC			
ON-GO COVID-19 AG AT HOME TEST KIT OTC			
ON-THE-GO LANCETS 30 GAUGE OTC			
ONCASPAR 750 UNIT/ML INJECTION SOLUTION			
ondansetron 4 mg disintegrating tablet	QL(60 cada 30 días)		
ondansetron 8 mg disintegrating tablet	QL(60 cada 30 días)		
ondansetron hcl (pf) 4 mg/2 ml injection solution	QL(32 cada 28 días)		
ondansetron hcl (pf) 4 mg/2 ml injection syringe	QL(32 cada 28 días)		
ondansetron hcl 2 mg/ml intravenous solution	QL(32 cada 28 días)		
ondansetron hcl 4 mg tablet	QL(60 cada 30 días)		
ondansetron hcl 4 mg/5 ml oral solution	QL(600 cada 28 días)		
ondansetron hcl 8 mg tablet	QL(60 cada 30 días)		
ONE WAY VALVED MOUTHPIECE DEVICE OTC			
ONETOUCH DELICA PLUS LANCET 30 GAUGE OTC			
ONETOUCH DELICA PLUS LANCET 33 GAUGE OTC			
ONETOUCH DELICA PLUS LANCING DEVICE KIT OTC			
ONETOUCH SURESOFT LANCING DEVICES 18 GAUGE OTC			
ONETOUCH SURESOFT LANCING DEVICES 21 GAUGE OTC			
ONETOUCH SURESOFT LANCING DEVICES 28 GAUGE OTC			
ONETOUCH ULTRASOFT 2 LANCET 30 GAUGE OTC			
ONETOUCH ULTRASOFT LANCETS OTC			
ONFI 10 MG TABLET	PA	2	
ONFI 2.5 MG/ML ORAL SUSPENSION	PA	2	
ONFI 20 MG TABLET	PA	2	
ONGLYZA 2.5 MG TABLET	QL(30 cada 30 días)	18	

EDS – Supido extendido de 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
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 ORAL SUSPENSION OTC	QL(2000 cada 30 días)		
ORA-BLEND SF ORAL SUSPENSION OTC	QL(2000 cada 30 días)		
ORA-SWEET ORAL SYRUP OTC	QL(2000 cada 30 días)		
ORA-SWEET SF ORAL LIQUID OTC	QL(2000 cada 30 días)		
ORACIT 490 MG-640 MG/5 ML ORAL SOLUTION			
ORIAHNN 300-1-0.5 MG(AM)/300 MG(PM) CAPSULES	PA		
ORILISSA 150 MG TABLET	PA		
ORILISSA 200 MG TABLET	PA		
orphenadrine citrate er 100 mg tablet,extended release			
orsythia 0.1 mg-20 mcg 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-NOVUM 7/7/7 (28) 0.5 MG/0.75 MG/1 MG-35 MCG TABLET	QL(91 cada 90 días)	12	
oseltamivir 30 mg capsule	QL(40 cada 365 días)		
oseltamivir 45 mg capsule	QL(20 cada 365 días)		
oseltamivir 6 mg/ml oral suspension	QL(360 cada 365 días)		12
oseltamivir 75 mg capsule	QL(20 cada 365 días)		
OTEZLA 30 MG TABLET	QL(60 cada 30 días)	18	
OTEZLA STARTER 10 MG (4)-20 MG (4)-30 MG(47) TABLETS IN A DOSE PACK	QL(55 cada 365 días)	18	
oxaliplatin 100 mg intravenous solution			
oxaliplatin 100 mg/20 ml intravenous solution			
oxaliplatin 200 mg/40 ml intravenous solution			
oxaliplatin 50 mg intravenous solution			
oxaliplatin 50 mg/10 ml (5 mg/ml) intravenous solution			
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 (60 mg/ml) oral suspension			
oxcarbazepine 600 mg tablet			
OXTELLAR XR 150 MG TABLET,EXTENDED RELEASE	PA	6	
OXTELLAR XR 300 MG TABLET,EXTENDED RELEASE	PA	6	
OXTELLAR XR 600 MG TABLET,EXTENDED RELEASE	PA	6	
oxybutynin chloride 2.5 mg tablet EDS			
oxybutynin chloride 5 mg tablet EDS			
oxybutynin chloride 5 mg/5 ml oral syrup			

EDS – Supido extendido de 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
oxybutynin chloride er 10 mg tablet,extended release 24 hr EDS		6	
oxybutynin chloride er 15 mg tablet,extended release 24 hr		6	
oxybutynin chloride er 5 mg tablet,extended release 24 hr EDS		6	
oxycodone 10 mg tablet	QL(180 cada 30 días)		
oxycodone 15 mg tablet	QL(180 cada 30 días)		
oxycodone 20 mg tablet	QL(270 cada 30 días)		
oxycodone 30 mg tablet	QL(180 cada 30 días)		
oxycodone 5 mg tablet	QL(360 cada 30 días)		
oxycodone 5 mg/5 ml oral solution	QL(1800 cada 30 días)		
oxycodone-acetaminophen 10 mg-325 mg tablet	QL(180 cada 30 días)		
oxycodone-acetaminophen 2.5 mg-325 mg tablet	QL(360 cada 30 días)		
oxycodone-acetaminophen 5 mg-325 mg tablet	QL(360 cada 30 días)		
oxycodone-acetaminophen 7.5 mg-325 mg tablet	QL(240 cada 30 días)		
oyster shell calcium 500 500 mg calcium (1,250 mg) tablet OTC			
oyster shell calcium 500 mg calcium (1,250 mg) tablet OTC			
OZEMPIC 0.25 MG OR 0.5 MG (2 MG/1.5 ML) SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR	PA,QL(3 cada 28 días)	18	
OZEMPIC 0.25 MG OR 0.5 MG (2 MG/3 ML) SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR	PA,QL(3 cada 28 días)	18	
OZEMPIC 1 MG/DOSE (4 MG/3 ML) SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR	PA,QL(3 cada 28 días)	18	
OZEMPIC 2 MG/DOSE (8 MG/3 ML) SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR	PA,QL(3 cada 28 días)	18	
paclitaxel 6 mg/ml concentrate,intravenous			
pain relief (acetaminophen) 650 mg tablet,extended release OTC			20
palonosetron 0.25 mg/2 ml intravenous solution			
palonosetron 0.25 mg/5 ml intravenous solution	QL(40 cada 28 días)		
palonosetron 0.25 mg/5 ml intravenous syringe			
pamidronate 30 mg intravenous solution			
pamidronate 30 mg/10 ml (3 mg/ml) intravenous solution			
pamidronate 60 mg/10 ml (6 mg/ml) intravenous solution			
pamidronate 90 mg intravenous solution			
pamidronate 90 mg/10 ml (9 mg/ml) intravenous solution			
PANCREAZE 10,500 UNIT-35,500 UNIT-61,500 UNIT CAPSULE,DELAYED RELEASE	PA		
PANCREAZE 16,800 UNIT-56,800 UNIT-98,400 UNIT CAPSULE,DELAYED RELEASE	PA		
PANCREAZE 2,600 UNIT-8,800 UNIT-15,200 UNIT CAPSULE,DELAYED RELEASE	PA		
PANCREAZE 21,000 UNIT-54,700 UNIT-83,900 UNIT CAPSULE,DELAYED RELEASE	PA		
PANCREAZE 37,000-97,300-149,900 UNIT CAPSULE,DELAYED RELEASE	PA		

EDS – Supido extendido de 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
PANCREAZE 4,200 UNIT-14,200 UNIT-24,600 UNIT CAPSULE,DELAYED RELEASE	PA		
PANDA MASK OTC			
PANRETIN 0.1 % TOPICAL GEL	PA		
pantoprazole 20 mg tablet,delayed release	QL(30 cada 30 días)	5	
pantoprazole 40 mg tablet,delayed release	QL(60 cada 30 días)	5	
paraplatin 10 mg/ml intravenous solution			
paricalcitol 1 mcg capsule			
paricalcitol 2 mcg capsule			
paricalcitol 2 mcg/ml intravenous solution			
paricalcitol 2 mcg/ml solution for hemodialysis port injection			
paricalcitol 4 mcg capsule			
paricalcitol 5 mcg/ml intravenous solution			
paricalcitol 5 mcg/ml solution for hemodialysis port injection			
paromomycin 250 mg capsule			
paroxetine 10 mg tablet	QL(30 cada 30 días)	6	
paroxetine 20 mg tablet	QL(30 cada 30 días)	6	
paroxetine 30 mg tablet	QL(60 cada 30 días)	6	
paroxetine 40 mg tablet	QL(30 cada 30 días)	6	
PAXLOVID 150 MG-100 MG TABLETS IN A DOSE PACK (RENAL DOSE)	QL(30 cada 5 días)	12	
PAXLOVID 300 MG (150 MG X 2)-100 MG TABLETS IN A DOSE PACK	QL(30 cada 5 días)	12	
PEDIARIX (PF) 10 MCG-25 LF-25 MCG-10 LF/0.5 ML INTRAMUSCULAR SYRINGE		3	6
PEDIATRIC MEDIUM MASK OTC			
PEDIATRIC PANDA MASK OTC			
PEDIATRIC SMALL MASK OTC			
PEDVAX HIB (PF) 7.5 MCG/0.5 ML INTRAMUSCULAR SOLUTION		3	5
peg 3350-electrolytes 236 gram-22.74 gram-6.74 gram-5.86 gram solution			
peg-electrolyte solution 420 gram oral solution			
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	
pemetrexed disodium 1,000 mg intravenous powder for solution			
pemetrexed disodium 100 mg intravenous powder for solution			
pemetrexed disodium 25 mg/ml intravenous solution			
pemetrexed disodium 500 mg intravenous powder for solution			
pemetrexed disodium 750 mg intravenous powder for solution			
penicillin g procaine 1.2 million unit/2 ml intramuscular syringe			
penicillin g procaine 600,000 unit/ml intramuscular syringe			
penicillin g sodium 5 million unit solution for injection			

EDS – Supido extendido de 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
penicillin v potassium 125 mg/5 ml oral solution			
penicillin v potassium 250 mg tablet			
penicillin v potassium 250 mg/5 ml oral solution			
penicillin v potassium 500 mg tablet			
PENTACEL (PF) 15 LF UNIT-20 MCG-5 LF /0.5 ML INTRAMUSCULAR KIT		3	4
PENTACEL (PF) 15 LF-48 MCG-62 DU-10 MCG/0.5 ML INTRAMUSCULAR KIT		3	4
PENTACEL DTAP-IPV COMPONENT (PF) 15 LF-48 MCG-5 LF UNIT/0.5 ML IM SUSP		3	4
PENTACEL DTAP-IPV COMPONENT (PF) 15 LF-48 MCG-62 DU/0.5 ML IM SUSP		3	4
pentamidine 300 mg solution for inhalation			
PENTASA 250 MG CAPSULE,CONTROLLED RELEASE		18	
PENTASA 500 MG CAPSULE,CONTROLLED RELEASE		18	
pentoxifylline er 400 mg tablet,extended release EDS			
PERIKABIVEN 2.36 %-7.5 %-3.5 % INTRAVENOUS EMULSION			
PERJETA 420 MG/14 ML (30 MG/ML) INTRAVENOUS SOLUTION			
permethrin 5 % topical cream			
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	
perphenazine-amitriptyline 2 mg-10 mg tablet	QL(240 cada 30 días)	18	
perphenazine-amitriptyline 2 mg-25 mg tablet	QL(120 cada 30 días)	18	
perphenazine-amitriptyline 4 mg-10 mg tablet	QL(120 cada 30 días)	18	
perphenazine-amitriptyline 4 mg-25 mg tablet	QL(120 cada 30 días)	18	
perphenazine-amitriptyline 4 mg-50 mg tablet	QL(120 cada 30 días)	18	
PERSERIS 120 MG ABDOMINAL SUBCUTANEOUS EXT. RELEASE SUSPENSION SYRINGE	PA,QL(1 cada 30 días)	18	
PERSERIS 90 MG ABDOMINAL SUBCUTANEOUS EXT. RELEASE SUSPENSION SYRINGE	PA,QL(1 cada 30 días)	18	
PERTZYE 16,000 UNIT-57,500 UNIT-60,500 UNIT CAPSULE,DELAYED RELEASE	PA		
PERTZYE 24,000-86,250-90,750 UNIT CAPSULE,DELAYED RELEASE	PA		
PERTZYE 4,000 UNIT-14,375 UNIT-15,125 UNIT CAPSULE,DELAYED RELEASE	PA		
PERTZYE 8,000 UNIT-28,750 UNIT-30,250 UNIT CAPSULE,DELAYED RELEASE	PA		
PFIZER COVID 2023-24(5Y-11Y)(PF) 10 MCG/0.3 ML IM SUSPENSION (EUA)			
PFIZER COVID 2023-24(6MO-4Y)(PF) 3 MCG/0.3 ML IM SUSPENSION (EUA)			
PFIZER COVID-19 BIVALENT (12Y UP)(PF) 30 MCG/0.3 ML IM SUSPENSION(EUA)			

