

Bienvenidos a Humana

En esta colección encontrará información valiosa para conocer cómo sacarle provecho a su cubierta del plan médico, beneficios y valores añadidos.

Información Importante:

Servicio al Cliente – TEL. 1-800-314-3121

Certificaciones de Cubiertas, Estudiantes, Vacunas, Duplicados de Tarjetas, Confirmar Copagos y Coaseguros, status de reembolsos, status de pre-autorizaciones de servicios o asistencia adicional

Elegibilidad – FAX 1-888-899-9730 EMAIL: feo_group@humana.com

Ingresos, Cambios o Terminaciones

Pre-autorizaciones – FAX 1-800-658-9457 EMAIL: umfax@humana.com

Petición de pre-autorizaciones para estudios y pruebas especializadas

Reembolsos – EMAIL: prclaimsreimbursements@humana.com

Salud Mental – APS – TEL. 1-877-621-0885


Servicios relacionados a Salud Mental

Humana[®]



El Resumen de beneficios y cobertura (SBC) lo ayudará a escoger un [plan](#) de salud. El SBC muestra cómo usted y el [plan](#) compartirían los costos de los servicios de atención médica cubiertos. **NOTA:** La información sobre el costo de este [plan](#) (denominado [prima](#)) se proporcionará por separado. Este es solo un resumen. Para obtener más información sobre su cobertura u obtener una copia de los términos completos de la cobertura, llame al 1-800-314-3121. Para ver las definiciones de términos frecuentes, como [cantidad permitida](#), [facturación de saldo](#), [coaseguro](#), [copago](#), [deducible](#), [proveedor](#) u otros términos subrayados, consulte el glosario. Puede consultar el glosario en www.humana.com o llamar al 1-800-314-3121 para pedir una copia.

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué es importante:
¿Cuánto es el deducible total?	\$0	Consulte la tabla de Circunstancias médicas comunes abajo para conocer los costos de los servicios que cubre este plan .
¿Hay servicios cubiertos antes de alcanzar su deducible ?	No aplica.	Este plan no tiene un deducible .
¿Hay otros deducibles para servicios específicos?	No.	No debe pagar deducibles para servicios específicos.
¿Cuánto es el límite de gastos de bolsillo para este plan ?	Sí. Proveedor dentro de la red : Individual \$6,350/Familiar \$12,700.	El límite de gastos de bolsillo es lo más que puede pagar en un año por servicios cubiertos.
¿Qué es lo que no está incluido en el límite de gastos de bolsillo ?	Primas y los servicios no cubiertos.	Aunque usted paga por estos gastos, estos no aplican para el límite de gastos de bolsillo .
¿Pagará menos si acude a un proveedor dentro de la red ?	Sí. Para obtener la lista de proveedores participantes , acceda www.humana.pr o llame al 1-800-314-3121.	Este plan utiliza una red de proveedores . Pagará menos si usa un proveedor que esté incluido en la red del plan . Pagará más si acude a un proveedores fuera de la red , y es posible que reciba una factura de un proveedor por la diferencia entre el cargo del proveedor y lo que su plan paga (facturación del saldo). Tenga en cuenta que su proveedor dentro de la red puede usar un proveedores fuera de la red para algunos servicios (como análisis de laboratorio). Consulte con su proveedor antes de recibir los servicios.
¿Necesita una derivación para atenderse con un especialista ?	No.	Puede ver al especialista que usted elija sin una derivación .

 Todos los [copagos](#) y el [coaseguro](#) que se muestran en este cuadro se aplican después de alcanzar su [deducible](#), si se aplica uno.

Circunstancia médica común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor dentro de la red (Usted pagará el mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará el máximo)	
Si acude al consultorio o clínica del proveedor	Consulta con su médico de atención primaria para tratar una afección o lesión	\$5 copago / visita	Por reembolso, a tarifa contratada, menos copago aplicable.	Consulta virtual, menos \$25 copago, visite www.mdlive.com/humanapr . \$0 copago aplica a visitas virtuales con durante el periodo de emergencia de COVID-19.
	Consulta con un especialista	\$12 copago / visita especialista \$12 copago / visita sub-especialista	Por reembolso, a tarifa contratada, menos copago aplicable.	6 consultas con nutricionista por asegurado.
	Atención preventiva/ evaluación /vacunas	Sin costo	Por reembolso, a tarifa contratada.	Basado en la Reforma de Salud Federal: Ley del Cuidado de Salud y Atención Médica Asequible. Puede tener que pagar por servicios que no son preventivos . Pregunte a su proveedor si los servicios que necesita son preventivos . Luego verifique lo que su plan pagaría.
Si se realiza un examen	Exámenes de diagnóstico (radiografías, análisis de sangre)	25% coaseguro	Por reembolso, a tarifa contratada, menos coaseguro aplicable.	Pruebas genéticas requieren pre-autorización . \$0 copago aplica a diagnóstico y tratamiento de COVID-19, en conformidad a Ley 43 de 2020.
	Diagnóstico por imágenes (tomografía computarizada/ tomografía por emisión de positrones, imágenes por resonancia magnética)	25% coaseguro	Por reembolso, a tarifa contratada, menos coaseguro aplicable.	Requiere pre-autorización .

Circunstancia médica común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor dentro de la red (Usted pagará el mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará el máximo)	
Si necesita un medicamento para tratar su enfermedad o condición médica. Hay más información disponible sobre la cobertura de medicamentos con receta médica en www.humana.com/druglist	Medicamentos genéricos preferidos (Nivel 1)	\$5 copago / al detal \$10 copago / por correo	Por reembolso, a 70% de la tarifa contratada, menos copago o coaseguro aplicable.	Formulario: RX3 Tradicional Suplido de 30 días al detal. Suplido de 90 días por correo. Medicamentos “OTC” - \$1 copago sujeto a listado de Humana; requiere receta médica. Quimioterapia: 10% coaseguro . Beneficio máximo \$4,000; luego aplica 50% coaseguro en todos los medicamentos. MAC A Genérico mandatorio
	Medicamentos de marca preferidos (Nivel 2)	25% coaseguro mín. \$10 al detal 25% coaseguro mín. \$20 por correo	Por reembolso, a 70% de la tarifa contratada, menos coaseguro aplicable.	
	Medicamentos de marca no preferidos (Nivel 3)	25% coaseguro mín. \$10 al detal 25% coaseguro mín. \$20 por correo	Por reembolso, a 70% de la tarifa contratada, menos coaseguro aplicable.	
	Medicamentos de especialidad	40% coaseguro / al detal	Por reembolso, a 70% de la tarifa contratada, menos coaseguro aplicable.	
Si le hacen una cirugía ambulatoria	Tarifa del centro (p. ej., centro de cirugía ambulatoria)	\$12 copago / oficina \$35 copago / centro de cirugía ambulatoria u hospital ambulatorio	Por reembolso, a tarifa contratada, menos copago aplicable.	Uso de facilidad – Requiere pre-autorización .
	Tarifas del médico/cirujano	Sin costo	Por reembolso, a tarifa contratada.	Asistente quirúrgico cuando sea medicamento necesario, menos 25% coaseguro aplicable. Requiere pre-autorización .

Circunstancia médica común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor dentro de la red (Usted pagará el mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará el máximo)	
Si necesita atención médica inmediata	Atención en la Sala de Emergencias	\$70 copago / enfermedad \$0 copago / accidente	\$70 copago / enfermedad \$0 copago / accidente	Ninguno
	Transporte médico de emergencia	\$50 copago /viaje	\$50 copago /viaje	Ambulancia aérea y marítima dentro de los límites territoriales de Puerto Rico, incluyendo Vieques y Culebra, requiere pre-autorización , a menos que la emergencia sea de vida o muerte.
	Atención de urgencia	\$70 copago / enfermedad \$0 copago / accidente	\$70 copago / enfermedad \$0 copago / accidente	Ninguno
Si necesita hospitalización	Tarifa del centro (p. ej., habitación del hospital)	\$70 copago / admisión	Por reembolso, a tarifa contratada, menos copago aplicable.	Requiere pre-autorización . Exclusiones: Gastos por servicios de convalecencia o comodidad personal, o por servicios de custodia durante una hospitalización, enfermera privada, excepto en los casos de servicios de salud en el hogar autorizados por Humana; artículos de uso personal tales como teléfono, televisión y "admission kit".
	Tarifas del médico/cirujano	Sin costo	Por reembolso, a tarifa contratada.	Asistente quirúrgico cuando sea medicamente necesario, menos 25% coaseguro aplicable. Requiere pre-autorización .
Si necesita servicios de salud mental, salud conductual o de abuso de sustancias	Servicios para pacientes ambulatorios	\$12 copago / visita	Por reembolso, a tarifa contratada, menos copago aplicable.	Ninguno.
	Servicios para pacientes hospitalizados	\$70 copago / estadía	Por reembolso, a tarifa contratada, menos copago aplicable.	Requiere pre-autorización . Hospitalización parcial se cubre al 100% luego de pre-autorización .
Si está embarazada	Visitas al consultorio	\$15 copago / visita	Por reembolso, a tarifa contratada, menos copago aplicable.	Servicios preventivos no llevan copago . El cuidado de maternidad puede incluir pruebas o servicios incluidos en otras partes de este resumen (ej. Sonograma).Para

Circunstancia médica común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor dentro de la red (Usted pagará el mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará el máximo)	
				estos servicios adicionales, refiérase al copago o coaseguro aplicable.
	Servicios profesionales para el nacimiento y el parto	Sin cargo	Por reembolso, a tarifa contratada.	Excluye anestesia epidural durante el parto.
	Servicios hospitalarios para el nacimiento y el parto	\$70 copago / estadía	Por reembolso, a tarifa contratada, menos copago aplicable.	Ninguno.
Si necesita servicios de recuperación o tiene otras necesidades especiales de salud	Atención médica en el hogar	Sin costo	Por reembolso, a tarifa contratada, menos copago o coaseguro aplicable.	Este beneficio se cubrirá por 40 días inicialmente y 20 días adicionales sujeto a certificación de necesidad médica. El cuidado de la salud en el hogar puede incluir pruebas o servicios incluidos en otras partes de este resumen (ej. Visitas de especialistas). Para estos servicios adicionales, refiérase al copago o coaseguro aplicable.
	Servicios de rehabilitación	\$5 copago / terapia física	Por reembolso, a tarifa contratada, menos copago o coaseguro aplicable.	Terapias físicas – Ilimitadas. Terapia del habla, cuando sea ordenada por un médico y rendida por un terapeuta del habla licenciado, hasta un máximo de 40 terapias por año póliza.
	Servicios de habilitación	\$5 copago / terapia física \$12 copago / terapia del habla y ocupacional	Por reembolso, a tarifa contratada, menos copago o coaseguro aplicable.	Terapia ocupacional con el propósito de adiestrar y ayudar en la restauración de las funciones físicas normales y la prevención del deterioro futuro por la misma condición; como resultado de una enfermedad, un trauma, derrame o un procedimiento quirúrgico mientras esté asegurado bajo esta póliza, ilimitadas.

Circunstancia médica común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor dentro de la red (Usted pagará el mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará el máximo)	
				Terapias dirigidas al tratamiento de las personas con Autismo son ilimitadas.
	Atención de enfermería especializada	Sin costo	Por reembolso, a tarifa contratada.	Facilidad de enfermería diestra hasta un máximo de 60 días por año póliza. Requiere pre-autorización .
	Equipo médico duradero	25% coaseguro	Por reembolso, a tarifa contratada, menos coaseguro aplicable.	Requiere pre-autorización .
	Servicios en un programa de cuidados paliativos	\$70 copago / estadia	Por reembolso, a tarifa contratada, menos copago aplicable.	Requiere pre-autorización .
Si su hijo necesita servicios dentales o de la vista	Examen de la vista para niños	\$12 copago / visita	Por reembolso, a tarifa contratada, menos copago aplicable.	Una (1) prueba de refracción por año póliza.
	Anteojos para niños	Por reembolso	Por reembolso	Beneficio máximo \$150.00 por asegurado por año póliza, por reembolso. Adicional, disponible descuento visión a través del programa EyeMed.
	Control dental para niños	No cubierto	No cubierto	Ninguno

Servicios excluidos y otros servicios cubiertos:

Servicios que su [Plan](#), por lo general, NO cubre (consulte la póliza o documento del [plan](#) para obtener más información y una lista de otros [servicios excluidos](#)).

- | | | |
|--|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • Acupuntura • Cirugía cosmética • Cuidado a largo plazo | <ul style="list-style-type: none"> • Dental • Enfermería privada • Programas de pérdida de peso | <ul style="list-style-type: none"> • Servicios que no son emergencia al viajar fuera de los Estados Unidos • Tratamiento de infertilidad |
|--|--|--|

Otros servicios cubiertos (es posible que se apliquen limitaciones a estos servicios. Esta no es una lista completa. Consulte el documento del [plan](#)).

- | | | |
|---|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • Aparatos auditivos (hasta \$250 por reembolso/año póliza) • Cirugía bariátrica | <ul style="list-style-type: none"> • Cuidado rutinario del pie | <ul style="list-style-type: none"> • Cuidado visual – 1 examen de refracción/año póliza. • Quiropráctico – 1 visita inicial/1 visita subsecuente, 20 manipulaciones |
|---|---|---|

Su derecho a continuar con la cobertura: Hay organismos que pueden ayudarlo si quiere mantener la cobertura después de que esta finalice. La información de contacto de esos organismos es: Administración de Seguridad de Beneficios para Empleados del Departamento de Trabajo al 1-866-444-3272 o www.dol.gov/ebsa/healthreform. Es posible que haya otras opciones de cobertura disponibles para usted, como contratar una cobertura de seguro individual. Para obtener más información sobre la cobertura de seguro individual, visite la página de la Oficina del Comisionado de Seguros de Puerto Rico, <http://ocs.pr.gov/ocspr/>.

Su derecho a presentar una queja o una apelación: Hay organismos que pueden ayudarlo si tiene una queja contra su [plan](#) por la denegación de una [reclamación](#). Esta queja se denomina [queja](#) formal o [apelación](#). Para obtener más información sobre sus derechos, consulte la explicación de beneficios que recibirá por dicha [reclamación](#) médica. Los documentos de su [plan](#) también dan toda la información para presentar una [reclamación](#), una [apelación](#) o una [queja formal](#) por cualquier motivo a su [plan](#). Para obtener más información sobre sus derechos, sobre este aviso o si necesita ayuda, comuníquese con: [insert applicable contact information from instructions].

¿Este plan proporciona cobertura esencial mínima? Sí

La [cobertura esencial mínima](#) generalmente incluye [planes](#), [seguros médicos](#) disponibles a través del [Mercado](#) u otras pólizas de mercado individuales, Medicare, Medicaid, CHIP, TRICARE y otras coberturas específicas. Si usted es elegible para determinados tipos de [cobertura esencial mínima](#), tal vez no sea elegible para el [crédito fiscal para primas del plan](#).

¿Cumple este plan el valor mínimo estándar? Sí

Si su [plan](#) no cumple con el [valor mínimo estándar](#), es posible que cumpla con los requisitos para recibir un [crédito fiscal para primas del plan](#) que lo ayudará a pagar un [plan](#) en el [Mercado](#).

Servicio de acceso a idiomas:

Spanish (Español): Para obtener asistencia en español, llame al 1-800-314-3121.

Tagalog (Tagalog): Kung kailangan ninyo ang tulong sa Tagalog tumawag sa 1-800-314-3121.

Chinese (中文): 如果需要中文的帮助，请拨打这个号码 1-800-314-3121.

Navajo (Dine): Dinek'ehgo shika at'ohwol ninisingo, kwijigo holne' 1-800-314-3121.

Para ver ejemplos de cómo este [plan](#) podría cubrir los costos de una situación médica de ejemplo, consulte la siguiente sección.

Acerca de estos ejemplos de cobertura:



Esta no es una herramienta de cálculo de costos. Los tratamientos que se muestran son solo ejemplos de cómo puede este [plan](#) cubrir la atención médica. Sus costos reales pueden variar según el tratamiento real que reciba, los precios que sus [proveedores](#) cobren y muchos otros factores. Fíjese en las cantidades de [costo compartido](#) ([deducibles](#), [copagos](#) y [coaseguro](#)) y en los [servicios excluidos](#) por el [plan](#). Use esta información para comparar la parte de los costos que podría pagar con los distintos [planes](#) médicos. Tenga presente que estos ejemplos de cobertura se basan solo en una cobertura individual.

Peg va a tener un bebé

(9 meses de atención prenatal dentro de la red y parto en el hospital)

- El [deducible](#) general del [plan](#) \$0
- [Especialistas copago](#) \$12
- Hospital (establecimiento) [copago](#) \$75
- Otros [coaseguro](#) 25%

Este EJEMPLO de evento incluye servicios como:

Visitas al consultorio del [especialista](#) (*atención prenatal*)
 Servicios profesionales para el nacimiento y el parto
 Servicios hospitalarios para el nacimiento y el parto
[Exámenes de diagnóstico](#) (*ecografías y análisis de sangre*)
 Consulta con un [especialista](#) (*anestesia*)

Costo total del ejemplo	\$5,100
--------------------------------	----------------

En este ejemplo, Peg pagaría:

<i>Costos compartidos</i>	
Deducibles	\$0
Copagos	\$200
Coaseguro	\$400
<i>Lo que no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$0
El total que Peg pagaría es	\$600

Control de la diabetes tipo 2 de Joe

(un año de atención de rutina dentro de la red de una condición bien controlada)

- El [deducible](#) general del [plan](#) \$
- [Especialistas copago](#) \$15
- Hospital (establecimiento) [copago](#) \$75
- Otros [coaseguro](#) 25%

Este EJEMPLO de evento incluye servicios como:

Visitas en el consultorio del [médico de atención primaria](#) (*incluye la educación sobre enfermedades*)
[Exámenes de diagnóstico](#) (*análisis de sangre*)
[Medicamentos con receta médica](#)
[Equipo médico duradero](#) (*glucómetro*)

Costo total del ejemplo	\$4,900
--------------------------------	----------------

En este ejemplo, Joe pagaría:

<i>Costos compartidos</i>	
Deducibles	\$0
Copagos	\$400
Coaseguro	\$200
<i>Lo que no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$0
El total que Joe pagaría es	\$600

Fractura simple de Mía

(visita a la Sala de Emergencias dentro de la red y atención de seguimiento)

- El [deducible](#) general del [plan](#) \$0
- [Especialistas copago](#) \$15
- Hospital (establecimiento) [copago](#) \$75
- Otros [coaseguro](#) 25%

Este EJEMPLO de evento incluye servicios como:

[Atención en la Sala de Emergencias](#) (*incluye suministros médicos*)
[Exámenes de diagnóstico](#) (*radiografías*)
[Equipo médico duradero](#) (*muletas*)
[Servicios de rehabilitación](#) (*fisioterapia*)

Costo total del ejemplo	\$1,000
--------------------------------	----------------

En este ejemplo, Mia pagaría:

<i>Costos compartidos</i>	
Deducibles	\$0
Copagos	\$100
Coaseguro	\$100
<i>Lo que no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$0
El total que Mia pagaría es	\$200

El [plan](#) sería responsable de los demás costos de los servicios cubiertos de este EJEMPLO.

Glosario de términos médicos y de cobertura médica

- En este glosario se definen muchos términos de uso frecuente, pero no es una lista completa. Estos términos y definiciones del glosario pretenden ser educativos y pueden ser diferentes de los términos y definiciones de su [plan](#) o póliza de [seguro médico](#). Es posible que algunos de estos términos tampoco tengan exactamente el mismo significado cuando se utilicen en su póliza o [plan](#) y, en ese caso, debe guiarse por la póliza o el [plan](#). (Consulte su Resumen de beneficios y cobertura para obtener información sobre cómo conseguir una copia de su póliza o documento del [plan](#)).
- El texto [subrayado](#) señala un término definido en este glosario.
- Lea la página 7 para ver un ejemplo de cómo funcionan juntos los [deducibles](#), el [coseguro](#) y los [límites de gastos de bolsillo](#) en una situación de la vida real.

Cantidad permitida

Es el pago máximo que el [plan](#) hará por un servicio de atención médica cubierto. También puede llamarse “gasto elegible”, “asignación de pago” o “tarifa negociada.”

Apelación

Una solicitud para que su compañía de seguro médico o [plan](#) revise una decisión que rechaza un beneficio o un pago (ya sea en su totalidad o en parte).

Facturación de saldo

Cuando un [proveedor](#) le factura el saldo restante de la factura que su [plan](#) no cubre. Esta cantidad es la diferencia entre la cantidad facturada real y la [cantidad permitida](#). Por ejemplo, si el cargo del proveedor es de \$200 y la cantidad permitida es de \$110, el proveedor puede facturarle los \$90 restantes. Esto sucede con mayor frecuencia cuando se consulta a un [proveedor fuera de la red](#) ([proveedor no preferido](#)). Un [proveedor de la red](#) ([proveedor preferido](#)) no puede enviarle una factura por el saldo de servicios cubiertos.

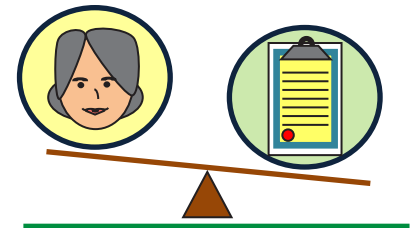
Reclamación

Una solicitud de un beneficio (incluyendo el reembolso de un gasto de atención médica) que le hace usted o su [proveedor](#) de atención médica a su compañía de seguro médico o [plan](#) por artículos o servicios que usted cree que están cubiertos.

Coseguro

Su parte de los costos de un servicio de atención médica cubierto, que se calcula como un porcentaje (por ejemplo, el 20 %) de la [cantidad permitida](#) para el servicio. Por lo general,

usted paga el coseguro **más** los [deducibles](#) que debe. (Por ejemplo, si la cantidad permitida por el [seguro médico](#) o el [plan](#) para una consulta es de \$100 y usted ha pagado su [deducible](#), su pago de coseguro del 20 % sería de \$20. El [seguro médico](#) o el [plan](#) pagan el resto de la cantidad permitida).



Jane paga 20 % Su plan paga 80 %

(Vea un ejemplo más detallado en la página 7.)

Complicaciones del embarazo

Condiciones relacionadas con el embarazo, el trabajo de parto y el parto que necesitan atención médica para prevenir un daño grave a la salud de la madre o del feto. Por lo general, las náuseas matinales y las cesáreas que no son de emergencia no se consideran complicaciones del embarazo.

Copago

Una cantidad fija (por ejemplo, \$15) que usted paga por un servicio de atención médica cubierto, generalmente cuando recibe el servicio. La cantidad puede variar según el tipo de servicio de atención médica cubierto.

Costos compartidos

Su parte de los costos de los servicios que un [plan](#) cubre y que usted debe pagar de su propio bolsillo (a veces llamados “gastos de bolsillo”). Algunos ejemplos de costos compartidos son los [copagos](#), los [deducibles](#) y los [coseguros](#). El costo compartido familiar es la parte del costo de los [deducibles](#) y los gastos [de bolsillo](#) que usted y su cónyuge o hijos deben pagar de su propio bolsillo. Otros costos, incluyendo las [primas](#), los recargos que puede tener que pagar o el costo de la atención que un [plan](#) no cubre, por lo general, no se consideran costos compartidos.

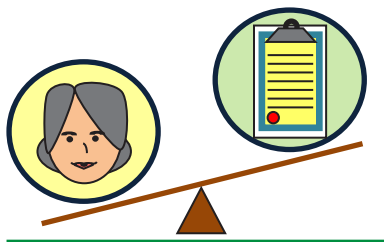
Reducciones de costo compartido

Descuentos que reducen la cantidad que paga por ciertos servicios cubiertos por un [plan](#) individual que compra a través del [Mercado](#). Puede obtener un descuento si sus ingresos están por debajo de un determinado nivel y elige un plan médico Silver o si es miembro de una tribu reconocida por el gobierno federal, lo que incluye ser accionista de una corporación según la Ley de Resolución de Reclamaciones Territoriales de las Personas Originarias de Alaska (Alaska Native Claims Settlement Act).

Deducible

Una cantidad que podría deber durante un período de cobertura (generalmente un año) por servicios de atención médica cubiertos antes de que su [plan](#) comience a pagar. A todos o casi todos los artículos y servicios cubiertos se les aplica un deducible

general. Un [plan](#) con un deducible general también puede tener deducibles separados que se apliquen a servicios o grupos de servicios específicos. Un [plan](#) también puede tener solo deducibles separados. (Por ejemplo, si su deducible es de \$1000, su plan no pagará nada hasta que usted haya pagado su deducible de \$1000 por los servicios de atención médica cubiertos sujetos a dicho deducible).



Jane paga 100 % Su plan paga 0 %

(Vea un ejemplo más detallado en la página 7.)

Pruebas de diagnóstico

Pruebas para determinar cuál es su problema médico. Por ejemplo, una radiografía puede ser una prueba de diagnóstico para ver si tiene un hueso roto.

Equipo médico duradero (DME)

Equipo y suministros que solicita un [proveedor](#) de atención médica para uso diario o prolongado. Los equipos médicos duraderos (Durable Medical Equipment, DME) pueden incluir equipos de oxígeno, sillas de ruedas y muletas.

Condición médica de emergencia

Una enfermedad, lesión, síntoma (incluyendo dolor intenso) o condición lo suficientemente grave como para suponer un riesgo importante para su salud si no recibe atención médica de inmediato. Si no recibiera atención médica de inmediato, podría esperar razonablemente: 1) que su salud corriera grave peligro, 2) tener problemas con sus funciones corporales o 3) sufrir graves daños en cualquier parte u órgano del cuerpo.

Transporte médico de emergencia

Servicios de ambulancia para una [condición médica de emergencia](#). Los tipos de transporte médico de emergencia pueden incluir transporte por aire, tierra o mar. Es posible que su [plan](#) no cubra todos los tipos de transporte médico de emergencia o pague menos por ciertos tipos.

Atención en la sala de emergencias/servicios de emergencia

Servicios para comprobar si hay una [condición médica de emergencia](#) y tratarlo para evitar que esta empeore. Estos servicios pueden prestarse en la sala de emergencias de un hospital autorizado o en otro lugar que ofrezca atención para [condiciones médicas de emergencia](#).

Servicios excluidos

Servicios de atención médica que su [plan](#) no paga ni cubre.

Formulario

Una lista de los medicamentos que su [plan](#) cubre. Un formulario puede incluir cuánto le corresponde pagar por cada medicamento. Su [plan](#) puede tener medicamentos de diferentes niveles de [costo compartido](#). Por ejemplo, un formulario puede incluir niveles de medicamentos genéricos y de marca, y diferentes cantidades de [costo compartido](#) aplicadas a cada nivel.

Queja

Un reclamo que comunica a su compañía de seguro médico o [plan](#).

Servicios de habilitación

Servicios de atención médica que ayudan a una persona a mantener, aprender o mejorar su funcionamiento y sus competencias para la vida diaria. Por ejemplo, terapia para un niño que no camina o no habla a la edad esperada. Estos servicios pueden incluir terapia física y ocupacional, patología del habla y del lenguaje, y otros servicios para personas con discapacidades en una variedad de entornos para pacientes hospitalizados o ambulatorios.