EDS – Supido extendido de 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
PFIZER COVID-19 BIVALENT (5-11YR)(PF) 10 MCG/0.2 ML IM SUSPENSION(EUA)			
PFIZER COVID-19 BIVALENT VACCINE(6MO-4Y)(PF) 3 MCG/0.2 ML IM SUSP(EUA)			
PFIZER-BIONT COVID19 TRIS (12Y UP) VACC(PF)30 MCG/0.3 ML IM SUSP(GRAY)			
PFIZER-BIONT COVID19 TRIS(5-11Y) VACC(PF)10 MCG/0.2 ML IM SUSP(ORANGE)			
PFIZER-BIONT COVID19 TRIS(6M-4Y) VACC(PF) 3 MCG/0.2 ML IM SUSP(MAROON)			
PFIZER-BIONTECH COVID-19 VACCINE (PF) 30 MCG/0.3 ML IM SUSP (PURPLE)			
phenazopyridine 100 mg tablet			
phenazopyridine 200 mg tablet			
phenobarbital 100 mg tablet			
phenobarbital 15 mg tablet			
phenobarbital 16.2 mg tablet			
phenobarbital 20 mg/5 ml (4 mg/ml) oral elixir			
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 drops			
phenytoin 100 mg/4 ml oral suspension			
phenytoin 125 mg/5 ml oral suspension			
phenytoin 50 mg chewable tablet			
phenytoin sodium extended 100 mg capsule			
phenytoin sodium extended 200 mg capsule			
phenytoin sodium extended 300 mg capsule			
PHEXXI 1.8 %-1 %-0.4 % VAGINAL GEL		12	
philith 0.4 mg-35 mcg tablet	QL(91 cada 90 días)	12	
phospha neutral 250 mg tablet OTC			
phospho-trin k500 500 mg soluble tablet OTC			
phytonadione (vitamin k1) 1 mg/0.5 ml injection solution			
phytonadione (vitamin k1) 1 mg/0.5 ml injection syringe			
phytonadione (vitamin k1) 10 mg/ml injection solution			
PIFELTRO 100 MG TABLET	PA,QL(30 cada 30 días)	12	
pilocarpine 5 mg tablet			
pilocarpine 7.5 mg tablet			
PILOT COVID-19 AT-HOME TEST KIT OTC			
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 15 mg tablet EDS			

EDS – Supido extendido de 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
pioglitazone 30 mg tablet EDS			
pioglitazone 45 mg tablet EDS			
PIP LANCET 28 GAUGE OTC			
PIP LANCET 30 GAUGE OTC			
piperacillin-tazobactam 13.5 gram intravenous solution			
piperacillin-tazobactam 2.25 gram intravenous solution			
piperacillin-tazobactam 3.375 gram intravenous solution			
piperacillin-tazobactam 4.5 gram intravenous solution			
piperacillin-tazobactam 40.5 gram intravenous solution			
pirfenidone 267 mg capsule		18	
pirfenidone 267 mg tablet		18	
pirfenidone 534 mg tablet		18	
pirfenidone 801 mg tablet		18	
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	
piroxicam 10 mg capsule			
piroxicam 20 mg capsule			
PLAN B ONE-STEP 1.5 MG TABLET OTC	QL(2 cada 30 días)	12	
PLASMA-LYTE 148 INTRAVENOUS SOLUTION			
PLASMA-LYTE A INTRAVENOUS SOLUTION			
PNEUMOVAX-23 25 MCG/0.5 ML INJECTION SOLUTION		2	
PNEUMOVAX-23 25 MCG/0.5 ML INJECTION SYRINGE		2	
POCKET CHAMBER SPACER			
podofilox 0.5 % topical solution			
polycin 500 unit-10,000 unit/gram eye ointment			
polyethylene glycol 3350 17 gram oral powder packet OTC			20
polyethylene glycol 3350 17 gram/dose oral powder OTC			20
polymyxin b sulfate 10,000 unit-trimethoprim 1 mg/ml eye drops			
polymyxin b sulfate 500,000 unit solution for injection			
portia 28 0.15 mg-0.03 mg tablet	QL(91 cada 90 días)	12	
potas and sod citrate-citric acid 550 mg-500 mg-334 mg/5 ml oral soln OTC			
potassium acetate 2 meq/ml intravenous solution			
potassium chloride 10 meq/100ml in sterile water intravenous piggyback			
potassium chloride 10 meq/50 ml in sterile water intravenous piggyback			
potassium chloride 10 meq/l in 5 % dextrose intravenous solution			
potassium chloride 10 meq/l in dextrose 5 %-0.2 % sodium chloride iv			
potassium chloride 10 meq/l in dextrose 5 %-0.45 % sodium chloride iv			
potassium chloride 2 meq/ml intravenous solution			
potassium chloride 20 meq oral packet			

EDS – Supido extendido de 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
potassium chloride 20 meq/100ml in sterile water intravenous piggyback			
potassium chloride 20 meq/15 ml oral liquid			
potassium chloride 20 meq/50 ml in sterile water intravenous piggyback			
potassium chloride 20 meq/l in 0.45 % sodium chloride intravenous soln			
potassium chloride 20 meq/l in 0.9 % sodium chloride intravenous			
potassium chloride 20 meq/l in 5 % dextrose intravenous solution			
potassium chloride 20 meq/l in d5-0.9 % sodium chloride intravenous			
potassium chloride 20 meq/l in dextrose 5 %-0.2 % sodium chloride iv			
potassium chloride 20 meq/l in dextrose 5 %-0.3 % sodium chloride iv			
potassium chloride 20 meq/l in dextrose 5 %-0.45 % sodium chloride iv			
potassium chloride 20 meq/l-lactated ringers-5 % dextrose intravenous			
potassium chloride 30 meq/100ml in sterile water intravenous piggyback			
potassium chloride 30 meq/l in 5 % dextrose intravenous solution			
potassium chloride 30 meq/l in dextrose 5 %-0.2 % sodium chloride iv			
potassium chloride 30 meq/l in dextrose 5 %-0.45 % sodium chloride iv			
potassium chloride 40 meq/100ml in sterile water intravenous piggyback			
potassium chloride 40 meq/15 ml oral liquid			
potassium chloride 40 meq/l in 0.9 % sodium chloride intravenous			
potassium chloride 40 meq/l in d5-0.9 % sodium chloride intravenous			
potassium chloride 40 meq/l in dextrose 5 %-0.2 % sodium chloride iv			
potassium chloride 40 meq/l in dextrose 5 %-0.45 % sodium chloride iv			
potassium chloride 40 meq/l-lactated ringers-5 % dextrose intravenous			
potassium chloride er 10 meq capsule,extended release			
potassium chloride er 10 meq tablet,extended release			
potassium chloride er 10 meq tablet,extended release(part/cryst)			

EDS – Supido extendido de 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
potassium chloride er 15 meq tablet,extended release(part/cryst)			
potassium chloride er 20 meq tablet,extended release			
potassium chloride er 20 meq tablet,extended release(part/cryst)			
potassium chloride er 8 meq capsule,extended release			
potassium chloride er 8 meq tablet,extended release			
potassium citrate er 10 meq (1,080 mg) tablet,extended release			
potassium citrate er 15 meq (1,620 mg) tablet,extended release			
potassium citrate er 5 meq (540 mg) tablet,extended release			
potassium citrate-citric acid 1,100 mg-334 mg/5 ml oral solution OTC			
potassium phos-mono-dibasic 3 mmol/ml (4.7 meq potassium/ml) iv soln			
potassium phosphates-mbasic and dibasic 3 mmol/ml intravenous solution			
PRADAXA 110 MG CAPSULE		8	
PRADAXA 150 MG CAPSULE		8	
PRADAXA 75 MG CAPSULE		8	
PRALUENT PEN 150 MG/ML SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR	PA,QL(2 cada 28 días)	18	
PRALUENT PEN 75 MG/ML SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR	PA,QL(2 cada 28 días)	18	
pramipexole 0.125 mg tablet EDS		18	
pramipexole 0.25 mg tablet EDS		18	
pramipexole 0.5 mg tablet EDS		18	
pramipexole 0.75 mg tablet EDS		18	
pramipexole 1 mg tablet EDS		18	
pramipexole 1.5 mg tablet EDS		18	
prasugrel 10 mg tablet EDS	QL(30 cada 30 días)		
prasugrel 5 mg tablet EDS	QL(30 cada 30 días)		
pravastatin 10 mg tablet EDS	QL(60 cada 30 días)		
pravastatin 20 mg tablet EDS	QL(60 cada 30 días)		
pravastatin 40 mg tablet EDS	QL(60 cada 30 días)		
pravastatin 80 mg tablet EDS	QL(60 cada 30 días)		
prazosin 1 mg capsule EDS			
prazosin 2 mg capsule EDS			
prazosin 5 mg capsule EDS			
prednisolone 15 mg/5 ml oral solution			
prednisolone 5 mg tablet			
prednisolone acetate 1 % eye drops,suspension			
prednisolone sodium phosphate 15 mg/5 ml (3 mg/ml) oral solution			
prednisolone sodium phosphate 25 mg/5 ml (5 mg/ml) oral solution			
prednisolone sodium phosphate 5 mg base/5 ml (6.7 mg/5 ml) oral soln			

EDS – Supido extendido de 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
prednisone 1 mg tablet EDS			
prednisone 10 mg tablet EDS			
prednisone 10 mg tablets in a dose pack EDS			
prednisone 2.5 mg tablet EDS			
prednisone 20 mg tablet EDS			
prednisone 5 mg tablet EDS			
prednisone 5 mg tablets in a dose pack EDS			
prednisone 5 mg/5 ml oral solution			
prednisone 50 mg tablet EDS			
pregabalin 100 mg capsule	PA,QL(180 cada 30 días)		
pregabalin 150 mg capsule	PA,QL(120 cada 30 días)		
pregabalin 200 mg capsule	PA,QL(90 cada 30 días)		
pregabalin 225 mg capsule	PA,QL(60 cada 30 días)		
pregabalin 25 mg capsule	PA,QL(720 cada 30 días)		
pregabalin 300 mg capsule	PA,QL(60 cada 30 días)		
pregabalin 50 mg capsule	PA,QL(360 cada 30 días)		
pregabalin 75 mg capsule	PA,QL(240 cada 30 días)		
PREMARIN 0.3 MG TABLET			
PREMARIN 0.45 MG TABLET			
PREMARIN 0.625 MG TABLET			
PREMARIN 0.625 MG/GRAM VAGINAL CREAM			
PREMARIN 0.9 MG TABLET			
PREMARIN 1.25 MG TABLET			
PREMASOL 10 % INTRAVENOUS SOLUTION			
PREMPHASE 0.625 MG(14)/0.625 MG-5MG(14) TABLET	QL(28 cada 28 días)		
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)		
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 OTC			
PRESSURE ACTIVATED LANCETS 28 GAUGE OTC			
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
previfem 0.25 mg-35 mcg tablet	QL(91 cada 90 días)	12	
PREVNAR 13 (PF) 0.5 ML INTRAMUSCULAR SYRINGE			

EDS – Supido extendido de 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
PREVNAR 20 (PF) 0.5 ML INTRAMUSCULAR SYRINGE			
PREZCOBIX 800 MG-150 MG TABLET	PA,QL(30 cada 30 días)	12	
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			
PRIMAXIN 500 MG INTRAVENOUS SOLUTION	QL(240 cada 30 días)		
PRIMEAIRE SPACER			
primidone 125 mg tablet			
primidone 250 mg tablet			
primidone 50 mg tablet			
PRO COMFORT LANCET 30 GAUGE OTC			
PRO COMFORT LANCET 31 GAUGE OTC			
PRO COMFORT SAFETY LANCET 30 GAUGE OTC			
PROAIR HFA 90 MCG/ACTUATION AEROSOL INHALER	QL(36 cada 28 días)		
probenecid 500 mg tablet			
probenecid 500 mg-colchicine 0.5 mg tablet			
PROCALAMINE 3% INTRAVENOUS SOLUTION			
PROCHAMBER			
prochlorperazine maleate 10 mg tablet			
prochlorperazine maleate 5 mg tablet			
procto-med hc 2.5 % topical cream perineal applicator			
PROCTOFOAM HC 1 %-1 %			
proctosol hc 2.5 % topical cream perineal applicator			
proctozone-hc 2.5 % topical cream perineal applicator			
PRODIGY LANCETS 26 GAUGE OTC			
PRODIGY LANCETS 28 GAUGE OTC			
PRODIGY LANCING DEVICE OTC			
PRODIGY TWIST TOP LANCET 28 GAUGE OTC			
progesterone 50 mg/ml intramuscular oil			
progesterone micronized 100 mg capsule EDS			
progesterone micronized 200 mg capsule EDS			
PROGLYCEM 50 MG/ML ORAL SUSPENSION			
PROLEUKIN 22 MILLION UNIT INTRAVENOUS SOLUTION	PA		
promethazine 12.5 mg rectal suppository			
promethazine 12.5 mg tablet			
promethazine 25 mg rectal suppository			
promethazine 25 mg tablet			
promethazine 25 mg/ml injection solution			
promethazine 50 mg tablet			
promethazine 50 mg/ml injection solution			
promethazine 6.25 mg/5 ml oral syrup			
promethazine vc 6.25 mg-5 mg/5 ml oral syrup			20
promethazine-dm 6.25 mg-15 mg/5 ml oral syrup	QL(300 cada 30 días)		20

EDS – Supido extendido de 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
promethegan 12.5 mg rectal suppository			
promethegan 25 mg rectal suppository			
propafenone 150 mg tablet EDS			
propafenone 225 mg tablet EDS			
propafenone 300 mg tablet EDS			
propranolol 10 mg tablet EDS			
propranolol 20 mg tablet EDS			
propranolol 20 mg/5 ml (4 mg/ml) oral solution EDS			
propranolol 40 mg tablet EDS			
propranolol 40 mg/5 ml (8 mg/ml) oral solution EDS			
propranolol 60 mg tablet EDS			
propranolol 80 mg tablet EDS			
propranolol er 120 mg capsule,24 hr,extended release EDS			
propranolol er 160 mg capsule,24 hr,extended release EDS			
propranolol er 60 mg capsule,24 hr,extended release EDS			
propranolol er 80 mg capsule,24 hr,extended release EDS			
propylthiouracil 50 mg tablet			
PROQUAD (PF) 10EXP3-4.3-3-3.99TCID50/0.5ML SUBCUTANEOUS SUSPENSION		3	12
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 28 días)		
PULMICORT FLEXHALER 180 MCG/ACTUATION BREATH ACTIVATED	QL(1 cada 30 días)	5	
PULMICORT FLEXHALER 90 MCG/ACTUATION BREATH ACTIVATED	QL(1 cada 30 días)	5	
PULMOZYME 1 MG/ML SOLUTION FOR INHALATION	PA,QL(150 cada 30 días)		65
PURE COMFORT LANCETS 30 GAUGE OTC			
PURE COMFORT SAFETY LANCETS 30 GAUGE OTC			
purevit dualfe plus 162 mg-115.2 mg (106 mg)-1 mg capsule OTC			
PUSH BUTTON SAFETY LANCETS 21 GAUGE OTC			
PUSH BUTTON SAFETY LANCETS 28 GAUGE OTC			
PYLERA 140 MG-125 MG-125 MG CAPSULE		18	
pyrazinamide 500 mg tablet			
pyridostigmine bromide 30 mg tablet			
pyridostigmine bromide 60 mg tablet			
pyridostigmine bromide 60 mg/5 ml oral syrup			
pyridostigmine bromide er 180 mg tablet,extended release			
pyridoxine (vitamin b6) 100 mg/ml injection solution			
QUADRACEL (PF) 15 LF-48 MCG-5 LF UNIT/0.5 ML INTRAMUSCULAR SUSPENSION			
QUARTETTE 0.15 MG-20 MCG/0.15 MG-25 MCG TABLETS,3 MONTH DOSE PACK	QL(91 cada 84 días)	12	

EDS – Supido extendido de 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
QUDEXY XR 100 MG CAPSULE SPRINKLE,EXTENDED RELEASE	PA		
QUDEXY XR 150 MG CAPSULE SPRINKLE,EXTENDED RELEASE	PA		
QUDEXY XR 200 MG CAPSULE SPRINKLE,EXTENDED RELEASE	PA		
QUDEXY XR 25 MG CAPSULE SPRINKLE,EXTENDED RELEASE	PA		
QUDEXY XR 50 MG CAPSULE SPRINKLE,EXTENDED RELEASE	PA		
quetiapine 100 mg tablet	QL(150 cada 30 días)	6	
quetiapine 150 mg tablet		6	
quetiapine 200 mg tablet	QL(150 cada 30 días)	6	
quetiapine 25 mg tablet	QL(240 cada 30 días)	6	
quetiapine 300 mg tablet	QL(90 cada 30 días)	6	
quetiapine 400 mg tablet	QL(60 cada 30 días)	6	
quetiapine 50 mg tablet	QL(180 cada 30 días)	6	
quetiapine er 150 mg tablet,extended release 24 hr	QL(30 cada 30 días)	6	
quetiapine er 200 mg tablet,extended release 24 hr	QL(30 cada 30 días)	6	
quetiapine er 300 mg tablet,extended release 24 hr	QL(60 cada 30 días)	6	
quetiapine er 400 mg tablet,extended release 24 hr	QL(60 cada 30 días)	6	
quetiapine er 50 mg tablet,extended release 24 hr	QL(60 cada 30 días)	6	
QUICKVUE AT-HOME COVID-19 TEST KIT OTC			
quinapril 10 mg tablet EDS			
quinapril 10 mg-hydrochlorothiazide 12.5 mg tablet EDS			
quinapril 20 mg tablet EDS			
quinapril 20 mg-hydrochlorothiazide 12.5 mg tablet EDS			
quinapril 20 mg-hydrochlorothiazide 25 mg tablet EDS			
quinapril 40 mg tablet EDS			
quinapril 5 mg tablet EDS			
QULIPTA 10 MG TABLET	PA,QL(30 cada 30 días)	18	
QULIPTA 30 MG TABLET	PA,QL(30 cada 30 días)	18	
QULIPTA 60 MG TABLET	PA,QL(30 cada 30 días)	18	
raloxifene 60 mg tablet		18	
ramelteon 8 mg tablet	QL(30 cada 30 días)	65	
ramipril 1.25 mg capsule EDS			
ramipril 10 mg capsule EDS			
ramipril 2.5 mg capsule EDS			
ramipril 5 mg capsule EDS			
ranolazine er 1,000 mg tablet,extended release,12 hr			
ranolazine er 500 mg tablet,extended release,12 hr			
RAPAMUNE 0.5 MG TABLET			
RAPAMUNE 1 MG TABLET			
RAPAMUNE 1 MG/ML ORAL SOLUTION			
RAPAMUNE 2 MG TABLET			
RAPID SARS-COV-2 AG HOME TEST KIT OTC			
READYLANCE SAFETY LANCETS 21 GAUGE OTC			
READYLANCE SAFETY LANCETS 23 GAUGE OTC			
READYLANCE SAFETY LANCETS 26 GAUGE OTC			

EDS – Supido extendido de 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
READYLANCE SAFETY LANCETS 28 GAUGE OTC			
READYLANCE SAFETY LANCETS 30 GAUGE OTC			
reclipsen (28) 0.15 mg-0.03 mg tablet	QL(91 cada 90 días)	12	
RECOMBIVAX HB (PF) 10 MCG/ML INTRAMUSCULAR SUSPENSION		3	
RECOMBIVAX HB (PF) 10 MCG/ML INTRAMUSCULAR SYRINGE		3	
RECOMBIVAX HB (PF) 40 MCG/ML INTRAMUSCULAR SUSPENSION		3	
RECOMBIVAX HB (PF) 5 MCG/0.5 ML INTRAMUSCULAR SUSPENSION		3	
RECOMBIVAX HB (PF) 5 MCG/0.5 ML INTRAMUSCULAR SYRINGE		3	
RELIAMED LANCET 23 GAUGE OTC			
RELIAMED LANCET 28 GAUGE OTC			
RELIAMED LANCET 30 GAUGE OTC			
RELIAMED MINI LANCING DEVICE OTC			
RELIAMED SAFETY SEAL LANCETS 28 GAUGE OTC			
RELIAMED SAFETY SEAL LANCETS 30 GAUGE OTC			
RELIAMED TWIST AND CAP LANCET 28 GAUGE OTC			
RELISTOR 12 MG/0.6 ML SUBCUTANEOUS SOLUTION	PA		
RELISTOR 12 MG/0.6 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE	PA		
RELISTOR 8 MG/0.4 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE	PA		
RELPAX 20 MG TABLET	QL(6 cada 30 días)	18	
RELPAX 40 MG TABLET	QL(6 cada 30 días)	18	
RENVELA 0.8 GRAM ORAL POWDER PACKET			11
RENVELA 2.4 GRAM ORAL POWDER PACKET			11
RENVELA 800 MG TABLET			
repaglinide 0.5 mg tablet EDS			
repaglinide 1 mg tablet EDS			
repaglinide 2 mg tablet EDS			
REPATHA SURECLICK 140 MG/ML SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR	PA,QL(6 cada 28 días)	10	
REPATHA SYRINGE 140 MG/ML SUBCUTANEOUS SYRINGE	PA,QL(6 cada 28 días)	10	
RESET DIGITAL APP (SUD)	PA	18	
RESET DIGITAL APP (SUD) (NON-MONETARY CM)	PA	18	
RESET-O DIGITAL APP (OUD)	PA	18	
RESET-O DIGITAL APP (OUD) (NON-MONETARY CM)	PA	18	
RESTASIS 0.05 % EYE DROPS IN A DROPPERETTE			
RESTASIS MULTIDOSE 0.05 % EYE DROPS			
RETACRIT 10,000 UNIT/ML INJECTION SOLUTION	PA		
RETACRIT 2,000 UNIT/ML INJECTION SOLUTION	PA		
RETACRIT 20,000 UNIT/2 ML INJECTION SOLUTION	PA		
RETACRIT 20,000 UNIT/ML INJECTION SOLUTION	PA		
RETACRIT 3,000 UNIT/ML INJECTION SOLUTION	PA		
RETACRIT 4,000 UNIT/ML INJECTION SOLUTION	PA		
RETACRIT 40,000 UNIT/ML INJECTION SOLUTION	PA		
RETIN-A 0.025 % TOPICAL CREAM		12	
RETIN-A 0.05 % TOPICAL CREAM		12	