Seguro médico

Un contrato que exige a una compañía de seguro médico que pague algunos o todos sus costos de atención médica a cambio de una [prima](#). Un contrato de seguro médico también se puede llamar “póliza” o “[plan](#).”

Atención médica domiciliaria

Los servicios y suministros de atención médica que recibe en su casa según las indicaciones su médico. Estos servicios los prestan enfermeros, terapeutas, trabajadores sociales u otros [proveedores](#) de atención médica autorizados. La atención médica domiciliaria no suele incluir ayuda con tareas no médicas, como cocinar, limpiar o conducir.

Servicios en un centro de atención paliativa

Servicios que ofrecen comodidad y apoyo a las personas en las últimas etapas de una enfermedad terminal y a sus familias.

Hospitalización

Atención en un hospital que exige un ingreso como paciente hospitalizado y que, por lo general, requiere una estancia de una noche. Algunos [planes](#) pueden considerar la estancia de una noche para observación como atención ambulatoria en lugar de atención hospitalaria.

Atención ambulatoria en el hospital

Atención en un hospital que, por lo general, no exige una estancia de una noche.

Coseguro dentro de la red

Su parte (por ejemplo, el 20 %) de la [cantidad permitida](#) para los servicios de atención médica cubiertos. Su parte suele ser menor para los servicios cubiertos dentro de la red.

Copago dentro de la red

Una cantidad fija (por ejemplo, \$15) que usted paga por los servicios de atención médica cubiertos de [proveedores](#) que tienen un contrato con su [seguro médico](#) o [plan](#). Los copagos dentro de la red suelen ser menores que los [copagos fuera de la red](#).

Mercado

Un mercado de [seguros médicos](#) en el que las personas, las familias y las pequeñas empresas pueden informarse sobre sus opciones de [planes](#); comparar los planes en función de los costos, los beneficios y otras características importantes; solicitar y recibir ayuda financiera con las [primas](#) y los [costos compartidos](#) según sus ingresos; y elegir un [plan](#) e inscribirse en la cobertura. También se lo conoce como “Intercambio de seguros.” El Mercado se dirige a nivel estatal en algunos estados y, en otros, a nivel federal. En algunos estados, el Mercado también ayuda a las personas elegibles a inscribirse en otros programas, incluyendo Medicaid y el Programa de Seguro Médico para Niños (Children’s Health Insurance Program, CHIP). Se puede acceder a él en línea, por teléfono y personalmente.

Límite máximo de gastos de bolsillo

La cantidad anual que el gobierno federal establece como el máximo de [costos compartidos](#) que se le puede exigir pagar a cada individuo o familia durante el año del [plan](#) para los servicios cubiertos en la red. Se aplica a la mayoría de los tipos de [planes](#) y seguros médicos. Esta cantidad puede ser superior a los [límites de gastos de bolsillo](#) establecidos para su [plan](#).

Medicamento necesario

Servicios o suministros de atención médica necesarios para prevenir, diagnosticar o tratar una enfermedad, lesión, condición, dolencia o sus síntomas, incluyendo la habilitación, y que respeten los estándares médicos aceptados.

Cobertura esencial mínima

La cobertura esencial mínima, por lo general, incluye [planes](#), [seguros médicos](#) que se pueden adquirir en el [Mercado](#), otras pólizas individuales del mercado, Medicare, Medicaid, CHIP, TRICARE y otras coberturas específicas. Si usted es elegible para determinados tipos de cobertura esencial mínima, podría no ser elegible para el [crédito fiscal para primas](#).

Estándar de valor mínimo

Una norma básica para medir el porcentaje de los costos permitidos que el [plan](#) cubre. Si se le ofrece un [plan](#) de un empleador que paga por lo menos el 60 % del total de los costos permitidos de los beneficios, el [plan](#) ofrece un valor mínimo y es posible que no califique para los [créditos fiscales para primas](#) y las [reducciones de costos compartidos](#) para comprar un [plan](#) en el [mercado](#).

Red

Los centros, [proveedores](#) y suministradores que su compañía de seguro médico o [plan](#) ha contratado para prestar servicios de atención médica.

Proveedor de la red (proveedor preferido)

Un [proveedor](#) que tiene un contrato con su [compañía de seguro médico](#) o [plan](#) y que ha aceptado prestar servicios a los miembros de un [plan](#). Pagará menos si lo atiende un [proveedor](#) que esté incluido en la [red](#). También se lo llama “proveedor preferido” o “proveedor participante.”

Órtesis y prótesis

Aparatos ortopédicos para piernas, brazos, espalda y cuello; piernas, brazos y ojos artificiales, y prótesis mamarias externas para después de una mastectomía. Estos servicios incluyen los ajustes, reparaciones y reemplazos necesarios por rotura, desgaste, pérdida o cambio en la condición física del paciente.

Coseguro fuera de la red

Su parte (por ejemplo, el 40 %) de la [cantidad permitida](#) para los servicios de atención médica cubiertos de [proveedores](#) que no tienen un contrato con su [seguro médico](#) o [plan](#). El coseguro fuera de la red, por lo general, cuesta más que el [coseguro dentro de la red](#).

Copago fuera de la red

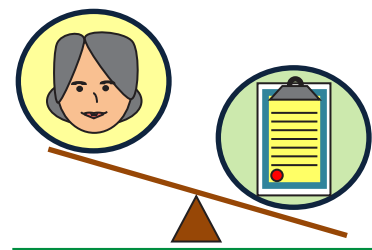
Una cantidad fija (por ejemplo, \$30) que usted paga por los servicios de atención médica cubiertos de [proveedores](#) que **no** tienen un contrato con su [seguro médico](#) o [plan](#). Los copagos fuera de la red suelen ser mayores que los [copagos dentro de la red](#).

Proveedor fuera de la red (proveedor no preferido)

Un [proveedor](#) que no tiene un contrato con su [plan](#) para prestar servicios. Si su [plan](#) cubre servicios fuera de la red, por lo general, usted pagará más por una consulta con un proveedor fuera de la red que con un [proveedor preferido](#). En su póliza se le explicará cuáles pueden ser esos costos. Al “proveedor fuera de la red” también se lo llama proveedor “no preferido” o “no participante.”

Límite de gastos de bolsillo

Lo máximo que usted *podría* pagar durante un período de cobertura (generalmente un año) por su parte de los costos de los servicios cubiertos. Una vez que alcance este límite, por lo general, el [plan](#) pagará el 100 % de la



Jane paga 0 % Su plan paga 100 %

(Vea un ejemplo más detallado en la página 7.)

[cantidad permitida](#). Este límite lo ayuda a planificar los costos de la atención médica y nunca incluye la [prima](#), los cargos de [facturación de saldos](#) ni la atención médica que su [plan](#) no cubre. Algunos [planes](#) no tienen en cuenta todos sus [copagos](#), [deducibles](#), pagos de [coseguro](#), pagos fuera de la red ni otros gastos para este límite.

Servicios prestados por médicos

Los servicios de atención médica que presta o coordina un médico autorizado, incluyendo un licenciado en medicina (Medical Doctor, MD) o un licenciado en medicina osteopática (Doctor of Osteopathy, DO).

Plan

Cobertura médica emitida para usted directamente (plan individual) o mediante un empleador, sindicato u otro patrocinador de grupo (plan grupal del empleador) para ciertos costos de atención médica. También llamado “plan de seguro médico”, “póliza”, “póliza de seguro médico” o “[seguro médico](#).”

Preautorización

La decisión de su compañía de seguro médico o [plan](#) de que un servicio de atención médica, plan de tratamiento, [medicamento con receta](#) o [equipo médico duradero](#) (DME) es [medicamento necesario](#). A veces se denomina “autorización previa”, “aprobación previa” o “precertificación.” Su [seguro médico](#) o [plan](#) puede exigir una preautorización para ciertos servicios antes de que usted los reciba, excepto en caso de emergencia. La preautorización no garantiza que su [seguro médico](#) o [plan](#) cubrirá el costo.

Prima

La cantidad que se debe pagar por su [seguro médico](#) o [plan](#). Por lo general, usted o su empleador la pagan de forma mensual, trimestral o anual.

Créditos fiscales para primas

Ayuda financiera que reduce sus impuestos para ayudarlos a usted y a su familia a pagar un [seguro médico](#) privado. Puede recibir esta ayuda si obtiene un [seguro médico](#) en el [Mercado](#) y sus ingresos están por debajo de un determinado nivel. Los pagos por adelantado del crédito fiscal se pueden utilizar inmediatamente para reducir los costos de las [primas](#) mensuales.

Cobertura de medicamentos con receta

Cobertura de un [plan](#) que ayuda a pagar los [medicamentos con receta](#). Si el [formulario](#) del plan tiene “niveles”, los medicamentos con receta se agrupan por tipo o costo. La cantidad que pagará de [costo compartido](#) será diferente para cada “nivel” de [medicamentos con receta](#) cubiertos.

Medicamentos con receta

Fármacos y medicamentos para los que se necesita, por ley, una receta médica.

Atención preventiva (servicios preventivos)

Atención médica de rutina, incluyendo [exámenes de detección](#), controles y consejería para pacientes, para prevenir o detectar enfermedades, dolencias u otros problemas médicos.

Médico de atención primaria

Un médico, incluyendo un MD o un DO, que presta o coordina diferentes tipos de servicios de atención médica para usted.

Proveedor de atención primaria

Un médico, incluyendo un MD o un DO, enfermero profesional, enfermero clínico especialista o asistente médico, según lo permitido por las leyes estatales y los términos del [plan](#), que presta, coordina o lo ayuda a acceder a diferentes tipos de servicios de atención médica.

Proveedor

Una persona o un centro que presta servicios de atención médica. Algunos ejemplos de proveedores incluyen médicos, enfermeros, quiroprácticos, asistentes médicos, hospitales, centros quirúrgicos, centros de enfermería especializada y centros de rehabilitación. El [plan](#) puede exigir que el proveedor tenga licencia, certificación o acreditación de acuerdo con las leyes estatales.

Cirugía reconstructiva

La cirugía y el tratamiento de seguimiento necesarios para corregir o mejorar una parte del cuerpo por defectos de nacimiento, accidentes, lesiones o enfermedades.

Derivación

Una orden escrita por su [proveedor de atención primaria](#) para que vea a un [especialista](#) o reciba ciertos servicios de atención médica. En muchas organizaciones para el mantenimiento de la salud (Health Maintenance Organizations, HMO), es necesario obtener una derivación para poder recibir servicios de atención médica de cualquier persona, excepto de su [proveedor de atención primaria](#). Si no obtiene una derivación primero, es posible que el [plan](#) no pague por los servicios.

Servicios de rehabilitación

Servicios de atención médica que ayudan a una persona a mantener, recuperar o mejorar las competencias y el funcionamiento para la vida diaria que ha perdido o que se han deteriorado por una enfermedad, lesión o discapacidad. Estos servicios pueden incluir terapia física y ocupacional, patología del habla y del lenguaje, y servicios de rehabilitación psiquiátrica en una variedad de entornos para pacientes hospitalizados/o ambulatorios.

Pruebas de detección

Un tipo de [atención preventiva](#) que incluye pruebas o exámenes para detectar la presencia de algo, por lo general, cuando no hay síntomas, signos o una historia médica predominantes de una enfermedad o condición.

Atención de enfermería especializada

Servicios que prestan o supervisan enfermeros especializados autorizados en la casa del paciente o en un asilo de ancianos. La atención de enfermería especializada **no** es lo mismo que los “servicios de atención especializada”, que son servicios que prestan terapeutas o técnicos (en lugar de enfermeros autorizados) en la casa del paciente o en un asilo de ancianos.

Especialista

Un [proveedor](#) que se centra en un área de la medicina o un grupo de pacientes específico para diagnosticar, manejar, prevenir o tratar ciertos tipos de síntomas y enfermedades.

Medicamentos de especialidad

Un tipo de [medicamento con receta](#) que, en general, necesita una manipulación especial o un control y una evaluación continuos de un profesional de atención médica, o que es relativamente difícil de dispensar. Por lo general, los medicamentos de especialidad son los más caros de un [formulario](#).

Usual, habitual y razonable (UCR)

La cantidad que se paga por un servicio médico en una zona geográfica en función de lo que los [proveedores](#) de la zona suelen cobrar por el mismo servicio médico o uno similar. La cantidad usual, habitual y razonable (Usual, Customary and Reasonable, UCR) se suele utilizar para determinar la [cantidad permitida](#).

Atención de urgencia

Atención por una enfermedad, lesión o condición lo suficientemente grave como para que una persona razonable busque atención de inmediato, pero no tan grave como para requerir [atención en la sala de emergencias](#).

Ejemplo de cómo comparten los costos usted y su compañía de seguro médico

Deducible del plan de Jane: \$1,500

Coseguro: 20 %

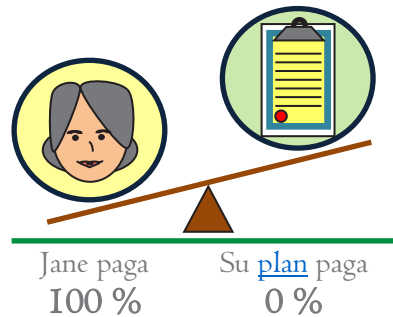
Límite de gastos de bolsillo: \$5,000

1 de enero

Comienzo del período de cobertura

31 de diciembre

Final del período de cobertura



Jane no ha alcanzado su **deducible** de \$1,500 todavía

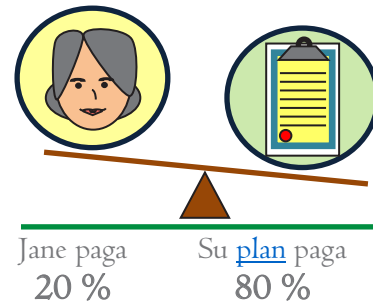
Su plan no paga ninguna parte del costo.