EDS – Supido extendido de 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
RETIN-A 0.1 % TOPICAL CREAM		12	
RETROVIR 10 MG/ML INTRAVENOUS SOLUTION			
REVLIMID 10 MG CAPSULE	QL(30 cada 28 días)	18	
REVLIMID 15 MG CAPSULE	QL(30 cada 28 días)	18	
REVLIMID 2.5 MG CAPSULE	QL(30 cada 28 días)	18	
REVLIMID 20 MG CAPSULE	QL(30 cada 28 días)	18	
REVLIMID 25 MG CAPSULE	QL(30 cada 28 días)	18	
REVLIMID 5 MG CAPSULE	QL(30 cada 28 días)	18	
REYATAZ 50 MG ORAL POWDER PACKET			
RHOPRESSA 0.02 % EYE DROPS	QL(2.5 cada 25 días)	18	
ribavirin 200 mg capsule	PA	5	
ribavirin 200 mg tablet	PA	5	
ribavirin 6 gram solution for inhalation	PA	5	
rifampin 150 mg capsule			
rifampin 300 mg capsule			
rifampin 600 mg intravenous solution			
RIGHTEST GD500 LANCING DEVICE OTC			
RIGHTEST GL300 LANCETS 30 GAUGE OTC			
riluzole 50 mg tablet			
ringer's intravenous solution			
ringer's irrigation solution			
RISPERDAL CONSTA 12.5 MG/2 ML INTRAMUSCULAR SUSP,EXTENDED RELEASE	PA,QL(2 cada 28 días)	18	
RISPERDAL CONSTA 25 MG/2 ML INTRAMUSCULAR SUSP,EXTENDED RELEASE	PA,QL(2 cada 28 días)	18	
RISPERDAL CONSTA 37.5 MG/2 ML INTRAMUSCULAR SUSP,EXTENDED RELEASE	PA,QL(2 cada 28 días)	18	
RISPERDAL CONSTA 50 MG/2 ML INTRAMUSCULAR SUSP,EXTENDED RELEASE	PA,QL(2 cada 28 días)	18	
risperidone 0.25 mg disintegrating tablet	QL(240 cada 30 días)	6	
risperidone 0.25 mg tablet	QL(240 cada 30 días)	6	
risperidone 0.5 mg disintegrating tablet	QL(240 cada 30 días)	6	
risperidone 0.5 mg tablet	QL(240 cada 30 días)	6	
risperidone 1 mg disintegrating tablet	QL(180 cada 30 días)	6	
risperidone 1 mg tablet	QL(180 cada 30 días)	6	
risperidone 1 mg/ml oral solution	QL(480 cada 30 días)	6	
risperidone 2 mg disintegrating tablet	QL(90 cada 30 días)	6	
risperidone 2 mg tablet	QL(90 cada 30 días)	6	
risperidone 3 mg disintegrating tablet	QL(120 cada 30 días)	6	
risperidone 3 mg tablet	QL(120 cada 30 días)	6	
risperidone 4 mg disintegrating tablet	QL(120 cada 30 días)	6	
risperidone 4 mg tablet	QL(120 cada 30 días)	6	
RITEFLO AEROCHAMBER			
rivastigmine 1.5 mg capsule		18	
rivastigmine 3 mg capsule		18	
rivastigmine 4.5 mg capsule		18	
rivastigmine 6 mg capsule		18	

EDS – Supido extendido de 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
rivelsa 0.15 mg-20 mcg/0.15 mg-25 mcg tablets,3 month dose pack	QL(91 cada 84 días)	12	
rizatriptan 10 mg disintegrating tablet	QL(12 cada 30 días)	6	
rizatriptan 10 mg tablet	QL(12 cada 30 días)	6	
rizatriptan 5 mg disintegrating tablet	QL(12 cada 30 días)	6	
rizatriptan 5 mg tablet	QL(12 cada 30 días)	6	
robafen 100 mg/5 ml oral liquid OTC			20
robafen dm cough 10 mg-100 mg/5 ml oral liquid OTC			20
ROCKLATAN 0.02 %-0.005 % EYE DROPS		18	
ropinirole 0.25 mg tablet EDS		18	
ropinirole 0.5 mg tablet EDS		18	
ropinirole 1 mg tablet EDS		18	
ropinirole 2 mg tablet EDS		18	
ropinirole 3 mg tablet EDS		18	
ropinirole 4 mg tablet EDS		18	
ropinirole 5 mg tablet EDS		18	
rosuvastatin 10 mg tablet EDS	QL(60 cada 30 días)		
rosuvastatin 20 mg tablet EDS	QL(60 cada 30 días)		
rosuvastatin 40 mg tablet EDS	QL(60 cada 30 días)		
rosuvastatin 5 mg tablet EDS	QL(60 cada 30 días)		
roweepra 1,000 mg tablet	PA		
roweepra 500 mg tablet	PA		
roweepra 750 mg tablet	PA		
rufinamide 200 mg tablet		1	
rufinamide 40 mg/ml oral suspension		1	
rufinamide 400 mg tablet		1	
RUKOBIA 600 MG TABLET,EXTENDED RELEASE	PA,QL(60 cada 30 días)	18	
RUXIENCE 10 MG/ML INTRAVENOUS SOLUTION	PA,QL(736 cada 30 días)	18	
SABRIL 500 MG ORAL POWDER PACKET	PA		
SABRIL 500 MG TABLET	PA		
SAFETY LANCETS 21 GAUGE OTC			
SAFETY LANCETS 26 GAUGE OTC			
SAFETY LANCETS 28 GAUGE OTC			
SAFETY NEEDLES 18 GAUGE X 1 1/2"			
SAFETY SEAL LANCETS 28 GAUGE OTC			
SAFETY SEAL LANCETS 30 GAUGE OTC			
SAFETY-LET LANCETS 30 GAUGE OTC			
SAFYRAL 3 MG-0.03 MG-0.451 MG (21)/0.451 MG (7) TABLET	QL(91 cada 90 días)	12	
salicylic acid 27.5 % topical film-forming liquid			
salicylic acid 6 % topical cream		2	
salicylic acid 6 % topical gel			
salsalate 500 mg tablet EDS			
salsalate 750 mg tablet EDS			
SANDIMMUNE 250 MG/5 ML INTRAVENOUS SOLUTION			
se-natal 19 chewable 29 mg iron-1 mg tablet		12	

EDS – Supido extendido de 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
SE-NATAL-19 29 MG IRON-1 MG 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 84 días)	12	
SELECT-OB + DHA 29 MG IRON-1 MG-250 MG ORAL PACK		12	
selegiline 5 mg capsule EDS		18	
selegiline 5 mg tablet EDS		18	
selenium 40 mcg/ml intravenous solution			
selenium sulfide 2.25 % shampoo			
selenium sulfide 2.5 % lotion			
SELZENTRY 150 MG TABLET	PA		
SELZENTRY 20 MG/ML ORAL SOLUTION	PA		
SELZENTRY 25 MG TABLET	PA		
SELZENTRY 300 MG TABLET	PA		
SELZENTRY 75 MG TABLET	PA		
SEREVENT DISKUS 50 MCG/DOSE POWDER FOR INHALATION	QL(60 cada 30 días)	4	
sertraline 100 mg tablet	QL(60 cada 30 días)	6	
sertraline 20 mg/ml oral concentrate	QL(300 cada 30 días)	6	11
sertraline 25 mg tablet	QL(90 cada 30 días)	6	
sertraline 50 mg tablet	QL(90 cada 30 días)	6	
setlakin 0.15 mg-30 mcg (91) tablets,3 month dose pack	QL(91 cada 84 días)	12	
SFROWASA 4 GRAM/60 ML ENEMA			
sharobel 0.35 mg tablet	QL(91 cada 90 días)	12	
SHINGRIX (PF) 50 MCG/0.5 ML INTRAMUSCULAR SUSPENSION, KIT		18	
SIDESTREAM PEDIATRIC FACE MASK OTC			
SIKLOS 1,000 MG TABLET	PA,QL(120 cada 30 días)	2	
SIKLOS 100 MG TABLET	PA,QL(1050 cada 30 días)	2	
sildenafil (pulmonary hypertension) 10 mg/ml oral powdr for suspension	PA		
sildenafil (pulmonary hypertension) 20 mg tablet	PA		
SILICONE MASK - INFANT			
SILICONE MASK - PEDIATRIC OTC			
silver nitrate 0.5 % topical solution			
silver sulfadiazine 1 % topical cream			
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 84 días)	12	
simvastatin 10 mg tablet EDS	QL(60 cada 30 días)		
simvastatin 20 mg tablet EDS	QL(60 cada 30 días)		
simvastatin 40 mg tablet EDS	QL(60 cada 30 días)		
simvastatin 5 mg tablet EDS	QL(60 cada 30 días)		
simvastatin 80 mg tablet EDS	QL(60 cada 30 días)		
SINGLE-LET MISC OTC			
sirolimus 0.5 mg tablet			

EDS – Supido extendido de 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
sirolimus 1 mg tablet			
sirolimus 1 mg/ml oral solution			
sirolimus 2 mg tablet			
slow release iron 143 mg (45 mg iron) tablet,extended release OTC			20
SLYND 4 MG (28) TABLET		12	
SMART SENSE LANCETS 21 GAUGE OTC			
SMART SENSE LANCETS 26 GAUGE OTC			
SMART SENSE LANCETS 33 GAUGE OTC			
SMARTDIABETES VANTAGE OTC			
SMARTEST LANCET OTC			
smooth antacid 300 mg (750 mg) chewable tablet OTC			
sodium acetate 2 meq/ml intravenous solution			
sodium acetate 4 meq/ml intravenous solution			
sodium bicarbonate 1 meq/ml (8.4 %) intravenous solution			
sodium bicarbonate 4.2 % intravenous solution			
sodium chloride 0.45 % intravenous solution			
sodium chloride 0.9 % for nebulization			
sodium chloride 0.9 % injection solution			
sodium chloride 0.9 % intravenous piggyback			
sodium chloride 0.9 % intravenous solution			
sodium chloride 0.9 % irrigation solution			
sodium chloride 0.9 %, bacteriostatic injection solution			
sodium chloride 10 % for nebulization	PA		
sodium chloride 2.5 meq/ml intravenous solution			
sodium chloride 3 % hypertonic intravenous injection solution			
sodium chloride 4 meq/ml intravenous solution			
sodium chloride 5 % hypertonic intravenous solution			
sodium citrate-citric acid 490 mg-640 mg/5 ml oral solution			
sodium citrate-citric acid 500 mg-334 mg/5 ml oral solution OTC			
sodium ferric gluconate complex in sucrose 62.5 mg/5 ml intravenous		6	
sodium fluoride 0.2 % dental solution			
sodium fluoride 1.1 % dental cream			
sodium fluoride 1.1 % dental gel			
sodium fluoride 1.1 % dental paste			
sodium fluoride 1.1 %-potassium nitrate 5 % dental paste			
sodium phosphate 3 mmol/ml intravenous solution			
sodium polystyrene sulfonate oral powder			
sofosbuvir 400 mg-velpatasvir 100 mg tablet	PA,QL(30 cada 30 días)	3	
SOFT TOUCH LANCETS OTC			
solifenacin 10 mg tablet		18	
solifenacin 5 mg tablet		18	
SOLOSEC 2 GRAM ORAL DR GRANULES IN PACKET		12	

EDS – Supido extendido de 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
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 OTC			
SOLUS V2 LANCETS 30 GAUGE OTC			
SOLUS V2 LANCING DEVICE KIT OTC			
sorbitol 2.7 gram-mannitol 0.54 gram/100 ml transurethral solution			
sorbitol 3 % irrigation solution			
sotalol 120 mg tablet EDS			
sotalol 160 mg tablet EDS			
sotalol 240 mg tablet EDS			
sotalol 80 mg tablet EDS			
sotalol af 120 mg tablet EDS			
sotalol af 160 mg tablet EDS			
sotalol af 80 mg tablet EDS			
SPEEDYSWAB COVID-19 HOME TEST KIT OTC			
SPIKEVAX (PF) 100 MCG/0.5 ML INTRAMUSCULAR SUSPENSION			
SPIKEVAX 2023-2024(12Y UP)(PF) 50 MCG/0.5 ML INTRAMUSCULAR SUSPENSION			
SPIKEVAX 2023-2024(12Y UP)(PF) 50 MCG/0.5 ML INTRAMUSCULAR SYRINGE			
SPIRIVA RESPIMAT 1.25 MCG/ACTUATION SOLUTION FOR INHALATION		6	
SPIRIVA RESPIMAT 2.5 MCG/ACTUATION SOLUTION FOR INHALATION		6	
SPIRIVA WITH HANDIHALER 18 MCG AND INHALATION CAPSULES	QL(30 cada 30 días)	18	
spironolactone 100 mg tablet EDS			
spironolactone 25 mg tablet EDS			
spironolactone 25 mg-hydrochlorothiazide 25 mg tablet EDS			
spironolactone 50 mg tablet EDS			
sprintec (28) 0.25 mg-35 mcg tablet	QL(91 cada 90 días)	12	
SPS (WITH SORBITOL) 15 GRAM-20 GRAM/60 ML ORAL SUSPENSION			
SPS (WITH SORBITOL) 30 GRAM-40 GRAM/120 ML ENEMA			
sronyx 0.1 mg-20 mcg tablet	QL(91 cada 90 días)	12	
stavudine 15 mg capsule			
stavudine 20 mg capsule			
stavudine 30 mg capsule			
stavudine 40 mg capsule			

EDS – Supido extendido de 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
STERILANCE TL 30 GAUGE OTC			
STERILANCE TL 32 GAUGE OTC			
sterile water for ic-green injection solution			
sterile water for injection			
sterile water for kcentra injection solution			
STIOLTO RESPIMAT 2.5 MCG-2.5 MCG/ACTUATION SOLUTION FOR INHALATION	QL(4 cada 25 días)		
STRIBILD 150 MG-150 MG-200 MG-300 MG TABLET	PA,QL(30 cada 30 días)	12	
STRIVE PEAK FLOW METER			
SUBLOCADE 100 MG/0.5 ML SOLUTION,EXTENDED RELEASE SUBCUTANEOUS SYRINGE	PA,QL(1.5 cada 30 días)	18	
SUBLOCADE 300 MG/1.5 ML SOLUTION,EXTENDED RELEASE SUBCUTANEOUS SYRINGE	PA,QL(1.5 cada 30 días)	18	
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	PA	2	
subvenite 150 mg tablet	PA	2	
subvenite 200 mg tablet	PA	2	
subvenite 25 mg tablet	PA	2	
subvenite starter (blue) kit 25 mg (35) tablets in a dose pack	PA,QL(35 cada 30 días)	2	
subvenite starter (green) kit 25 mg (84)-100 mg (14) tablet, dose pack	PA,QL(98 cada 30 días)	2	
subvenite starter (orange) kit 25 mg (42)-100 mg (7) tablet, dose pack	PA,QL(49 cada 30 días)	2	
sulfacetamide-prednisolone 10 %-0.23 % (0.25 %) eye drops			
sulfamethoxazole 200 mg-trimethoprim 40 mg/5 ml oral suspension			
sulfamethoxazole 400 mg-trimethoprim 80 mg tablet			
sulfamethoxazole 800 mg-trimethoprim 160 mg tablet			
sulfasalazine 500 mg tablet			
sulfasalazine 500 mg tablet,delayed release			
sulindac 150 mg tablet			
sulindac 200 mg tablet			
sumatriptan 100 mg tablet	QL(9 cada 30 días)	18	
sumatriptan 20 mg/actuation nasal spray	QL(6 cada 30 días)	18	
sumatriptan 25 mg tablet	QL(9 cada 30 días)	18	
sumatriptan 5 mg/actuation nasal spray	QL(6 cada 30 días)	18	
sumatriptan 50 mg tablet	QL(9 cada 30 días)	18	
sumatriptan 6 mg/0.5 ml subcutaneous solution	QL(3 cada 30 días)	18	
SUNLENCA 300 MG TABLET	PA	18	
SUNLENCA 309 MG/ML SUBCUTANEOUS SOLUTION	PA	18	
SUPER THIN LANCETS OTC			
SUPER THIN LANCETS 28 GAUGE OTC			

EDS – Supido extendido de 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
SUPER THIN LANCETS 30 GAUGE OTC			
SURE COMFORT ALCOHOL PREP PADS OTC			
SURE COMFORT LANCETS 18 GAUGE OTC			
SURE COMFORT LANCETS 21 GAUGE OTC			
SURE COMFORT LANCETS 23 GAUGE OTC			
SURE COMFORT LANCETS 28 GAUGE OTC			
SURE COMFORT LANCETS 30 GAUGE OTC			
SURE COMFORT LANCING PEN OTC			
SURE-LANCE OTC			
SURE-LANCE 26 GAUGE OTC			
SURE-LANCE 28 GAUGE OTC			
SURE-LANCE ULTRA THIN 30 GAUGE OTC			
SURE-PEN LANCING DEVICE OTC			
SURE-PREP ALCOHOL PREP PADS OTC			
SURE-TOUCH LANCET OTC			
SUREFLEX LANCING DEVICE OTC			
SUREFLEX LANCING DEVICE WITH LANCETS KIT OTC			
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 OTC			
SURGUARD2 SAFETY 23 GAUGE X 1" NEEDLE OTC			
SURGUARD2 SAFETY 25 GAUGE X 1 1/2" NEEDLE			
SURGUARD2 SAFETY 25 GAUGE X 1" NEEDLE			
SURGUARD2 SAFETY 25 GAUGE 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			

EDS – Supido extendido de 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
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"			
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)	6	
SYMBICORT 80 MCG-4.5 MCG/ACTUATION HFA AEROSOL INHALER	QL(10.2 cada 30 días)	6	
SYMPAZAN 10 MG ORAL FILM	PA	2	
SYMPAZAN 20 MG ORAL FILM	PA	2	
SYMPAZAN 5 MG ORAL FILM	PA	2	
SYMTUZA 800 MG-150 MG-200 MG-10 MG TABLET	PA,QL(30 cada 30 días)	12	
SYNAREL 2 MG/ML NASAL SPRAY	PA,QL(40 cada 27 días)		
SYNJARDY 12.5 MG-1,000 MG TABLET	QL(60 cada 30 días)	10	
SYNJARDY 12.5 MG-500 MG TABLET	QL(60 cada 30 días)	10	
SYNJARDY 5 MG-1,000 MG TABLET	QL(60 cada 30 días)	10	
SYNJARDY 5 MG-500 MG TABLET	QL(120 cada 30 días)	10	
tacrolimus 0.03 % topical ointment	QL(100 cada 30 días)		
tacrolimus 0.1 % topical ointment	QL(100 cada 30 días)	16	
tacrolimus 0.5 mg capsule, immediate-release			
tacrolimus 1 mg capsule, immediate-release			
tacrolimus 5 mg capsule, immediate-release			
tadalafil 20 mg tablet (pulmonary hypertension)	PA		
TAFINLAR 50 MG CAPSULE	QL(120 cada 30 días)	1	
TAFINLAR 75 MG CAPSULE	QL(120 cada 30 días)	1	
TAKE ACTION 1.5 MG TABLET OTC	QL(2 cada 30 días)	12	
TAMIFLU 6 MG/ML ORAL SUSPENSION	QL(360 cada 365 días)		12
tamoxifen 10 mg tablet	QL(90 cada 30 días)	18	
tamoxifen 20 mg tablet	QL(60 cada 30 días)	18	
tamsulosin 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-c dha 35 mg-1 mg-200 mg capsule		12	
taysofy 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4) capsule	QL(91 cada 90 días)	12	
TAYTULLA 1 MG-20 MCG (24)/75 MG (4) CAPSULE	QL(91 cada 90 días)	12	

EDS – Supido extendido de 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
TDVAX 2 LF UNIT-2 LF UNIT/0.5 ML INTRAMUSCULAR SUSPENSION		7	
TECHLITE LANCETS 25 GAUGE OTC			
TECHLITE LANCETS 26 GAUGE OTC			
TECHLITE LANCETS 28 GAUGE OTC			
TECHLITE LANCETS 30 GAUGE OTC			
TEGRETOL 100 MG/5 ML ORAL SUSPENSION	PA		
TEGRETOL 200 MG TABLET	PA		
TEGRETOL XR 100 MG TABLET,EXTENDED RELEASE	PA		
TEGRETOL XR 200 MG TABLET,EXTENDED RELEASE	PA		
TEGRETOL XR 400 MG TABLET,EXTENDED RELEASE	PA		
TELCARE LANCETS 30 GAUGE OTC			
telmisartan 20 mg tablet EDS	QL(60 cada 30 días)		
telmisartan 40 mg tablet EDS	QL(60 cada 30 días)		
telmisartan 40 mg-hydrochlorothiazide 12.5 mg tablet			
telmisartan 80 mg tablet EDS			
telmisartan 80 mg-hydrochlorothiazide 12.5 mg tablet			
telmisartan 80 mg-hydrochlorothiazide 25 mg tablet			
temazepam 15 mg capsule	QL(30 cada 30 días)	18	
temazepam 30 mg capsule	QL(30 cada 30 días)	18	
TEMIXYS 300 MG-300 MG TABLET	PA,QL(30 cada 30 días)	12	
TEMODAR 100 MG INTRAVENOUS SOLUTION			
temozolomide 100 mg capsule	QL(60 cada 28 días)		
temozolomide 140 mg capsule	QL(60 cada 28 días)		
temozolomide 180 mg capsule	QL(60 cada 28 días)		
temozolomide 20 mg capsule	QL(60 cada 28 días)		
temozolomide 250 mg capsule	QL(60 cada 28 días)		
temozolomide 5 mg capsule	QL(60 cada 28 días)		
TENIVAC (PF) 5 LF UNIT-2 LF UNIT/0.5 ML INTRAMUSCULAR SUSPENSION		7	
TENIVAC (PF) 5 LF UNIT-2 LF UNIT/0.5 ML INTRAMUSCULAR SYRINGE		7	
tenofovir disoproxil fumarate 300 mg tablet			
terazosin 1 mg capsule EDS			
terazosin 10 mg capsule EDS			
terazosin 2 mg capsule EDS			
terazosin 5 mg capsule EDS			
terbinafine hcl 250 mg tablet	QL(84 cada 365 días)		
terbutaline 1 mg/ml subcutaneous solution			
terconazole 0.4 % vaginal cream			
terconazole 0.8 % vaginal cream			
teriflunomide 14 mg tablet	QL(30 cada 30 días)	18	
teriflunomide 7 mg tablet	QL(30 cada 30 días)	18	
TESTIM 50 MG/5 GRAM (1 %) TRANSDERMAL GEL	PA	18	
testosterone 1 % (50 mg/5 gram) transdermal gel packet	PA	18	

EDS – Supido extendido de 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
testosterone 20.25 mg/1.25 gram per pump act.(1.62 %) transdermal gel	PA	18	
testosterone cypionate 100 mg/ml intramuscular oil			
testosterone cypionate 200 mg/ml intramuscular oil			
testosterone enanthate 200 mg/ml intramuscular oil			
TETANUS,DIPHTHERIA TOXOID PED (PF) 5 LF UNIT-25 LF UNIT/0.5 ML IM SUSP		3	6
tetrabenazine 12.5 mg tablet	PA,QL(90 cada 30 días)	18	
tetrabenazine 25 mg tablet	PA,QL(120 cada 30 días)	18	
tetracaine hcl (pf) 1 % (10 mg/ml) injection solution			
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 oral elixir			
theophylline 80 mg/15 ml oral solution			
theophylline er 100 mg tablet,extended release,12 hr			
theophylline er 200 mg tablet,extended release,12 hr			
theophylline er 300 mg tablet,extended release,12 hr			
theophylline er 400 mg tablet,extended release 24 hr			
theophylline er 450 mg tablet,extended release,12 hr			
theophylline er 600 mg tablet,extended release 24 hr			
thiamine hcl (vitamin b1) 100 mg/ml injection solution			
THIN LANCETS 26 GAUGE OTC			
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	
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	
thyroid (pork) 120 mg tablet			
thyroid (pork) 15 mg tablet			
thyroid (pork) 30 mg tablet			
thyroid (pork) 60 mg tablet			
thyroid (pork) 90 mg tablet			
tiagabine 12 mg tablet			
tiagabine 16 mg tablet			
tiagabine 2 mg tablet			
tiagabine 4 mg tablet			
tilia fe 1-20 (5)/1-30(7)/1mg-35mcg(9) tablet	QL(91 cada 90 días)	12	