Costo de la consulta: \$125

Jane paga: \$125

Su plan paga: \$0

→
más
costos



Jane alcanza su **deducible** de \$1,500, comienza su **coseguro**

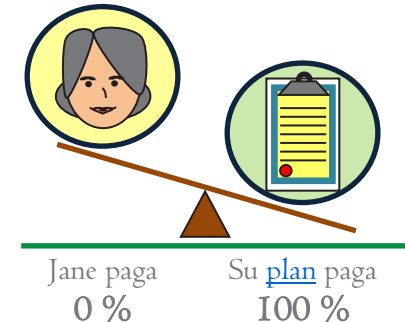
Jane ha visitado al médico varias veces y pagó \$1,500 en total, lo que quiere decir que alcanzó su **deducible**. Por lo tanto, su plan pagará una parte del costo de su próxima consulta.

Costo de la consulta: \$125

Jane paga: el 20 % de \$125 = \$25

Su plan paga: el 80 % de \$125 = \$100

→
más
costos



Jane alcanza su **límite de gastos de bolsillo** de \$5,000

Jane ha visitado al médico con frecuencia y pagó \$5,000 en total. Su plan paga el costo total de los servicios de atención médica cubiertos por el resto del año.

Costo de la consulta: \$125

Jane paga: \$0

Su plan paga: \$125

Declaración de revelación de la PRA: De acuerdo con la Ley de Simplificación de Trámites Administrativos (Paperwork Reduction Act) de 1995, ninguna persona tiene la obligación de responder a una recopilación de información, a menos que esta muestre un número de control de la Oficina de Gestión y Presupuesto (Office of Management and Budget, OMB) válido. El número de control de la OMB válido para la recopilación de esta información es **0938-1146**. Se calcula que completar la recopilación de información lleva un promedio de **0.08** horas por respuesta, incluyendo el tiempo para revisar instrucciones, buscar recursos de datos existentes y reunir la información necesaria, además de revisar la información. Si tiene algún comentario relacionado con la precisión de los tiempos estimados o sugerencias para mejorar este formulario, escriba a: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.

New York Foundling PR	Humana Maximum 2000	Descripción de Beneficios
------------------------------	----------------------------	----------------------------------

Esta tabla de Descripción de Beneficios contiene los copagos, coaseguros y deducibles de los beneficios descritos en el Certificado de Beneficios. Para detalles de beneficios, limitaciones y exclusiones de servicios enumerados en esta tabla, favor hacer referencia al Certificado.

Deducibles		
Deducible Dentro de la Red	Individual: \$0.00	Familiar: \$0.00
Deducible Fuera de la Red	Individual: \$0.00	Familiar: \$0.00
Desembolso Máximo		
Límite de Desembolso Máximo (MOOP) Proveedor Dentro de la Red	Individual: \$ 6,350	Familiar: \$12,700
Límite de Desembolso Máximo (MOOP) Proveedor Fuera de la Red	Individual: \$19,050	Familiar: \$38,100
Beneficios Esenciales		
Servicios Médico-Ambulatorios		
Generalista	Ilimitadas, menos \$5 copago de oficina médica	
Especialista	Ilimitadas, menos \$12 copago de oficina médica	
Sub-especialista	Ilimitadas, menos \$12 copago de oficina médica	
Quiropráctico	Veinte (20) manipulaciones por asegurado por año póliza al 100%. Una (1) visita inicial, una (1) visita de seguimiento, menos \$12 copago de oficina médica. Terapias físicas, ilimitadas, menos \$5 copago de oficina médica.	
Nutricionista	Seis (6) consultas con nutricionista por asegurado, por año póliza, menos \$12 copago de oficina médica	
Laboratorios clínicos, radiografías y estudios genéticos	Cubiertos, incluyendo la reproducción para el servicio de radiografías. Estudios genéticos requieren pre-autorización. Menos 25% coaseguro	
Pruebas especializadas	Cubiertas, ilimitadas, menos 25% coaseguro	
Electrocardiograma	Ilimitado, menos 25% coaseguro	
Sonograma	Ilimitado, menos 25% coaseguro	
Tomografía computarizada	Ilimitado, requiere pre-autorización. Menos 25% coaseguro	
Tomografía por emisión de positrones(PET)	Ilimitado, requiere pre-autorización. Menos 25% coaseguro	
Electroencefalograma	Ilimitado, menos 25% coaseguro	
Electromiograma	Ilimitado, menos 25% coaseguro	
Resonancia magnética (incluyendo MRI y MRA)	Ilimitado, requiere pre-autorización. Menos 25% coaseguro	
Polisomnografía o estudio del sueño	Un (1) estudio del sueño o polisomnografía por asegurado por año póliza; requiere pre-autorización. Menos 25% coaseguro	
Pruebas de medicina nuclear	Ilimitado, menos 25% coaseguro	
Terapias respiratorias	Ilimitado, menos \$5 copago de oficina médica	
Fisioterapias	Ilimitadas, incluyendo rehabilitación y habilitación, según ordenado y bajo la supervisión médica de un ortopedista o fisiatra. Menos \$5 copago de oficina médica	

Terapia del habla	Cubiertas, cuando sea ordenada por un médico y rendida por un terapeuta del habla licenciado, hasta un máximo de cuarenta (40) terapias por asegurado por año póliza, menos \$12 copago de oficina médica. Por condición de autismo, las terapias del habla y lenguaje son ilimitadas, menos \$12 copago de oficina médica.
Terapia ocupacional	Cubierta con el propósito de adiestrar y ayudar en la restauración de las funciones físicas normales y la prevención del deterioro futuro por la misma condición; como resultado de una enfermedad, un trauma, derrame o un procedimiento quirúrgico mientras esté asegurado bajo esta póliza, ilimitadas. Menos \$12 copago de oficina médica
Cirugía ambulatoria	Cubiertas en facilidad ambulatoria, menos \$35 copago de facilidad ambulatoria.
Endoscopías	Cubierto, diagnósticas y terapéuticas. Si el servicio se ofrece en oficina médica, aplica \$12 copago de oficina médica. Si el servicio se ofrece en facilidad, aplica \$35 copago de facilidad ambulatoria.
Litotricia	Ilimitadas, menos \$35 copago de facilidad ambulatoria. Requiere pre-autorización.
Vasectomía	Cubierta, menos \$12 copago de oficina médica
Diálisis y hemodiálisis	Cubiertas hasta un máximo de noventa (90) días a partir de la fecha del diagnóstico de la enfermedad, menos \$35 copago de facilidad ambulatoria
Pruebas de alergias	Incluyendo extractos alérgenos, biológicos, drogas, parchos y estudios provocativos, hasta un máximo de cincuenta (50) pruebas por asegurado por año póliza. Menos 25% coaseguro
Inyecciones intrarticulares	Ilimitadas, menos \$12 copago de oficina médica
Prueba de audiometría y timpanometría	Cubiertas por indicación médica, una (1) de cada una, por asegurado por año póliza. Menos 25% coaseguro
Pruebas de diagnóstico y tratamiento asociadas con Hemofilia	Cubiertas, menos 25% coaseguro
Prueba de refracción	Una (1) prueba de refracción por asegurado, por año póliza, menos \$12 copago de oficina médica
Pruebas diagnósticas oftalmológicas	Cubiertas, ilimitadas, como parte del copago de \$12 de visita en oficina médica
Doctor en Naturopatía	Visitas y consultas ilimitadas, cubiertas conforme a la Ley Núm. 2010 de 14 de diciembre de 2007, menos \$12 copago de oficina médica
Podiatra	Visitas a podiatras para evaluación y tratamiento de enfermedades y desórdenes de los pies y tobillos, incluyendo inyecciones y procedimientos quirúrgicos, menos \$12 copago de oficina médica
Cirugía cervical (Cryosurgery)	Cubierta, menos \$12 copago de oficina médica
“Nerve conduction velocity test”	Cubierto, menos 25% coaseguro
Mamoplastía de reducción	Cubierta, cuando sea médicamente necesaria, menos copago de \$35 copago de facilidad ambulatoria. Si es como parte de hospitalización, está cubierto como parte del copago de \$70 de admisión a hospital
Aparatos Auditivos “Hearing Aid”	Beneficio máximo \$250.00 por año póliza, por reembolso
Visión	Beneficio máximo \$150.00 por año póliza, por reembolso

Servicios Preventivos

Servicios preventivos anuales **cubiertos al 100%** (sin copago o coaseguro) cuando sea provistos dentro de la Red de Proveedores de Humana Insurance of Puerto Rico Inc. y recomendado por el *US Preventive Task Force (USPTF) Advisory Committee Immunization Practices of Centers for Disease Control and Prevention* y el *Health Resources and Services Administration*.

Algunos servicios preventivos incluidos son:

- a) Vacunas para infantes, niños y adultos, según la edad del paciente, conforme a las prácticas médicas y según recomendadas por el *Advisory Committee Immunization Practices of the Centers for Disease Control and Prevention* / Comité Asesor de Prácticas de Inmunización (CDC), la Academia Americana de Pediatría y el Departamento de Salud de Puerto Rico mientras continúe como asegurado bajo este plan. Incluyendo las de seguimiento (catch up).
 - Vacunas para adultos 21 años o más, incluyendo sus dosis/actualización (*catch-ups*), si aplica: Hepatitis A, Hepatitis B, Herpes Zoster, Human Papillomavirus, Influenza (Flu shot), Measles/Mumps/Rubella, Meningococcal, Pneumococcal, Tetanus/Diphtheria/Pertussis, Varicella.
 - Vacunas para niños hasta cumplir los 21 años, incluyendo sus dosis/actualización (*catch-ups*), si aplica: Haemophilus influenzae type b, Hepatitis A, Hepatitis B, Herpes Zoster, Human Papillomavirus, Influenza (Flu shot), Measles/Mumps/Rubella, Meningococcal, Pneumococcal, Rotavirus, Tetanus/Diphtheria/Pertussis, Varicella, inactivated poliovirus.
- b) Cernimiento sobre cáncer cervical, prueba /ADN del Virus del Papiloma Humano (VPH).
- c) Mamografía de cernimiento para cáncer de seno cada uno o dos años para asegurados sobre 40 años de edad; bianual para asegurados entre 50 y 74 años de edad. Esto incluye el asesoramiento sobre quimio prevención y quimio prevención de cáncer de mamas.
- d) Papanicolaou.
- e) Examen de la próstata (PSA).

Para más información y actualización sobre los servicios preventivos, visite:

<https://www.uspreventiveservicestaskforce.org/Page/Name/uspstf-a-and-b-recommendations>.

Servicios preventivos **cubiertos al 100%** (sin copago o coaseguro) para la mujer cuando sean provistos dentro de la Red de Proveedores de Humana Insurance of Puerto Rico, Inc. y recomendados por el *US Preventive Task Force (USPTF)* y el *Health Resources and Services Administration*. Para más información y actualización sobre los servicios preventivos, visite: <https://www.uspreventiveservicestaskforce.org/Page/Name/uspstf-a-and-b-recommendations>.

- Anticonceptivos para la mujer y su asesoramiento: Todo método anticonceptivo para la mujer aprobado por la FDA, con receta médica, y su consejería, colocación, remoción o administración de aparatos intrauterinos, incluyendo la esterilización.
- Apoyo a la lactancia, con asesoramiento y suministros necesario, incluyendo la bomba de lactancia con receta médica. Para obtener este servicio, favor llamar a la línea de Humana Beginning al teléfono 1-866-488-5992, para el proceso de cernimiento. Recomendamos que se suscriba al programa de Humana Beginnings desde su primer trimestre de gestación.

Cernimiento para el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) cubierto al 100% (sin copago o coaseguro), según las recomendaciones de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (“CDC”, por sus siglas en inglés), como parte de las pruebas de rutina de una evaluación médica al menos una vez cada cinco (5) años, basada en el criterio clínico para personas adolescentes y adultos entre los trece (13) y sesenta y cinco (65) de edad en bajo riesgo. Para personas de alto riesgo entre las edades de trece (13) y sesenta y cinco (65) de edad se cubre anualmente.

Servicios de Hospitalización

Beneficios incluidos en el per diem	Habitación semi-privada, ilimitada; Unidad de Cuidado Intensivo, Cuidado Intermedio y Cuidado Coronario; Intensivo Pediátrico y Neonatal; Uso de salas de operaciones y recuperación; Oxígeno y su administración; Laboratorios y Rayos X; Medicinas ordenadas por el médico que estén incluidas en el per diem; Materiales desechables y suero; Dietas regulares y especiales; Servicio regular de enfermeras. Menos \$70 copago de admisión a hospital.
Hiperalimentación	Cubierto como parte del copago de admisión a hospital
Intervenciones quirúrgicas	Cubierto como parte del copago de admisión a hospital

Anestesia y su administración	Cubierto como parte del copago de admisión a hospital
Sonograma	Cubierto, cuando sea médicamente necesario, como parte del copago de admisión a hospital
Tomografía computarizada	Cubierto, cuando sea médicamente necesario, como parte del copago de admisión a hospital
Resonancia magnética (MRI & MRA)	Cubierto, cuando sea médicamente necesario, como parte del copago de admisión a hospital
Estudios de medicina nuclear y angiografía digital	Cubiertos, cuando sea medicamente necesario, como parte del copago de adisión a hospital
Sangre y Plasma	Cubierto como parte del copago de admisión a hospital
Terapia respiratoria	Cubierto como parte del copago de admisión a hospital
Terapia física	Cubierto, hasta un máximo de cuarenta (40) sesiones de terapia por estadía en hospital, como parte del copago de admisión a hospital
Diálisis y hemodiálisis	Cubierta hasta un máximo de noventa (90) días a partir de la fecha del diagnóstico de la enfermedad, incluyendo complicaciones directamente relacionadas con la enfermedad. Cubierto como parte del copago de admisión a hospital
Obesidad mórbida	Tratamiento y servicios para obesidad mórbida medicamente necesario. Una (1) cirugía bariátrica de por vida.
Radioterapia y quimioterapia	Cubiertas como parte del copago de admisión a hospital
Asistente quirúrgico	Cubierto, cuando sea medicamente necesario; se requiere pre-autorización. Menos 25% coaseguro
Trasplante o Injerto	
Trasplante de córnea o injerto de hueso y piel, incurridos por la persona asegurada, se requiere pre-autorización; menos \$70 copago de admisión a hospital.	
Servicio de Salud en el Hogar	
Este beneficio se cubrirá por cuarenta (40) días inicialmente y veinte (20) días adicionales sujeto a certificación de necesidad médica. No lleva copago adicional. Aplica el copago por servicio brindado.	
Cuidados de enfermería	Cubierto, autorizado por el médico y por Humana, bajo la supervisión de un(a) enfermero(a) graduado(a).
Cuidado de terapia respiratoria	Cubierto, menos \$5 copago
Recolección de muestras	Estudios de laboratorio cubierto, menos 25% coaseguro
Cuidado y mantenimiento de catéter	Cubierto, autorizado por proveedor y Humana, bajo la supervisión de una enfermera graduada
Administración intravenosa de antibióticos	Cubierta, sujeto al programa de manejo de casos de Humana
Cuidado de úlceras	Cubierto, a través del programa de manejo de casos de Humana
Terapia física	Cubierta, hasta un máximo de veinte (20) sesiones de terapia, menos \$5 copago. Por condición de autismo, se cubren de manera ilimitada, menos \$5 copago.

Hiperalimentación	Cubierto, menos 25% coaseguro
Facilidad de Enfermería Diestra (Skilled Nursing Facility)	
Facilidad de enfermería diestra hasta un máximo de ciento veinte (120) días por año póliza por asegurado, menos \$70 copago de admisión. Estos servicios estarán cubiertos si éstos comienzan dentro de los próximos catorce (14) días de haber sido dado de alta de un hospital debido a una hospitalización de por lo menos tres (3) días y si se prestan por motivo de la misma condición o en relación a la condición por la cual fue hospitalizado.	
Equipo Médico Duradero, Suplido, Prótesis, Órtesis e Implantes	
Equipo Médico Duradero	La compra o renta de equipo médico duradero médicamente necesario, menos coaseguro aplicable. Se cubre el costo o el alquiler del equipo médico. Si el costo por el alquiler del equipo es mayor a la compra del equipo, Humana cubrirá hasta el costo de la compra del equipo. Nosotros no pagamos por equipos o aparatos no específicamente diseñados y dirigidos al tratamiento de una lesión o enfermedad. Esto incluye el glucómetro y la bomba de infusión de insulina, sin límite de edad, menos 25% coaseguro. Requiere pre-autorización.
Prótesis	Inserción y colocación inicial de prótesis médicamente necesaria y sus aparatos de apoyo, excepto los excluidos. Se cubrirá el reemplazo de dicha prótesis si es determinado por el médico del asegurado por motivo de cambio o crecimiento, menos 25% coaseguro. Requiere pre-autorización.
Órtesis	Cubiertos, incluyendo suplidos, menos 25% coaseguro. No se cubren los pre-fabricados que no necesitan receta, disponibles "over-the-counter" OTC. Requiere pre-autorización.
Implantes	Cubiertos, menos 25% coaseguro. Requiere pre-autorización.
Servicios de Ambulancia	
Ambulancia terrestre entre facilidades hospitalarias	Cubiertas al 100%, cuando el paciente esté hospitalizado y requiere ser transportado a otra facilidad.
Ambulancia terrestre que no sea entre facilidades	Cubiertas, ilimitadas, menos \$50 copago por viaje. Incluye transportación desde el lugar de la emergencia o residencia del asegurado o hasta el hogar del asegurado, cuando sea médicamente necesario.
Ambulancia aérea y marítima	Cubierta dentro de los límites territoriales de Puerto Rico, incluyendo Vieques y Culebra, menos \$50 copago por viaje. Requiere pre-autorización, a menos que la emergencia no lo permita por ser de vida o muerte.
Servicios de Cáncer	
Quimioterapia y radioterapia	Quimioterapia 10% coaseguro. Quimioterapia oral se cubre por cubierta de farmacia. Radioterapia cubierta al 100%.
Inyectables para manejo del dolor	Cubiertos al 100%, incluyendo intratecal o intravenoso.
Cuidado de estomas: colostomía, gastrostomía y cistostomía)	Cubiertas al 100% como parte del copago de visita u hospitalización.
Servicios de Maternidad	
Toda asegurada tiene cubierta, incluyendo la esposa o cohabitante e hija dependiente del asegurado principal.	

Servicios de hospitalización	<p>Los siguientes servicios estarán cubiertos, como parte del copago de \$70 de admisión a hospital:</p> <ol style="list-style-type: none"> Parto natural o por cesárea. Salas de parto y recuperación. Sala de recién-nacido (Nursery) e incubadora. Cuidado intensivo neonatal (NICU). Monitoreo fetal durante el parto. Esterilización concurrente con el parto.
Servicios ambulatorios	<ol style="list-style-type: none"> Visitas prenatales y postnatales ilimitadas, menos \$12 copago de oficina médica Vacuna RhoGAM, menos 25% coaseguro Amniocentesis genética, menos 25% coaseguro Esterilización ambulatoria. Aborto espontáneo. Sonogramas ilimitados, menos 25% coaseguro. Perfil biofísico cubierto en embarazos de alto riesgo, ilimitado.
Servicios de Pediatría	
Pediatra	Visitas ilimitadas, menos \$12 copago de oficina médica
“Well Child Care”	Cubierto, menos \$12 copago de oficina médica
Prueba de cernimiento auditivo neonatal	Cubierto al 100%
Examen anual	Cubierto evaluación física y mental, salud oral, pruebas de audición y visión al 100%
Circuncisión y dilatación	Cubierto, menos \$12 copago de oficina médica
Vacunas	Cubiertas de acuerdo a las prácticas médicas establecidas por el Comité Asesor de Prácticas de Inmunización (CDC) y la Academia Americana de Pediatría. Cubiertas al 100%.
Ventiladores para niños(as)	Cubierta para el uso de equipo tecnológico, incluyendo un turno de 8 horas diarias de una enfermera especializada con conocimiento en terapia respiratoria o un especialista en terapia respiratoria.
Cuidado y tratamiento de defectos y anomalías congénitas	Cubierto cuando se haya diagnosticado por un médico sin exclusión por condición preexistente. Este beneficio es para recién nacido, menos copago o coaseguro aplicable del servicio, si alguno.
Vacuna Synagis	Cubierta de acuerdo al protocolo aprobado por el Departamento de Salud de Puerto Rico para el tratamiento del Virus Sincitial Respiratorio.
Sala Emergencia	
Por enfermedad	Cubierto, menos \$70 copago
Por accidente	Cubierto al 100%
Sala Urgencia	
Por enfermedad	Cubierto, menos \$70 copago
Por accidente	Cubierto al 100%
Procedimientos Cardiovasculares	
Pruebas de diagnóstico y tratamiento	Cubiertas, menos 25% coaseguro
Visitas Médicas	Cubiertas, menos \$12 copago de oficina médica
Procedimientos Quirúrgicos	Cubiertos, menos \$12 copago de oficina médica. Si el servicio se recibe en facilidad ambulatoria, aplica \$35 copago.

Reparación o reemplazo de válvulas del corazón, marcapasos u otros dispositivos	Cubiertos cuando sean médicamente necesarios
Procedimientos Neurológicos	
Pruebas de diagnóstico y tratamiento	Cubiertas, menos 25% coaseguro
Pruebas neurológicas	Cubierta, menos 25% coaseguro
Visitas Médicas	Cubiertas, menos \$12 copago de oficina médica
Procedimientos Quirúrgicos	Cubiertos, incluyendo los neuroendovasculares, menos copago de \$35 copago de facilidad ambulatoria. Si es como parte de hospitalización, está cubierto como parte del copago de \$70 de admisión a hospital.
Válvulas, su reparación o reemplazo; y cualquier otro dispositivo	Cubiertos cuando sean neurológicamente necesarios
Salud Mental	
Visitas a profesionales	Visitas a profesionales, Psiquiatra, doctores en psicología y capacitados/as por educación, adiestramiento y experiencia con las competencias necesarias para el ofrecimiento en servicios de salud en psicología, ilimitadas para niños y adultos, incluyendo visitas colaterales. Menos \$12 copago de oficina médica
Servicios de hospitalización	Cubierto. Menos \$70 copago de admisión a hospital
Ambulancia por emergencia psiquiátrica	Cubierta, menos \$50 copago por viaje
Terapia de grupo	Cubierta, menos \$12 copago de oficina médica
Servicios de Alcoholismo y Dependencia de Sustancias	
Psiquiatras y/o psicólogos y visitas a otros profesionales	Visitas a profesionales, psiquiatras, doctores en psicología y capacitados/as por educación, adiestramiento y experiencia con las competencias necesarias para el ofrecimiento en servicios de salud en abusos de sustancias, ilimitadas. Menos \$12 copago de oficina médica
Servicios ambulatorios	Terapias, tratamiento y seguimiento en uno o más niveles de servicio, que puede combinar múltiples tipos de terapia, ilimitadas. Menos \$12 copago de oficina médica
Tratamiento residencial	Cubierto, incluyendo desintoxicación, ilimitado. Menos \$70 copago de admisión a hospital. Requiere pre-autorización.
Servicios de hospitalización	Cubierto. Menos \$70 copago de admisión a hospital.
Autismo	
<p>Se cubren de manera ilimitada servicios dirigidos al diagnóstico y tratamiento de las personas con Desórdenes dentro del Continuo del Autismo. Estos servicios están sujetos a los copagos o coaseguros aplicables, si alguno. Servicios incluyen pero no se limitan a:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Terapias físicas, terapias ocupacionales, terapias del habla y lenguaje • Visitas a especialistas, entre otros. 	

Otros Beneficios	
Servicios Médico-Ambulatorios	
Pruebas de SPECT	Cubiertas, requiere pre-autorización. Menos 25% coaseguro
Servicios Rehabilitación cardiovascular	Incluye los servicios por un médico con licencia y enfermeras registradas. El programa de rehabilitación debe incluir la educación y ejercicios supervisados que lleven al reconocimiento de un factor de riesgo, manejo y mejorar la capacidad de realizar el ejercicio. El programa no debe exceder más de doce (12) sesiones por asegurado por ocurrencia. Requiere pre-autorización. Menos \$12 copago de oficina médica o \$35 copago en facilidad ambulatoria
Aparatos ortopédicos	Cubiertos, yesos, entablillados, abrazaderas y muletas
Laparoscopia	Cubierta, menos \$35 copago de facilidad ambulatoria
Circuncisión a adultos	Cubierto, menos \$12 copago de oficina médica
Biopsias del seno	Cubierto, menos \$35 copago de facilidad ambulatoria
Vacunas de alergias	Cubiertas, hasta un máximo de veinte (20) vacunas por asegurado por año póliza. Menos 25% coaseguro
Bloqueos epidurales	Cubierto para el manejo del dolor administrados por un especialista medicamente cualificado y reconocido, uno (1) por región anatómica por asegurado por año póliza. Menos \$12 copago de oficina médica.
Cirugía maxilofacial	Diagnóstico y servicios terapéuticos por lesiones sufridas en un accidente, fracturas de quijada, neoplasmas, lesiones a los dientes naturales, incluyendo su reemplazo dentro de un periodo de seis meses siguientes del accidente. Requiere pre-autorización. Menos \$12 copago de oficina médica o \$35 copago en facilidad ambulatoria.
Cirugía reconstructiva	Por heridas sufridas en un accidente mientras el asegurado esté cubierto bajo esta póliza y no esté cubierto por otro programa (ACAA, FSE, etc.). Menos \$35 copago en facilidad ambulatoria.
Pruebas de diagnóstico y tratamiento asociadas con Hepatitis C	Cubiertas, menos 25% coaseguro
Parafernalia de diabetes	Lancetas, jeringuillas para la administración de insulina y tirillas para el equipo de medir azúcar, hasta un máximo de ciento cincuenta (150) de cada uno por mes, menos 25% coaseguro. Cubierto sin límite de edad.
Preparado de aminoácidos libres de fenilalanina para PKU	Cubierto 100%
Hospicio	
Programa de tratamiento al asegurado que ha sido diagnosticado con no probabilidad de cura de su enfermedad, según establecido por su médico de cabecera, con una expectativa de vida de menos de seis (6) meses como resultado de su enfermedad. Todos los servicios de hospicio están sujetos al copago de admisión aplicable. Todos los servicios deberán ser recibidos dentro de un período de doce (12) meses. Requiere pre-autorización.	
Trasplante de Órganos y Tejidos	
Servicios médicos	Cubierto en centros de excelencia contratados y coordinado por Humana. Pre-autorización requerida. Los servicios están sujetos a copago o coaseguro dependiendo del servicio recibido.