EDS – Supido extendido de 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
timolol maleate 0.25 % eye drops	QL(15 cada 30 días)		
timolol maleate 0.25 % eye gel forming solution	QL(15 cada 30 días)		
timolol maleate 0.5 % eye drops	QL(15 cada 30 días)		
timolol maleate 0.5 % eye gel forming solution	QL(15 cada 30 días)		
tinidazole 250 mg tablet			
tinidazole 500 mg tablet			
tioconazole 6.5 % vaginal ointment OTC			20
tiopronin 100 mg tablet			
TIS-U-SOL PENTALYTE 800-40-20-8.75-6.25 MG/100 ML IRRIGATION SOLUTION			
TIVICAY 10 MG TABLET			
TIVICAY 25 MG TABLET			
TIVICAY 50 MG TABLET			
TIVICAY PD 5 MG TABLET FOR ORAL SUSPENSION			
tizanidine 2 mg tablet			
tizanidine 4 mg tablet	QL(270 cada 30 días)		
TOBRADEX 0.3 %-0.1 % EYE DROPS,SUSPENSION			
TOBRADEX 0.3 %-0.1 % EYE OINTMENT			
TOBRADEX ST 0.3 %-0.05 % EYE DROPS,SUSPENSION			
tobramycin 0.3 % eye drops	QL(10 cada 30 días)		
tobramycin 0.3 %-dexamethasone 0.1 % eye drops,suspension			
tobramycin 10 mg/ml injection solution			
tobramycin 300 mg/5 ml in 0.225 % sodium chloride for nebulization	PA,QL(280 cada 56 días)		
tobramycin 40 mg/ml injection solution			
TOPAMAX 100 MG TABLET	PA		
TOPAMAX 15 MG SPRINKLE CAPSULE	PA		
TOPAMAX 200 MG TABLET	PA		
TOPAMAX 25 MG SPRINKLE CAPSULE	PA		
TOPAMAX 25 MG TABLET	PA		
TOPAMAX 50 MG TABLET	PA		
TOPCARE UNIVERSAL1 LANCET OTC			
TOPCARE UNIVERSAL1 LANCET 33 GAUGE OTC			
topiramate 100 mg tablet			
topiramate 15 mg sprinkle capsule			
topiramate 200 mg tablet			
topiramate 25 mg sprinkle capsule			
topiramate 25 mg tablet			
topiramate 50 mg tablet			
topiramate xr 100 mg capsule sprinkle,extended release 24 hr			
topiramate xr 150 mg capsule sprinkle,extended release 24 hr			
topiramate xr 200 mg capsule sprinkle,extended release 24 hr			
topiramate xr 25 mg capsule sprinkle,extended release 24 hr			

EDS – Supido extendido de 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
topiramate xr 50 mg capsule sprinkle,extended release 24 hr			
topotecan 4 mg intravenous solution		18	
topotecan 4 mg/4 ml (1 mg/ml) intravenous solution			
torsemide 10 mg tablet EDS			
torsemide 100 mg tablet EDS			
torsemide 20 mg tablet EDS			
torsemide 5 mg tablet EDS			
TOVIAZ 4 MG TABLET,EXTENDED RELEASE		6	
TOVIAZ 8 MG TABLET,EXTENDED RELEASE		6	
TPN ELECTROLYTES 35 MEQ-20 MEQ-5 MEQ/20 ML INTRAVENOUS SOLUTION			
TPN ELECTROLYTES II 18 MEQ-18 MEQ-5 MEQ/20 ML INTRAVENOUS SOLUTION			
TRACLEER 125 MG TABLET	PA		
TRACLEER 62.5 MG TABLET	PA		
TRADJENTA 5 MG TABLET	QL(30 cada 30 días)	18	
tramadol 50 mg tablet	QL(240 cada 30 días)	12	
tranexamic acid 1,000 mg/10 ml (100 mg/ml) intravenous solution			
tranexamic acid 1,000 mg/100 ml(10 mg/ml)in sod chlor,iso iv piggyback			
tranexamic acid 650 mg tablet	QL(30 cada 28 días)		
TRANSDERM-SCOP 1 MG OVER 3 DAYS TRANSDERMAL PATCH	PA,QL(10 cada 30 días)	18	
TRAVASOL 10 % INTRAVENOUS SOLUTION			
TRAVATAN Z 0.004 % EYE DROPS	QL(5 cada 30 días)		
TRAZIMERA 150 MG INTRAVENOUS SOLUTION			
TRAZIMERA 420 MG INTRAVENOUS SOLUTION			
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	
tretinoin (antineoplastic) 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-nymyo 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg(28) tablet	QL(91 cada 90 días)	12	

EDS – Supido extendido de 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
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-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 acetonide 0.025 % topical cream			
triamcinolone acetonide 0.025 % topical ointment			
triamcinolone acetonide 0.05 % topical ointment			
triamcinolone acetonide 0.1 % dental paste			
triamcinolone acetonide 0.1 % topical cream			
triamcinolone acetonide 0.1 % topical ointment			
triamcinolone acetonide 0.5 % topical cream			
triamcinolone acetonide 0.5 % topical ointment			
triamcinolone acetonide 40 mg/ml suspension for injection			
triamterene 37.5 mg-hydrochlorothiazide 25 mg capsule EDS			
triamterene 37.5 mg-hydrochlorothiazide 25 mg tablet EDS			
triamterene 75 mg-hydrochlorothiazide 50 mg tablet EDS			
tricitrates 550 mg-500 mg-334 mg/5 ml oral solution OTC			
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 0.4 mg/ml oral elixir EDS		18	
trihexyphenidyl 2 mg tablet EDS		18	
trihexyphenidyl 5 mg tablet EDS		18	
TRIJARDY XR 10 MG-5 MG-1,000 MG TABLET, EXTENDED RELEASE		18	
TRIJARDY XR 12.5 MG-2.5 MG-1,000 MG TABLET, EXTENDED RELEASE		18	
TRIJARDY XR 25 MG-5 MG-1,000 MG TABLET, EXTENDED RELEASE		18	
TRIJARDY XR 5 MG-2.5 MG-1,000 MG TABLET, EXTENDED RELEASE		18	
TRILEPTAL 150 MG TABLET	PA		
TRILEPTAL 300 MG TABLET	PA		
TRILEPTAL 300 MG/5 ML (60 MG/ML) ORAL SUSPENSION	PA		
TRILEPTAL 600 MG TABLET	PA		
trimethoprim 100 mg tablet			
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	

EDS – Supido extendido de 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
TRIPTODUR 22.5 MG IM SUSPENSION	PA,QL(1 cada 180 días)	2	12
TRIUMEQ 600 MG-50 MG-300 MG TABLET	PA,QL(30 cada 30 días)	6	
TRIUMEQ PD 60 MG-5 MG-30 MG TABLET FOR ORAL SUSPENSION	PA,QL(180 cada 30 días)		
trivora (28) 50-30 (6)/75-40(5)/125-30(10) tablet	QL(91 cada 90 días)	12	
TROGARZO 200 MG/1.33 ML (150 MG/ML) INTRAVENOUS SOLUTION	PA	18	
TROKENDI XR 100 MG CAPSULE, EXTENDED RELEASE	PA	6	
TROKENDI XR 200 MG CAPSULE, EXTENDED RELEASE	PA	6	
TROKENDI XR 25 MG CAPSULE,EXTENDED RELEASE	PA	6	
TROKENDI XR 50 MG CAPSULE, EXTENDED RELEASE	PA	6	
TROPHAMINE 10 % INTRAVENOUS SOLUTION			
TRUE COMFORT ALCOHOL PADS OTC			
TRUE COMFORT LANCET 30 GAUGE OTC			
TRUE METRIX AIR GLUCOSE METER OTC			
TRUE METRIX GLUCOSE METER OTC			
TRUE METRIX GLUCOSE TEST STRIP OTC	QL(150 cada 30 días)		
TRUE METRIX LEVEL 1 SOLUTION OTC			
TRUE METRIX LEVEL 2 SOLUTION OTC			
TRUE METRIX LEVEL 3 SOLUTION OTC			
TRUECONTROL LEVEL 0 SOLUTION OTC			
TRUECONTROL LEVEL 1 SOLUTION OTC			
TRUEDRAW LANCING DEVICE OTC			
TRUEPLUS LANCETS 28 GAUGE OTC			
TRUEPLUS LANCETS 30 GAUGE OTC			
TRUEPLUS LANCETS 33 GAUGE OTC			
TRULANCE 3 MG TABLET	PA,QL(30 cada 30 días)	18	
TRULICITY 0.75 MG/0.5 ML SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR	PA,QL(3 cada 28 días)	10	
TRULICITY 1.5 MG/0.5 ML SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR	PA,QL(3 cada 28 días)	10	
TRULICITY 3 MG/0.5 ML SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR	PA,QL(3 cada 28 días)	10	
TRULICITY 4.5 MG/0.5 ML SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR	PA,QL(3 cada 28 días)	10	
TRUMENBA 120 MCG/0.5 ML INTRAMUSCULAR SYRINGE		10	25
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			
TRUZONE PEAK FLOW METER			
tulana 0.35 mg tablet	QL(91 cada 90 días)	12	
turqoz (28) 0.3 mg-30 mcg tablet	QL(91 cada 90 días)	12	
tusnel diabetic 10 mg-100 mg/5 ml oral liquid OTC			20
tusnel-ex 100 mg/5 ml oral liquid OTC			20
tussin 100 mg/5 ml oral liquid OTC			20

EDS – Supido extendido de 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
tussin 400 mg tablet OTC			20
tussin dm 10 mg-100 mg/5 ml oral liquid OTC			20
tussin dm cough and chest 5 mg-100 mg/5 ml oral liquid OTC			20
tussin dm max 5 mg-100 mg/5 ml oral liquid OTC			20
tussin mucus-chest congestion 100 mg/5 ml oral liquid OTC			20
TWINRIX (PF) 720 ELISA UNIT-20 MCG/ML INTRAMUSCULAR SYRINGE		18	
TWIRLA 120 MCG-30 MCG/24 HR TRANSDERMAL PATCH		12	
TWIST LANCETS 30 GAUGE OTC			
TWIST LANCETS 32 GAUGE OTC			
TYBLUME 0.1 MG-20 MCG CHEWABLE TABLET		12	
TYBOST 150 MG TABLET	PA,QL(30 cada 30 días)	12	
tydemy 3 mg-0.03 mg-0.451 mg (21)(7) tablet	QL(91 cada 90 días)	12	
UBRELVY 100 MG TABLET	PA,QL(16 cada 30 días)	18	
UBRELVY 50 MG TABLET	PA,QL(16 cada 30 días)	18	
ULTI-LANCE KIT OTC			
ULTI-LANCE MISC OTC			
ULTICARE 1 ML 25 GAUGE X 5/8" SYRINGE			
ULTILET ALCOHOL SWAB OTC			
ULTILET BASIC LANCETS 30 GAUGE OTC			
ULTILET CLASSIC LANCETS OTC			
ULTILET CLASSIC LANCETS 28 GAUGE OTC			
ULTILET CLASSIC LANCETS 30 GAUGE OTC			
ULTILET CLASSIC LANCETS 33 GAUGE OTC			
ULTILET LANCETS 28 GAUGE OTC			
ULTILET LANCETS 30 GAUGE OTC			
ULTILET LANCETS 33 GAUGE OTC			
ULTILET SAFETY LANCETS 23 GAUGE OTC			
ULTRA FINE LANCETS 30 GAUGE OTC			
ultra strength antacid 400 mg calcium (1,000 mg) chewable tablet OTC			
ULTRA THIN II LANCETS 30 GAUGE OTC			
ULTRA THIN LANCETS OTC			
ULTRA THIN LANCETS 28 GAUGE OTC			
ULTRA THIN LANCETS 30 GAUGE OTC			
ULTRA THIN LANCETS 31 GAUGE OTC			
ULTRA THIN LANCETS 33 GAUGE OTC			
ULTRA THIN PLUS LANCETS 33 GAUGE OTC			
ULTRA TLC LANCETS OTC			
ULTRA-CARE LANCETS 30 GAUGE OTC			
ULTRA-THIN II LANCETS 28 GAUGE OTC			
ULTRALANCE LANCETS 26 GAUGE OTC			
ULTRALANCE LANCETS 28 GAUGE OTC			
UNILET COMFORTOUCH LANCET OTC			

EDS – Supido extendido de 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
UNILET COMFORTOUCH LANCET 26 GAUGE OTC			
UNILET EXCELITE II LANCET OTC			
UNILET EXCELITE LANCET OTC			
UNILET GP LANCET OTC			
UNILET LANCET 28 GAUGE OTC			
UNILET LANCET 33 GAUGE OTC			
UNILET LANCETS 30 GAUGE OTC			
UNILET SUPER THIN LANCETS 30 GAUGE OTC			
UNISTIK 2 COMFORT LANCET 28 GAUGE OTC			
UNISTIK 2 EXTRA LANCET 21 GAUGE OTC			
UNISTIK 2 NORMAL LANCET 21 GAUGE OTC			
UNISTIK 3 COMFORT LANCET 28 GAUGE OTC			
UNISTIK 3 DUAL LANCET 18 GAUGE OTC			
UNISTIK 3 EXTRA LANCET 21 GAUGE OTC			
UNISTIK 3 GENTLE 30 GAUGE OTC			
UNISTIK 3 LANCETS 21 GAUGE OTC			
UNISTIK 3 NORMAL LANCET 23 GAUGE OTC			
UNISTIK COMFORT LANCETS 28 GAUGE OTC			
UNISTIK CZT LANCET 23 GAUGE OTC			
UNISTIK CZT LANCET 28 GAUGE OTC			
UNISTIK EXTRA LANCETS 21 GAUGE OTC			
UNISTIK PRO LANCET 21 GAUGE OTC			
UNISTIK PRO LANCET 25 GAUGE OTC			
UNISTIK PRO LANCET 28 GAUGE OTC			
UNISTIK SAFETY 28 GAUGE OTC			
UNISTIK SAFETY 30 GAUGE OTC			
UNISTIK TOUCH LANCETS 21 GAUGE OTC			
UNISTIK TOUCH LANCETS 23 GAUGE OTC			
UNISTIK TOUCH LANCETS 28 GAUGE OTC			
UNISTIK TOUCH LANCETS 30 GAUGE OTC			
UNITHROID 100 MCG TABLET EDS			
UNITHROID 112 MCG TABLET EDS			
UNITHROID 125 MCG TABLET EDS			
UNITHROID 137 MCG TABLET EDS			
UNITHROID 150 MCG TABLET EDS			
UNITHROID 175 MCG TABLET EDS			
UNITHROID 200 MCG TABLET EDS			
UNITHROID 25 MCG TABLET EDS			
UNITHROID 300 MCG TABLET EDS			
UNITHROID 50 MCG TABLET EDS			
UNITHROID 75 MCG TABLET EDS			
UNITHROID 88 MCG TABLET EDS			
UNIVERSAL 1 LANCETS 21 GAUGE OTC			
UNIVERSAL 1 LANCETS 26 GAUGE OTC			
UNIVERSAL 1 LANCETS 30 GAUGE OTC			
UNIVERSAL 1 LANCETS 33 GAUGE OTC			
urea 40 % topical cream			

EDS – Supido extendido de 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
ursodiol 250 mg tablet			
ursodiol 300 mg capsule			
ursodiol 500 mg tablet			
UZEDY 100 MG/0.28 ML SUBCUT EXT REL SUSPENSION SYRINGE	PA	18	
UZEDY 125 MG/0.35 ML SUBCUT EXT REL SUSPENSION SYRINGE	PA	18	
UZEDY 150 MG/0.42 ML SUBCUT EXT REL SUSPENSION SYRINGE	PA	18	
UZEDY 200 MG/0.56 ML SUBCUT EXT REL SUSPENSION SYRINGE	PA	18	
UZEDY 250 MG/0.7 ML SUBCUT EXT REL SUSPENSION SYRINGE	PA	18	
UZEDY 50 MG/0.14 ML SUBCUT EXT REL SUSPENSION SYRINGE	PA	18	
UZEDY 75 MG/0.21 ML SUBCUT EXT REL SUSPENSION SYRINGE	PA	18	
V-GO 20 DEVICE			
V-GO 30 DEVICE			
V-GO 40 DEVICE			
VAGIFEM 10 MCG VAGINAL TABLET	QL(18 cada 28 días)		
valacyclovir 1 gram tablet			
valacyclovir 500 mg tablet			
VALCYTE 50 MG/ML ORAL SOLUTION			
valganciclovir 450 mg tablet			
valganciclovir 50 mg/ml oral solution			
valproic acid (as sodium salt) 250 mg/5 ml (5 ml) oral solution			
valproic acid (as sodium salt) 250 mg/5 ml oral solution			
valproic acid (as sodium salt) 500 mg/10 ml (10 ml) oral solution			
valproic acid 250 mg capsule			
valsartan 160 mg tablet EDS	QL(60 cada 30 días)	1	
valsartan 160 mg-hydrochlorothiazide 12.5 mg tablet			
valsartan 160 mg-hydrochlorothiazide 25 mg tablet			
valsartan 320 mg tablet EDS		1	
valsartan 320 mg-hydrochlorothiazide 12.5 mg tablet			
valsartan 320 mg-hydrochlorothiazide 25 mg tablet			
valsartan 40 mg tablet EDS	QL(60 cada 30 días)	1	
valsartan 80 mg tablet EDS	QL(60 cada 30 días)	1	
valsartan 80 mg-hydrochlorothiazide 12.5 mg tablet			
VALTOCO 10 MG/SPRAY (0.1 ML) NASAL SPRAY	PA,QL(20 cada 30 días)	6	
VALTOCO 15 MG/2 SPRAY(7.5MG/0.1ML X2) NASAL SPRAY	PA,QL(20 cada 30 días)	6	
VALTOCO 20 MG/2 SPRAY (10MG/0.1ML X2) NASAL SPRAY	PA,QL(20 cada 30 días)	6	
VALTOCO 5 MG/SPRAY (0.1 ML) NASAL SPRAY	PA,QL(20 cada 30 días)	6	

EDS – Supido extendido de 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
vancomycin 1 gram/200 ml in 0.9 % sod. chloride intravenous piggyback			
vancomycin 1,000 mg intravenous injection	QL(120 cada 30 días)		
vancomycin 1.25 gram intravenous solution			
vancomycin 1.5 gram intravenous solution			
vancomycin 125 mg capsule			
vancomycin 250 mg capsule			
vancomycin 500 mg intravenous solution	QL(240 cada 30 días)		
vancomycin 500 mg intravenous solution			
vancomycin 500 mg/100 ml in 0.9% sodium chloride intravenous piggyback			
vancomycin 500 mg/100 ml in dextrose 5 % intravenous piggyback			
vancomycin 750 mg intravenous solution			
vancomycin 750 mg intravenous solution	QL(150 cada 30 días)		
vancomycin 750 mg/150 ml in 0.9% sodium chloride intravenous piggyback			
VAQTA (PF) 25 UNIT/0.5 ML INTRAMUSCULAR SUSPENSION		3	
VAQTA (PF) 25 UNIT/0.5 ML INTRAMUSCULAR SYRINGE		3	
VAQTA (PF) 50 UNIT/ML INTRAMUSCULAR SUSPENSION		3	
VAQTA (PF) 50 UNIT/ML INTRAMUSCULAR SYRINGE		3	
varenicline 0.5 mg (11)-1 mg (42) tablets in a dose pack	QL(53 cada 28 días)	17	
varenicline 0.5 mg tablet	QL(60 cada 30 días)	17	
varenicline 1 mg tablet	QL(56 cada 28 días)	17	
VARIVAX (PF) 1,350 UNIT/0.5 ML SUBCUTANEOUS SUSPENSION		3	
VASCEPA 0.5 GRAM CAPSULE		18	
VASCEPA 1 GRAM CAPSULE		18	
velivet triphasic regimen (28) 0.1 mg/0.125 mg/0.15 mg-25 mcg tablet	QL(91 cada 90 días)	12	
VELTASSA 16.8 GRAM ORAL POWDER PACKET		12	
VELTASSA 25.2 GRAM ORAL POWDER PACKET		12	
VELTASSA 8.4 GRAM ORAL POWDER PACKET		12	
VENCLEXTA 10 MG TABLET	QL(14 cada 30 días)	18	
VENCLEXTA 100 MG TABLET	QL(180 cada 30 días)	18	
VENCLEXTA 50 MG TABLET	QL(7 cada 30 días)	18	
venlafaxine 100 mg tablet	QL(90 cada 30 días)	6	
venlafaxine 25 mg tablet	QL(120 cada 30 días)	6	
venlafaxine 37.5 mg tablet	QL(120 cada 30 días)	6	
venlafaxine 50 mg tablet	QL(120 cada 30 días)	6	
venlafaxine 75 mg tablet	QL(150 cada 30 días)	6	
venlafaxine er 150 mg capsule,extended release 24 hr	QL(30 cada 30 días)	6	
venlafaxine er 37.5 mg capsule,extended release 24 hr	QL(30 cada 30 días)	6	
venlafaxine er 75 mg capsule,extended release 24 hr	QL(90 cada 30 días)	6	
VENTAVIS 10 MCG/ML SOLUTION FOR NEBULIZATION	PA,QL(270 cada 30 días)		

EDS – Supido extendido de 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
VENTAVIS 20 MCG/ML SOLUTION FOR NEBULIZATION	PA,QL(270 cada 30 días)		
VENTOLIN HFA 90 MCG/ACTUATION AEROSOL INHALER	QL(36 cada 28 días)		
verapamil 120 mg tablet EDS			
verapamil 40 mg tablet EDS			
verapamil 80 mg tablet EDS			
verapamil er (sr) 120 mg tablet,extended release EDS			
verapamil er (sr) 180 mg tablet,extended release EDS			
verapamil er (sr) 240 mg tablet,extended release EDS			
verapamil er 120 mg 24 hr capsule,extended release EDS			
verapamil er 180 mg 24 hr capsule,extended release EDS			
verapamil er 240 mg 24 hr capsule,extended release EDS			
verapamil er 360 mg 24 hr capsule,extended release EDS			
VERIFINE SAFETY LANCET MINI 21 GAUGE OTC			
VERIFINE SAFETY LANCET MINI 23 GAUGE OTC			
VERIFINE SAFETY LANCET MINI 28 GAUGE OTC			
VERIFINE SAFETY LANCET MINI 30 GAUGE OTC			
VERIFINE UNIVERSAL LANCET 28 GAUGE OTC			
VERIFINE UNIVERSAL LANCET 30 GAUGE OTC			
VERIFINE UNIVERSAL LANCET 33 GAUGE OTC			
vestura (28) 3 mg-0.02 mg tablet	QL(91 cada 90 días)	12	
VICTOZA 2-PAK 0.6 MG/0.1 ML (18 MG/3 ML) SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR	PA,QL(9 cada 30 días)	10	
VICTOZA 3-PAK 0.6 MG/0.1 ML (18 MG/3 ML) SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR	PA,QL(9 cada 30 días)	10	
vienva 0.1 mg-20 mcg tablet	QL(91 cada 90 días)	12	
vigabatrin 500 mg oral powder packet			
vigadrone 500 mg oral powder packet			
vigpoder 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	
vinblastine 1 mg/ml intravenous solution			
vincristine 1 mg/ml intravenous solution			
vincristine 2 mg/2 ml intravenous solution			
vinorelbine 10 mg/ml intravenous solution			
vinorelbine 50 mg/5 ml intravenous solution			
VIOKACE 10,440 UNIT-39,150 UNIT-39,150 UNIT TABLET	PA	18	
VIOKACE 20,880 UNIT-78,300 UNIT-78,300 UNIT TABLET	PA	18	
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			
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	