Servicios de hospital	Cubierto, menos \$70 copago de admisión a hospital.
Servicios de emergencia fuera de Puerto Rico	
Servicios de emergencia en los Estados Unidos	<p>Servicios recibidos en facilidad contratada por Humana o ChoiceCare:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Siempre que sea posible los servicios de emergencia deben ser recibidos en una facilidad contratada. Humana tiene que recibir notificación de todos los servicios de emergencia dentro de las primeras 72 horas del asegurado haber recibido los servicios. Los pagos por servicios de sala de emergencia y admisiones posteriores provistas por un proveedor contratado se pagarán de acuerdo a la cubierta de beneficios de la póliza para servicios de emergencia, menos \$70 copago de sala de emergencia. <p>Servicios recibidos en facilidades <u>no</u> contratadas por Humana o ChoiceCare:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Los pagos por servicios de sala de emergencia y provistas por un proveedor no contratado se pagarán de acuerdo a la cubierta de beneficios de la póliza para servicios de emergencia, menos \$70 copago de sala de emergencia. • Humana tiene que recibir notificación de todos los servicios de emergencia dentro de las 72 horas del asegurado haber recibido los servicios. • El médico a cargo del paciente solicitará el traslado del asegurado luego de completar servicios de emergencia o servicios de estabilización a una facilidad de Humana o ChoiceCare tan pronto sea médicamente posible. Dicho traslado no deberá en forma alguna comprometer o perjudicar la salud o tratamiento médico del asegurado. Humana asistirá en la coordinación de dicho traslado.
Servicios de emergencia rendidos fuera de los Estados Unidos o Puerto Rico	<p>Se reembolsará al asegurado el 100% de la tarifa contratada para unos servicios similares por un proveedor en Puerto Rico o los cargos facturados, lo que sea menor, menos el copago que aparecen descritos en la póliza.</p> <p>Todas las reclamaciones por servicios provistos fuera de Puerto Rico o de los Estados Unidos tienen que ser sometidas a Humana con toda la evidencia de los servicios médicos rendidos, dentro de un periodo de un (1) año a partir de la fecha en que fueron provistos o a la fecha de alta, lo que ocurra después, para asegurar reembolso cuando aplique.</p>
Servicios no disponibles en Puerto Rico, disponibles en los Estados Unidos de América	
Servicios no disponibles en Puerto Rico, disponibles en los Estados Unidos de América	<p>Humana cubrirá los servicios solamente si las siguientes condiciones se cumplen:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. El asegurado debe estar cubierto por el plan, y los servicios solicitados deben estar cubiertos dentro de los beneficios de la póliza. 2. El proveedor que refiere tiene que demostrar que el equipo, tratamiento o facilidades médicas requeridas para proveer el tratamiento necesario al asegurado no están disponibles en Puerto Rico. Un servicio no se determinará no disponible en Puerto Rico si la petición para el servicio provisto fuera de Puerto Rico envuelve una modificación al equipo, técnica o procedimiento quirúrgico disponible en Puerto Rico o está basado en la reputación o reconocimiento de un proveedor en específico. 3. El servicio tiene que ser coordinado y pre-autorizado con Humana en Puerto Rico con por lo menos cinco días laborables de anticipación a la fecha del servicio. 4. Los servicios tienen que ser provistos por proveedores/facilidades contratadas por Humana o ChoiceCare. 5. Todos los servicios en esta sección están sujetas a copagos, coaseguros y deducibles aplicables. <p>Si el servicio o tratamiento no es autorizado ni coordinado con Humana en Puerto Rico, el asegurado será responsable por la totalidad del pago del servicio o tratamiento. Humana reembolsará al asegurado basado en las tarifas contratadas en Puerto Rico, menos copagos, coaseguros y deducibles aplicables; solamente si las condiciones 1 y 2 se cumplen. Para recibir reembolso, el asegurado debe proveer a Humana toda la evidencia médica y financiera necesaria dentro del periodo de un (1) año desde la fecha del servicio o del alta.</p>

Servicios Ambulatorios Para Dependientes Estudiando en los Estados Unidos

Dependiente estudiando en los Estados Unidos puede recibir cubierta para los servicios médicos ambulatorios brindados por proveedores contratados en los Estados Unidos de América. Para recibir cubierta, deben cumplirse las siguientes condiciones:

- El dependiente estudiando en los Estados Unidos, conforme a la definición de dependiente, debe ser elegible para recibir cubierta bajo este Plan y los servicios ambulatorios recibidos en los Estados Unidos deben ser servicios cubiertos en este Certificado.
- Para recibir los servicios, el estudiante asegurado debe coordinar y obtener pre-autorización de Humana Puerto Rico en los servicios que así lo requiera este Certificado, a menos que los servicios cumplan con los criterios de urgencia o emergencias establecidos en este Certificado.
- Los servicios brindados por un proveedor de la red de proveedores de Humana o Choice Care se pagarán conforme a los beneficios establecidos en este Certificado. Aplicará cualquier copago, coaseguro y/o deducible aplicable establecido en este Certificado.
- Si el servicio es brindado por un proveedor no participante de la red de Humana o ChoiceCare, el servicio se pagará conforme a las tarifas contratadas para servicios similares en Puerto Rico, menos el copago, coaseguro y/o deducible que aplique. El asegurado será responsable de la diferencia entre la tarifa contratada de Humana en Puerto Rico y los cargos que facture la facilidad médica.

Beneficios adicionales

Cubierta de Farmacia

RX3 Tradicional	<p>Medicamentos genéricos (Nivel 1) - \$5 copago al detal / \$10 copago por correo</p> <p>Medicamentos marca preferido (Nivel 2) - 25% coaseguro mín. \$10 al detal / 25% coaseguro mín. \$20 por correo</p> <p>Medicamentos marca no preferido (Nivel 3) - 25% coaseguro mín. \$10 al detal / 25% coaseguro mín. \$20 por correo</p> <p>Medicamentos especializados (Nivel 5) - 40% coaseguro al detal</p> <p>Quimioterapia – 10% coaseguro</p> <p>Medicamentos "OTC" - \$1 copago sujeto a listado de Humana; requiere receta médica.</p> <p>Beneficio máximo \$4,000; luego aplica 50% coaseguro en todos los medicamentos.</p> <p>*Suplido de 30 días al detal y de 90 días por correo. Medicamentos especializados aplica suplido de 30 días aun por correo.</p> <p>MAC A Genérico mandatorio</p>
------------------------	---

Telemedicina

Consultas virtuales, incluyendo video, con un médico de atención primaria, ilimitadas, menos \$25 de copago. Disponible a través de www.mdlive.com/humanapr. \$0 copago mientras dure la pandemia Covid-19.

Humana Insurance of Puerto Rico, Inc.

**383 Ave FD Roosevelt
San Juan, PR, 00918-2131
1-800-314-3121**

Certificado de Beneficios Seguro Médico Hospitalario Póliza Grupal

Humana Maximum *Serie 2000*

**Aviso Importante para Personas con Medicare
Este Seguro Duplica Algunos Beneficios de Medicare**

Este no es un Seguro Complementario de Medicare

Si usted es elegible para Medicare, examine la guía del seguro de salud disponible con la compañía.

Tabla de Contenido

Acciones de Terceros.....	20
Actos de Discrimen Indebido.....	13
Cambios.....	13
Carta de Derechos de las Personas que tienen el Síndrome de Down. Ley Núm. 97 de 15 de mayo de 2018.....	28
Coordinación de Beneficios.....	18
Cubierta Médica	
Beneficios Esenciales	
Autismo.....	47
Equipo Médico Duradero y Prótesis.....	41
Facilidad de Enfermería Diestra.....	41
Procedimientos Cardiovasculares.....	46
Procedimientos Neurológicos.....	46
Servicios de Alcoholismo y Dependencia de Sustancias.....	47
Servicios de Ambulancia.....	42
Servicios de Hospitalización.....	39
Servicios de Maternidad.....	43
Servicios de Pediatría.....	44
Servicios de Salud en el Hogar.....	40
Servicios de Salud Mental.....	46
Servicios en Sala de Urgencias / Emergencias.....	45
Servicios Médico Ambulatorios.....	33
Servicios Para Cáncer.....	42
Servicios Preventivos.....	35
Trasplante o Injerto.....	40
Deducible Anual de Cubierta Médica.....	32
Desembolso Máximo.....	32
Otros Beneficios.....	47
Hospicio.....	48
Servicios Ambulatorios Para Dependientes Estudiantes Universitarios en los Estados Unidos de América.....	52
Servicios de Emergencia Fuera de Puerto Rico.....	51
Servicios Fuera de Puerto Rico.....	51
Servicios Médico Ambulatorios.....	47
Servicios No Disponibles en Puerto Rico, Disponibles en los Estados Unidos.....	53
Trasplante de Órganos y Tejidos.....	49
Definiciones.....	3
Derechos y Responsabilidades del Paciente.....	21
Elegibilidad, Ingreso y Fechas de Efectividad.....	9
Exclusiones de la Cubierta Médica.....	54
La Discriminación es Ilegal (Affordable Care Act-ACA, Sección 1557).....	57
Personas Elegibles.....	22
Procedimientos.....	22
Procedimientos Para Atender Quejas, Querellas y Apelaciones.....	23
Reembolsos.....	28
Reglamentaciones de COBRA.....	13
Reglamentaciones de HIPAA.....	26
Reglamentaciones de la Ley Federal de Familia y Licencia Médica.....	16
Reglamentaciones de Women’s Health and Cancer Rights Act of 1998.....	28
Reglamentaciones USERRA (Continuación de Cubierta por Servicio Militar Activo).....	16
Renovación.....	12
Revisión de Utilización.....	29
Terminación y Rescisión.....	12

Introducción

Los beneficios y servicios en este Certificado están sujetos a los términos y condiciones incluidas en la póliza grupal y a los copagos, deducibles, coaseguros, limitaciones y exclusiones descritas en este documento.

Definiciones

Área de Servicio - La Isla de Puerto Rico, en la cual Humana está autorizado a proveer servicios médico-hospitalarios.

Asegurado, miembro - Cualquier persona acogida a un plan ofrecido por Humana Insurance of Puerto Rico, Inc. ("Humana").

Asegurado Principal - Empleado(a) del grupo asegurado por los cuales se ha pagado la prima correspondiente.

Asegurador / Aseguradora: significa una organización de seguros de salud o asegurador que emite u ofrece planes médicos para grupos o personas individualmente, con el propósito de cubrir uno o más residentes de Puerto Rico. El asegurador que ofrece esta cubierta es Humana.

Autismo - Trastorno del neuro-desarrollo, según definido por el Manual de Estadística y Diagnóstico de los Desórdenes Mentales, Cuarta (4ta.) Edición TR o la edición vigente, que típicamente aparece durante los tres primeros años de vida. Las personas con autismo pueden presentar síntomas relacionados al deterioro cualitativo en las interacciones y patrones sociales, deterioro cualitativo en la comunicación y patrones de comportamiento estereotipados y repetitivos. Esta condición causa un impedimento severo y profundo en las cogniciones, el pensamiento, la sensación, el lenguaje, y la capacidad para relacionarse con otros que continúan manifestándose y agravándose a lo largo del ciclo de vida. Las personas con este desorden poseen dificultad en el aprendizaje, la atención, desarrollo e interacción social, modulación de sensaciones y emociones. Además, poseen formas estereotipadas e inusuales de reaccionar ante situaciones sociales.

Autorización - Proceso por el cual se adjudica un número de control a un servicio. La facilidad es responsable de obtener el número de control para el servicio.

Beneficios Cubiertos o Beneficios - los servicios de cuidado de la salud a los que un asegurado tiene derecho conforme a un plan médico.

Centro de Cirugía Ambulatoria - Una facilidad que cuenta con una facultad médica organizada, con instalaciones permanentes equipadas y operadas principalmente con el propósito de realizar procedimientos quirúrgicos. En tales facilidades se proveen servicios médicos y de enfermería graduada constantemente, mientras el paciente se encuentra en dicha facilidad. Un centro de cirugía ambulatoria no provee servicios ni alojamiento para que los pacientes pernocten y presta los siguientes servicios mientras el paciente esté en el centro, entre otros:

- (1) medicamentos según requieran los procedimientos quirúrgicos,
- (2) atención al bienestar físico y mental de los pacientes,
- (3) servicios de emergencia,
- (4) administración estructurada y
- (5) expedientes administrativos, estadísticos y médicos

ChoiceCare - Es una red de proveedores, facilidades y hospitales participantes de la red de Humana para proveer servicios en los Estados Unidos.

Clase Elegible - significa los grupos de personas (ejecutivos, empleados regulares, etc.) que Humana y el Tenedor de la Póliza hemos aceptado asegurar.

Cohabitante: significa personas solteras, adultas, con plena capacidad legal, sujetas a una convivencia sostenida y a un vínculo afectivo, que cohabitan voluntariamente, de forma estable y continua.

Coaseguro - La cantidad relativa o por ciento (%) que pagará el asegurado directamente al proveedor al momento de recibir los servicios, calculada a base de un porcentaje de los honorarios establecidos que han sido contratados por la compañía aseguradora con el proveedor.

Condición Terminal - Se refiere a una condición médica cuya prognosis es que la expectativa de vida de la persona es de seis (6) meses o menos.

Congénito - Peculiaridades, defectos o enfermedades existentes antes del nacimiento.

Copago - Cantidad fija establecida a ser pagada por el asegurado al proveedor al momento de recibir los servicios.

Criterios de Revisión Clínica - Procedimientos escritos para el cernimiento, los resúmenes de las decisiones, los protocolos clínicos y las guías de práctica que usa Humana para determinar la necesidad médica e idoneidad del servicio de cuidado de salud.

Cuidado Médico - significa el diagnóstico, alivio, tratamiento o prevención de enfermedades, incluyendo el transporte esencial para recibir dicho cuidado.

Cuidado Urgente: servicio de cuidado de la salud o tratamiento que no expone a riesgo de muerte inminente o la integridad de la persona, y que puede ser tratada en oficinas médicas u oficinas de horario extendido, no necesariamente en salas de emergencia, pero la cual, de no ser tratada en el momento adecuado y de la manera correcta, se podría convertir en una emergencia.

Deducible - Significa la cantidad fija de gasto que el asegurado deberá incurrir antes de que la aseguradora comience a efectuar pago de beneficios.

Deducible proveedor dentro de la red- Significa la cantidad fija de gasto, dentro de la red, que el asegurado deberá incurrir antes de que la aseguradora comience a efectuar pago de beneficios.

Deducible proveedor fuera de la red - Significa la cantidad fija de gasto, fuera de la red, que el asegurado deberá incurrir antes de que la aseguradora comience a efectuar pago de beneficios.

Dependiente Directo: Para ser elegible y ser suscrito como un dependiente directo para propósito de cubierta, la persona tiene que residir en el área de servicio y ser:

- a. El cónyuge legal o cohabitante, de acuerdo a las leyes de Puerto Rico.
- b. Un hijo biológico, hijo legalmente adoptado o un niño de quien el asegurado tiene la custodia legal conforme a las leyes de Puerto Rico, menor de veintiséis (26) años;
- c. Un hijo biológico, hijo legalmente adoptado o un niño de quien el asegurado tiene la custodia legal conforme a las leyes de Puerto Rico que, independientemente de la edad, no pueda sostenerse a sí mismo por razón de incapacidad mental o física existente antes de cumplir los veintiséis (26) años, a tenor con lo dispuesto en la Ley Pública 111-148, conocida como "Patient Protection and Affordable Care Act", la Ley Pública 111-152, conocida como "Health Care and Education Reconciliation Act" y los reglamentos promulgados al amparo de éstas. Se debe de acompañar evidencia médica.
- d. Hijastros hasta cumplir los veintiséis (26) años.
- e. Hijos de crianza del asegurado principal hasta que alcancen la edad de veintiséis (26) años. Deberá acreditarse el estatus de los "hijos de crianza" presentando evidencia de custodia legal o en su defecto una declaración jurada en la cual especifique desde cuando comenzó la relación y la planilla de contribución sobre ingresos de los últimos dos años. Se entenderá como hijos de crianza aquellos menores de edad que, sin ser hijos biológicos ni adoptivos del asegurado principal, han vivido desde su infancia bajo el mismo techo con aquél en una relación normal familiar de hijo/hija y reciben alimento según se define este término en el Artículo 142 del Código Civil de Puerto Rico.
- f. Menor no emancipado cuya custodia haya sido adjudicada al asegurado principal,
- g. Persona de cualquier edad que haya sido judicialmente declarada incapaz y cuya tutela haya sido adjudicada al asegurado principal.

Dependiente Opcional o Colateral (a opción del Patrono) – Familiar del asegurado principal o su cónyuge que viva de forma permanente con el asegurado principal y depende sustancialmente de éste para su sustento. Además, se considera un dependiente opcional o colateral el padre y la madre del asegurado principal o los de su cónyuge, aunque no vivan con el asegurado principal. El asegurado principal o su cónyuge, según aplique, deberá presentar certificado de nacimiento para validar a sus padres.

Desembolso Máximo ("Maximum Out of Pocket") - Es la cantidad máxima de gastos cubiertos que usted tiene que pagar cada año póliza, bien sea individualmente o en combinación como familia cubierta. Hay límites de desembolso máximo individual y de familiar para proveedores dentro de la red y proveedores fuera de la red.

Desembolso Máximo (“Maximum Out of Pocket”) dentro de la red- Es la cantidad máxima de gastos cubiertos dentro de la red, que usted tiene que pagar cada año póliza, bien sea individualmente o en combinación como familia cubierta.

Desembolso Máximo (“Maximum Out of Pocket”) fuera de la red - Es la cantidad máxima de gastos cubiertos fuera de la red, que usted tiene que pagar cada año póliza, bien sea individualmente o en combinación como familia cubierta.

Desorden de Asperger - Desorden similar al Desorden del Autismo. Estas personas manifiestan una inteligencia normal, no presentan retraso significativo en el lenguaje y el desarrollo cognitivo, presentan dificultad para interactuar socialmente, utilizan vocabulario idiosincrásico, tienen dificultad para entender lenguaje simbólico, abstracto, humor y bromas y demuestran comportamientos excéntricos.

Desorden de Rett - Desorden genético que, luego de un período normal de desarrollo, se manifiesta entre los 5 a 48 meses de edad, el infante presenta retraso psicomotor, deterioro en el lenguaje receptivo y expresivo, pérdida de implicación social en el inicio del desorden. Se caracteriza por movimientos estereotipados.

Desorden Desintegrativo de la Niñez - Desorden que se manifiesta antes de los 10 años de edad, luego de un período de desarrollo normal. Está caracterizado por deterioro en las destrezas comunicativas, déficit en la interacción social, movimientos estereotipados y conducta compulsiva.

Emergencia Médica, Urgencia o Condición Médica de Emergencia - Una condición médica que se manifiesta por síntomas agudos de suficiente severidad, incluyendo dolor severo, ante la cual una persona leiga, razonablemente prudente y con un conocimiento promedio de salud y medicina, puede esperar que, en ausencia de atención médica inmediata, la salud de la persona se colocaría en serio peligro, o resultaría en una seria disfunción de cualquier miembro u órgano del cuerpo o, con respecto a una mujer embarazada que esté sufriendo contracciones, que no haya suficiente tiempo para trasladarla a otras instalaciones antes del parto, o que trasladarla representaría una amenaza a su salud o a la de la criatura por nacer. **Esto incluye las emergencias siquiátricas.** Otras condiciones son:

Algunas de estas condiciones son:

1. Traumas
2. Fracturas y/o dislocaciones
3. Heridas y laceraciones
4. Cólicos renales
5. Episodios de angina de pecho, infarto del miocardio o insuficiencia coronaria
6. Embolias pulmonares
7. Ataque agudo de asma bronquial
8. Dificultad respiratoria
9. Vómitos y diarreas severas, con o sin deshidratación
10. Dolor abdominal agudo
11. Convulsiones
12. Reacciones febriles persistentes
13. Episodios neurológicos
14. Estado de “shock” y coma de cualquier orden
15. Estado de pérdida de conocimiento o de vértigo o desorientación súbita
16. Reacciones alérgicas agudas o de anafilaxia
17. Cuerpo extraño en ojos, oídos, nariz y otras cavidades naturales
18. Envenenamiento por ingestión, inhalación, etc.
19. Hemorragias de todo tipo
20. Quemaduras
21. Retención aguda de orina
22. Presencia de sangre súbita en la orina, con o sin dolor
23. Pérdida súbita de la visión por uno o ambos ojos
24. Dolor agudo en el pecho

Empleado – Una persona que está activamente trabajando a tiempo completo —semana regular de trabajo de treinta (30) horas o más.

Equipo Médico Duradero - Equipo que pueda recibir uso repetido, que es principal y usualmente utilizado para propósitos médicos y que generalmente no es útil a una persona sin enfermedad o lesión.

Expediente Médico - una recopilación de gráficas, registros, informes, documentos y otros memorandos que mantiene el proveedor en determinado lugar, para registrar o indicar la condición, dolencia o enfermedad física o mental y el tratamiento correspondiente del paciente, en la actualidad, en el pasado o prospectivamente.

Experimental / Investigativo – Se puede referir a procedimientos, artículos, o servicios; un medicamento, producto biológico, dispositivo, tratamiento médico o procedimiento para el cual existe evidencia confiable de cumplir con uno de los criterios siguientes:

1. actualmente sujeto a pruebas o ensayos clínicos de fase I, II, o III
2. está bajo estudio con protocolo escrito para determinar la dosis máxima tolerada, toxicidad, seguridad, eficacia, o eficacia con comparación a alternativas convencionales, o
3. está siendo usado o aplicado o debe ser usado o aplicado con la aprobación y supervisión de una Junta Examinadora Institucional según requerido por la Administración de Drogas y Alimentos de los Estados Unidos o el Departamento de Salud Federal, o
4. no es generalmente aceptado por la comunidad médica.

Facilidad Participante / Facilidad dentro de la Red - Médico, hospital, laboratorio o farmacia (según sea el caso) que haya firmado contrato con Humana, o la entidad subcontratada para proveer servicios cubiertos por el plan.

Gastos médicos rutinarios– cualquier costo médico incurrido dentro de los beneficios cubiertos.

Hijos de Crianza – Aquellos menores de edad, que sin ser hijos biológicos ni adoptivos del asegurado principal, han vivido desde su infancia bajo el mismo techo con aquel, en una relación normal familiar de hijo/hija y reciben alimento según se define este término en el Artículo 142 del Código Civil de Puerto Rico.

“HIPAA” – (“Health Insurance Portability and Accountability Act”) Es un acta federal (Ley Pública 103-191) aprobada por el Congreso el 21 de agosto de 1996, regulando la continuidad y portabilidad del plan médico, ordenando la adopción e implementación de una administración que simplifique los estándares para prevenir, fraude, abuso, mejorar las operaciones generales del plan médico y garantizar la privacidad y confidencialidad de la información de salud de un individuo.

Hospital - Una institución pública o privada legalmente autorizada a operar como lugar de tratamiento, cuidado, y curación para personas enfermas y/o lesionadas, y que provea servicios a la comunidad.

Información de Salud Protegida - Información de salud:

1. que identifica a la persona objeto de la información; o
2. con respecto a la cual sería razonablemente entender que se podría usar para identificar a la persona objeto de ésta. Los elementos identificadores incluyen, pero no se limitan a:
 - a. Nombre o apodo de la persona, sus familiares o patronos;
 - b. Dirección, excepto si la información se brinda de forma agregada por municipio;
 - c. Todo elemento de fecha (excepto año) directamente relacionada con una persona particular como fecha de nacimiento, fecha de admisión o de alta, fecha de muerte;
 - d. Número de teléfono, facsímil, cuenta bancaria, seguro social, número de póliza o contrato, dirección electrónica, número de expediente clínico, licencia de conducir;
 - e. Identificadores biométricos;
 - f. Fotografías de cara completa, entre otros.

Instalación de Cuidado de Salud o Instalación - una institución con licencia para proveer servicios de cuidado de la salud o un lugar donde se provee cuidado médico, incluyendo los hospitales y otros centros con pacientes recluidos, centros de cirugía o tratamiento ambulatorios, centros de enfermería especializada, centros residenciales de tratamiento, centros de laboratorios, radiología e imágenes, y los lugares de rehabilitación / habilitación y otros tipos de terapia.

Límite Máximo por Asegurado - Significa la cantidad máxima de gastos por la cual el asegurado es responsable individualmente. Conocido como “maximum out of pocket limit”.

Límite Máximo por Familia - Significa la cantidad máxima de gastos por la cual es responsable el asegurado o su familia.

Medicamento Necesario - Servicios de atención médica que son considerados necesarios para el diagnóstico o el tratamiento para una condición médica y que cumplan con los estándares establecidos de la práctica médica. Dicho servicio de salud, tratamiento o producto debe ser:

1. De acuerdo con los estándares reconocidos nacionalmente de la práctica médica y generalmente aceptados como seguros, ampliamente usados y efectivos para el uso propuesto.
2. Apropriados clínicamente en términos de tipo, frecuencia, intensidad, toxicidad, área o entorno, y duración.
3. Claramente indicado de acuerdo al expediente médico y la documentación de la condición e historial del paciente.
4. Realizado en el entorno más apropiado y requerido por la condición del paciente.
5. Apoyado por una extensa revisión de literatura médica, si alguna, publicada en inglés a la fecha del servicio, y reconocida por pares expertos en la materia; medicina basada en evidencia.
6. No sea considerado de conveniencia o de beneficio personal para el paciente, médico u otro proveedor de servicios de salud.

Médico - Doctor en medicina legalmente autorizado a practicar la profesión de médico.

Médico Generalista - Doctor en medicina legalmente autorizado a practicar la profesión de médico y dedicado a la práctica de medicina general.

Obesidad Mórbida - Es el exceso de grasa en el cuerpo determinado por un índice de masa corporal (IMC) igual o mayor a 35.

Per diem – pago por día a la facilidad participante.

Plan médico – certificado, o póliza de suscripción con Humana, provisto en consideración o a cambio del pago de una prima, o sobre una base prepagada, mediante el cual Humana se obliga a proveer o pagar por la prestación de determinados servicios médicos, de hospital, gastos médicos mayores (si aplica), servicios dentales (si aplica), servicios de salud mental, o servicios incidentales a la prestación de éstos.

Pre-autorización - es la evaluación prospectiva de un servicio ordenado por el médico para el cual se requiere información clínica de expedientes médicos, referidos, recomendaciones de especialistas y/o evidencia de estudios previos, con el propósito de aprobar un servicio o tratamiento antes de que sea realizado el mismo. Las pre-autorizaciones se manejan de la siguiente manera: 24 horas para servicios urgentes; hasta setenta y dos (72) horas para servicios que requiere realizarse de forma expedita; quince (15) días para servicios estándar. Si un médico establece que la necesidad del servicio es urgente, Humana va a tratar la solicitud como urgente y no cuestionará la determinación de urgencia por parte del médico. En el caso que no se autorice el servicio, el asegurado tiene derecho a apelar el caso. Para más información, refiérase a la sección de Procedimientos Para Atender Quejas y Querellas.

Prevención - La medida o disposición que se toma de manera anticipada para evitar que una enfermedad suceda.