EDS – Supido extendido de 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
virt-phos neutral 250 mg tablet OTC			
VITAFOL FE PLUS 90 MG IRON-1 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 1,250 mcg (50,000 unit) capsule			
vitamin k 1 mg/0.5 ml injection solution			
vitamin k1 10 mg/ml injection solution			
vitamins a,c,d and fluoride 0.25 mg fluoride (0.55 mg)/ml oral drops OTC			12
VIVAGUARD LANCET 30 GAUGE OTC			
VIVAGUARD LANCING DEVICE OTC			
VIVELLE-DOT 0.025 MG/24 HR TRANSDERMAL PATCH	QL(8 cada 30 días)		
VIVELLE-DOT 0.0375 MG/24 HR TRANSDERMAL PATCH	QL(8 cada 30 días)		
VIVELLE-DOT 0.05 MG/24 HR TRANSDERMAL PATCH	QL(8 cada 30 días)		
VIVELLE-DOT 0.075 MG/24 HR TRANSDERMAL PATCH	QL(8 cada 30 días)		
VIVELLE-DOT 0.1 MG/24 HR TRANSDERMAL PATCH	QL(8 cada 30 días)		
VIVITROL 380 MG INTRAMUSCULAR SUSPENSION,EXTENDED RELEASE	PA,QL(1 cada 28 días)	18	
volnea (28) 0.15 mg-0.02 mg (21)/0.01 mg (5) tablet	QL(91 cada 90 días)	12	
VORTEX HOLDING CHAMBER			
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-PNV-DHA 28 MG IRON-1 MG-200 MG CAPSULE		12	
vp-vite rx 1 mg-60 mg-300 mcg tablet OTC			
VRAYLAR 1.5 MG (1)-3 MG (6) CAPSULES IN A DOSE PACK	PA,QL(7 cada 365 días)	18	
VRAYLAR 1.5 MG CAPSULE	PA,QL(30 cada 30 días)	18	
VRAYLAR 3 MG CAPSULE	PA,QL(30 cada 30 días)	18	
VRAYLAR 4.5 MG CAPSULE	PA,QL(30 cada 30 días)	18	
VRAYLAR 6 MG CAPSULE	PA,QL(30 cada 30 días)	18	
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 20 MG CAPSULE	QL(30 cada 30 días)	6	
VYVANSE 30 MG CAPSULE	QL(30 cada 30 días)	6	
VYVANSE 40 MG CAPSULE	QL(30 cada 30 días)	6	

EDS – Supido extendido de 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
VYVANSE 50 MG CAPSULE	QL(30 cada 30 días)	6	
VYVANSE 60 MG CAPSULE	QL(30 cada 30 días)	6	
VYVANSE 70 MG CAPSULE	QL(30 cada 30 días)	6	
warfarin 1 mg tablet EDS	QL(120 cada 30 días)		
warfarin 10 mg tablet EDS	QL(120 cada 30 días)		
warfarin 2 mg tablet EDS	QL(120 cada 30 días)		
warfarin 2.5 mg tablet EDS	QL(120 cada 30 días)		
warfarin 3 mg tablet EDS	QL(120 cada 30 días)		
warfarin 4 mg tablet EDS	QL(120 cada 30 días)		
warfarin 5 mg tablet EDS	QL(120 cada 30 días)		
warfarin 6 mg tablet EDS	QL(120 cada 30 días)		
warfarin 7.5 mg tablet EDS	QL(120 cada 30 días)		
water for injection, bacteriostatic injection solution			
water for injection, sterile injection solution			
water for injection, sterile intravenous solution			
water for irrigation, sterile solution			
WEBCOL TOPICAL PADS OTC			
wera (28) 0.5 mg-35 mcg tablet	QL(91 cada 90 días)	12	
westab plus 27 mg iron-1 mg tablet		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			
wymzya fe 0.4 mg-35 mcg (21)/75 mg (7) chewable tablet	QL(91 cada 90 días)	12	
XARELTO 10 MG TABLET			
XARELTO 15 MG TABLET			
XARELTO 2.5 MG TABLET			
XARELTO 20 MG TABLET			
XARELTO DVT-PE TREATMENT 30-DAY STARTER 15 MG(42)-20 MG(9) TABLET PACK			
XCOPRI 100 MG TABLET	PA		
XCOPRI 150 MG TABLET	PA		
XCOPRI 200 MG TABLET	PA		
XCOPRI 50 MG TABLET	PA		
XCOPRI MAINTENANCE PACK 250MG/DAY (150 MG X 1 AND 100 MG X 1) TABLETS	PA		
XCOPRI MAINTENANCE PACK 350 MG/DAY (200 MG X 1 AND 150 MG X 1) TABLETS	PA		
XCOPRI TITRATION PACK 12.5 MG (14)-25 MG (14) TABLETS IN A DOSE PACK	PA		
XCOPRI TITRATION PACK 150 MG (14)-200 MG (14) TABLETS IN A DOSE PACK	PA		

EDS – Supido extendido de 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
XCOPRI TITRATION PACK 50 MG (14)-100 MG (14) TABLETS IN A DOSE PACK	PA		
XELJANZ 1 MG/ML ORAL SOLUTION	PA,QL(300 cada 30 días)	2	12
XELJANZ 10 MG TABLET	PA,QL(60 cada 30 días)	2	
XELJANZ 5 MG TABLET	PA,QL(60 cada 30 días)	2	
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	QL(30 cada 30 días)	18	
XIGDUO XR 10 MG-500 MG TABLET,EXTENDED RELEASE	QL(30 cada 30 días)	18	
XIGDUO XR 2.5 MG-1,000 MG TABLET,EXTENDED RELEASE	QL(60 cada 30 días)	18	
XIGDUO XR 5 MG-1,000 MG TABLET,EXTENDED RELEASE	QL(60 cada 30 días)	18	
XIGDUO XR 5 MG-500 MG TABLET,EXTENDED RELEASE	QL(30 cada 30 días)	18	
XIIDRA 5 % EYE DROPS IN A DROPPERETTE			
XOLAIR 150 MG/ML SUBCUTANEOUS SYRINGE	PA	6	
XOLAIR 75 MG/0.5 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE	PA	6	
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	
zafemy 150 mcg-35 mcg/24 hr transdermal patch		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	PA		
ZAVESCA 100 MG CAPSULE	PA,QL(90 cada 30 días)	18	
ZEGALOGUE 0.6 MG/0.6 ML SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR		6	
ZEGERID 20 MG-1,680 MG ORAL PACKET	QL(30 cada 30 días)	18	
ZEGERID 20 MG-1.1 GRAM CAPSULE	QL(30 cada 30 días)	18	
ZEGERID 40 MG-1,680 MG ORAL PACKET	QL(30 cada 30 días)	18	
ZEGERID 40 MG-1.1 GRAM CAPSULE	QL(30 cada 30 días)	18	
zenatane 10 mg capsule		12	
zenatane 20 mg capsule		12	
zenatane 30 mg capsule		12	
zenatane 40 mg capsule		12	
ZENPEP 10,000 UNIT-32,000 UNIT-42,000 UNIT CAPSULE,DELAYED RELEASE	PA		
ZENPEP 15,000 UNIT-47,000 UNIT-63,000 UNIT CAPSULE,DELAYED RELEASE	PA		

EDS – Supido extendido de 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
ZENPEP 20,000 UNIT-63,000 UNIT-84,000 UNIT CAPSULE,DELAYED RELEASE	PA		
ZENPEP 25,000 UNIT-79,000 UNIT-105,000 UNIT CAPSULE,DELAYED RELEASE	PA		
ZENPEP 3,000 UNIT-10,000 UNIT-14,000 UNIT CAPSULE,DELAYED RELEASE	PA		
ZENPEP 40,000 UNIT-126,000 UNIT-168,000 UNIT CAPSULE,DELAYED RELEASE	PA		
ZENPEP 5,000 UNIT-17,000 UNIT-24,000 UNIT CAPSULE,DELAYED RELEASE	PA		
ZENPEP 60,000-189,600-252,600 UNIT CAPSULE,DELAYED RELEASE	PA		
zidovudine 10 mg/ml oral syrup			
zidovudine 100 mg capsule			
zidovudine 300 mg tablet			
ZIMHI 5 MG/0.5 ML INJECTION SYRINGE	QL(2 cada 365 días)		
zinc chloride 1 mg/ml intravenous solution			
zinc sulfate 1 mg/ml intravenous solution			
zinc sulfate 3 mg/ml intravenous solution			
zinc sulfate 5 mg/ml intravenous solution			
ziprasidone 20 mg capsule	QL(120 cada 30 días)	6	
ziprasidone 40 mg capsule	QL(120 cada 30 días)	6	
ziprasidone 60 mg capsule	QL(120 cada 30 días)	6	
ziprasidone 80 mg capsule	QL(60 cada 30 días)	6	
ZIRABEV 25 MG/ML INTRAVENOUS SOLUTION	PA,QL(110 cada 30 días)	18	
ZIRGAN 0.15 % EYE GEL			
zoledronic acid 4 mg intravenous solution			
zoledronic acid 4 mg/100 ml in mannitol 5 %-water intravenous piggybck			
zoledronic acid 4 mg/5 ml intravenous solution			
zoledronic acid 5 mg/100 ml in mannitol 5 %-water intravenous piggybck	QL(100 cada 355 días)		
zoledronic acid 5 mg/100 ml in mannitol 5 %-water intravenous piggybck	QL(100 cada 365 días)		
zolpidem 10 mg tablet	PA,QL(30 cada 30 días)	18	
zolpidem 5 mg tablet	QL(30 cada 30 días)	18	
ZONALON 5 % TOPICAL CREAM	PA,QL(90 cada 30 días)	18	
zonisamide 100 mg capsule			
zonisamide 25 mg capsule			
zonisamide 50 mg capsule			
zovia 1-35 (28) 1 mg-35 mcg 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	

EDS – Supido extendido de 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
ZTLIDO 1.8 % TOPICAL PATCH	PA,QL(90 cada 30 días)		
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	
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	

EDS – Supido extendido de días • ST – Terapia por fases • QL – Límite en las cantidades • PA – Autorización previa • OTC – Medicamentos sin receta

Notas

Notas

Notas

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

SPANISH: Esta información está disponible gratuitamente en otros idiomas y formatos. Comuníquese con nuestro Servicio al Cliente llamando al **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.

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

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

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

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

Llame si nos necesita

Si tiene alguna pregunta, dificultades para leer o entender este documento, llámenos al **800-477-6931 (TTY: 711)**. Estamos disponibles de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del este. Podemos ayudarle sin costo alguno para usted. Podemos explicarle el documento en inglés o en su primer idioma. También podemos ayudarle si necesita ayuda de la vista o de audición. Consulte su Manual del afiliado en relación a sus derechos.

¡Importante!

En Humana, es importante que usted reciba un trato justo.

Humana Inc. y sus subsidiarias no discriminan ni excluyen a las personas por motivos de raza, color, origen nacional, edad, discapacidad, sexo, orientación sexual, género, identidad de género, ascendencia, origen étnico, estado civil, religión, o idioma. La discriminación va en contra de la ley. Humana y sus subsidiarias cumplen con las leyes de derechos civiles federales aplicables. Si usted cree que Humana o sus subsidiarias le han discriminado, hay formas de obtener ayuda.

- Puede presentar una queja, también conocida como queja formal a:
  Discrimination Grievances, P.O. Box 14618, Lexington, KY 40512-4618
  Si necesita ayuda para presentar una queja formal, llame al **800-477-6931** o si utiliza un **TTY**, llame al **711**.
- También puede presentar una queja de derechos civiles ante el
  Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU., la Oficina de Derechos Civiles,
  por medios electrónicos a través del portal de quejas disponible en
  https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf o al **U.S. Department of Health and Human Services**, 200 Independence Avenue, SW, Room 509F, HHH Building, Washington, DC 20201, **1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)**. Los formularios de quejas están disponibles en
  https://www.hhs.gov/sites/default/files/ocr-cr-complaint-form-package.pdf.

Tiene a su disposición recursos y servicios auxiliares gratuitos. 800-477-6931 (TTY: 711)

Humana provee recursos y servicios auxiliares gratuitos como, por ejemplo, intérpretes acreditados de lenguaje de señas, interpretación remota por video e información escrita en otros formatos para personas con discapacidades cuando dichos recursos y servicios auxiliares sean necesarios para garantizar la igualdad de oportunidades de participación.

Humana Healthy Horizons in Florida es un producto de Medicaid de Humana Medical Plan Inc.

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

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

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

Healthy Horizons in Florida es un producto de Medicaid de Humana Medical Plan, Inc.

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

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
Healthy Horizons®
in Florida

FLHKCM9EN_SPC