Profesionales de la Salud – un médico u otro profesional del campo de la salud con licencia, acreditado o certificado por las entidades correspondientes para proveer determinados servicios de cuidado de la salud a tenor con las leyes estatales y reglamentos correspondientes, incluyendo podiatra, quiropráctico y doctor en naturopatía, entre otros.

Proveedor - un profesional de la salud o una instalación de cuidado de la salud debidamente autorizada a prestar o proveer servicios de cuidado de la salud.

Proveedor Participante / Proveedor dentro de la Red - el proveedor que, conforme a un contrato con Humana o con el contratista o subcontratista de ésta, haya acordado brindar servicios de cuidado de la salud a los asegurados con la expectativa de recibir pago, aparte del porcentaje de coaseguro, el copago o el deducible, directa o indirectamente, de parte de Humana.

Proveedor No Participante / Proveedor Fuera de la Red – proveedor que no tiene contrato con Humana o con el contratista o subcontratista de ésta para brindar servicios de cuidado de salud a los asegurados.

Reclamante - el asegurado de Humana que haya recibido servicios de cuidado de la salud y cuyos costos éste, u otra persona a nombre de éste, solicita que pague Humana.

Representante Personal – significa:

1. Una persona a quien el asegurado ha dado consentimiento expreso por escrito para que le represente para los propósitos del plan médico.
2. Una persona autorizada por ley a dar el consentimiento en sustitución del asegurado.
3. Un miembro de la familia inmediata del asegurado, o el profesional de la salud que atiende al asegurado cuando éste no tenga la capacidad de dar su consentimiento.
4. Un profesional de la salud cuando Humana requiere que un profesional de la salud solicite el beneficio.
5. En el caso de una solicitud de cuidado urgente, un profesional de la salud que tenga conocimiento sobre la condición médica del asegurado.

Servicios de Emergencia - los servicios de cuidado de la salud prestados o que se requieren para tratar una condición médica de emergencia.

Sistema 911 - significa el sistema de respuesta de llamadas de emergencias de seguridad pública vía el número 9-1-1, creado en virtud de la Ley Núm. 144 del 22 de diciembre de 1994, según enmendada, conocida como “Ley para la Atención Rápida a Llamadas de Emergencias de Seguridad Pública” o “Ley de Llamadas 9-1-1”.

Solicitud de Cuidado Urgente - significa:

- (1) Una solicitud de servicio de cuidado de la salud o tratamiento con respecto al cual el tiempo establecido para hacer una determinación de cuidado no urgente: (a) Podría poner en peligro la vida o la salud del asegurado o su recuperación plena; o (b) En la opinión de un médico con conocimiento de la condición de salud del asegurado, expondría al asegurado a dolor que no se puede manejar adecuadamente sin el servicio de cuidado de la salud o tratamiento solicitado.
- (2) Al determinar si se tratará la solicitud como una solicitud de cuidado urgente, la persona que representa a la aseguradora ejercerá el juicio de un lego prudente que tiene un conocimiento promedio de la salud y la medicina. Si un médico con conocimiento de la condición de salud del asegurado determina presentar una solicitud de cuidado urgente, dentro del significado del inciso (1), la aseguradora tratará dicha solicitud como una de cuidado urgente.

Tipos de Plan:

- a) Plan Individual - Cubierta para el empleado solamente.
- b) Plan Familiar - Cubierta para el empleado y dos o más dependientes directos.
- c) Plan Pareja - Cubierta para el empleado y esposo(a) o cohabitante.
- d) Plan empleado + un dependiente – Cubierta para el empleado y un dependiente (menor de 26 años).

Urgente / Urgencia - una condición médica suscitada, que no expone a riesgo de muerte inminente o la integridad de la persona, y que puede ser tratada en oficinas médicas u oficinas de horario extendido, no necesariamente en salas de emergencia, pero la cual, de no ser tratada en el momento adecuado y de la manera correcta, se podría convertir en una emergencia.

Usted/Su - significa el empleado o dependiente asegurado.

Elegibilidad, Ingreso y Fechas de Efectividad

Suscripción garantizada

Humana ofrecerá cubierta a todo empleado(a) elegible o dependiente del empleado sin estar sujeto a evaluación de riesgo, ni a periodos de espera por condiciones preexistentes.

A. Elegibilidad

1. **Asegurado:** Para ser elegible para inscribirse como asegurado principal, es necesario que la persona:
 - a. resida o trabaje en el área de servicio; y
 - b. sea elegible para participar de beneficios médicos y de hospital dispuestos por el tenedor de la póliza en su nombre y no en virtud de los dependientes; y
 - c. cumpla con cualquier otro criterio de elegibilidad según establecido por el tenedor de la póliza, y acordado por escrito por Humana.
 - d. sea empleado regular, temporero o nuevo que interese participar de los beneficios de este plan, en armonía con los términos y condiciones en este certificado y que sea certificado elegible por el patrono.

Todo aquel empleado que al momento de ingreso del grupo no se inscribió, tendrá que esperar hasta el próximo período de inscripción para tener derecho a ingresar y disfrutar de los beneficios de este plan.

2. **Dependiente Directo:** Para ser elegible como un dependiente directo para propósito de cubierta, la persona tiene que residir en el área de servicio y ser:
 - a. El cónyuge legal o cohabitante (con su debida evidencia)
 - b. Un hijo biológico, hijo adoptivo o colocado para adopción menor de veintiséis (26) años. La cubierta para niños recién adoptados o colocados para adopción, bajo custodia o tutela estará activa en la fecha en que se colocan en el hogar del asegurado con el propósito de ser adoptados o custodiados y permanecen en el hogar en las mismas condiciones que los demás dependientes del asegurado; la fecha en que se emitió una orden proveyéndole la custodia del niño al asegurado que tenga la intención de adoptarlo; o la fecha de vigencia de la adopción.
 - c. Un hijo biológico, hijo adoptivo o colocado para adopción, bajo custodia o tutela que independientemente de la edad, no pueda sostenerse así mismo por razón de incapacidad mental o física existente antes de cumplir los veintiséis (26) años, a tenor con lo dispuesto en la Ley Pública 111-148, conocida como "Patient Protection and Affordable Care Act", la Ley Pública 111-152, conocida como "Health Care and Education Reconciliation Act" y los reglamentos promulgados al amparo de éstas.
 - d. Hijastros, hasta cumplir los veintiséis (26) años.
 - e. Hijos de crianza del asegurado principal hasta que alcancen la edad de veintiséis (26) años. Deberá acreditarse el estatus de los "hijos de crianza" presentando evidencia de custodia legal o en su defecto una declaración jurada en la cual especifique desde cuando comenzó la relación y la planilla de contribución sobre ingresos de los últimos dos años. Se entenderá como hijos de crianza aquellos menores de edad que, sin ser hijos biológicos ni adoptivos del asegurado principal, han vivido desde su infancia bajo el mismo techo con aquél en una relación normal familiar de hijo/hija y reciben alimento según se define este término en el Artículo 142 del Código Civil de Puerto Rico;
 - f. Menor no emancipado cuya custodia haya sido adjudicada al asegurado principal, hasta cumplir los veintiséis años;
 - g. Persona de cualquier edad que haya sido judicialmente declarada incapaz y cuya tutela haya sido adjudicada al asegurado principal;

3. **Dependiente Opcional:** Dependiente opcional o colateral (a opción del Patrono): Familiar del asegurado principal o su cónyuge que viva de forma permanente con el asegurado principal y depende sustancialmente de éste para su sustento. Además, se considera un dependiente opcional o colateral el padre y la madre del asegurado principal o los de su cónyuge, aunque no vivan con el asegurado principal. El asegurado principal o su cónyuge, según aplique, deberá presentar certificado de nacimiento para validar a sus padres.
4. Si existe un evento calificador según se define en La Ley de Portabilidad y responsabilidad del Seguro de Salud (HIPAA, por sus siglas en inglés):
 - a) Por pérdida de elegibilidad de cubierta o seguro médico grupal
 - b) La terminación del Patrono en la contribución al plan o seguro médico grupal
 - c) Cuando el empleado actual pierde elegibilidad de cubierta o seguro médico, Humana permite al empleado y sus dependientes a inscribirse en forma especial.
 - d) Cuando un dependiente de un empleado actual pierde la elegibilidad de cubierta o seguro médico, Humana permite que el dependiente y el empleado se inscriban en forma especial. Ejemplos pueden ser: separación legal, divorcio, muerte del empleado, terminación o reducción de horas de empleo-voluntaria o involuntaria (con o sin COBRA a elegir), se agotó COBRA, reducción de la jornada, envejecimiento (aging out), bajo la cubierta o seguro médico del otro padre o porque se mudó fuera del área de servicio de una cubierta HMO. La pérdida de elegibilidad no incluye la pérdida debido a falta de pago de la prima o cuando el asegurado realiza un acto que constituye fraude.
 - e) Cuando termina la contribución del Patrono hacia un empleado o dependiente a pesar de que el empleado o dependiente no ha perdido elegibilidad de cubierta.
 - f) Cuando se termina la cubierta de Mi Salud (Medicaid) o CHIP del empleado o dependiente.

B. Ingreso y Fechas de Efectividad

Los asegurados y dependientes de los asegurados que sean elegibles pueden ingresar en los siguientes períodos y de la siguiente forma:

1. Los asegurados, junto con los dependientes elegibles pueden ingresar sometiendo una solicitud debidamente completada durante el período anual y demás períodos de inscripción establecidos por Humana.
2. Los individuos elegibles como dependientes, y no inscrito, sólo podrán ser añadidos durante el período de inscripción o en la renovación del grupo, o si es un nuevo empleado, presentando carta de nombramiento como evidencia, dentro de un período no mayor de treinta (30) días a partir de la fecha de nombramiento del empleado.
3. Humana provee cubierta a:
 - a. Niños recién nacidos de asegurados desde el momento en que nacen o
 - b. Niños recién adoptados por asegurados a partir de la primera de las siguientes fechas:
 - 1) La fecha en que se colocan en el hogar del asegurado con el propósito de ser adoptados y permanecen en el hogar en las mismas condiciones que los demás dependientes del asegurado, a menos que la colocación se interrumpa antes de la adopción legal y se traslade al niño del hogar donde había sido colocado;
 - 2) La fecha en que se emitió una orden proveyéndole la custodia del niño al asegurado que tenga la intención de adoptarlo; o

- 3) Menores de edad cuya custodia o tutela haya sido concedida a los abuelos u otro familiar que sea el suscriptor principal. Persona de cualquier edad que haya sido judicialmente declarada incapaz y cuya tutela haya sido adjudicada al asegurado principal.
 - 4) La fecha de vigencia de la adopción.
4. La cubierta para niños recién nacidos, niños recién adoptados o niños colocados para adopción cumple con los siguientes requisitos:
 - a. Incluye servicios de cuidado de salud para lesiones o enfermedades, lo que incluye el cuidado y tratamiento de defectos y anomalías congénitas que se hayan diagnosticado por un médico;
 - b. No estará sujeta a ninguna exclusión por condición preexistente.
5. En los casos de niños recién nacidos, Humana proveerá a los asegurados una notificación razonable sobre lo siguiente:
 - a. Si para proveer cubierta a un niño recién nacido, según se dispone en el Capítulo 54 de la Ley Núm. 194 del 2011, se requiere el pago de una prima o cargo por suscripción específico, Humana podrá exigir que el asegurado notifique a Humana del nacimiento del niño y que proporcione el pago de los cargos o la prima requeridos a más tardar a los treinta (30) días de la fecha de nacimiento.
 - b. Si no se proporciona la notificación y pago descrito en el inciso anterior, Humana podrá optar por no continuar proporcionándole cubierta al niño más allá del periodo de treinta (30) días. No obstante lo anterior, si a más tardar a los cuatro (4) meses de la fecha de nacimiento del niño el asegurado emite todos los pagos adeudados, se reinstalará la cubierta del niño.
 - c. Si para proveer cubierta a un niño recién nacido no se requiere el pago de una prima o cargo por suscripción específico, Humana podrá solicitar que se proporcione una notificación del nacimiento del niño, pero no podrá denegar o rehusarse a continuar proveyendo la cubierta si el asegurado no proporciona dicha notificación.
6. En los casos de niños recién adoptados o niños colocados para adopción, Humana estará obligada a proveer a las personas cubiertas o asegurados una notificación razonable acerca de lo siguiente:
 - a. Si para proveer cubierta a un niño recién adoptado o un niño colocado para adopción se requiere el pago de una prima o cargo por suscripción específico, Humana podrá exigirle al asegurado que notifique a Humana sobre la adopción o sobre la colocación en un hogar para adopción y que provea el pago de la prima o cargos requeridos a más tardar los treinta (30) días de la fecha en que se requiere que la cubierta comience según lo dispuesto en el Artículo 54.050A(2) del Código de Seguro de Salud de Puerto Rico.
 - b. Si el asegurado no provee la notificación o el pago descrito en el inciso anterior dentro del periodo de treinta (30) días, Humana no podrá tratar al niño adoptado o al niño colocado para adopción de manera menos favorable que a otros dependientes, que no sean niños recién nacidos, para quienes se solicita cubierta en una fecha posterior a la fecha en que el dependiente se hizo elegible a la cubierta.
7. Los asegurados y dependientes elegibles tienen que cumplir con los siguientes requisitos:
 - a. El pago adelantado correspondiente ha sido recibido previamente por Humana para cada asegurado y dependiente elegible incluido.
8. La fecha de efectividad para la cubierta de todo asegurado nuevo bajo la póliza será el primer día del mes siguiente al mes en que se cumplan los requisitos de elegibilidad, a no ser que se disponga lo contrario en la póliza, o como se indique en el póliza grupal.

Renovación

Humana renovará el plan médico a todos los empleados elegibles y sus dependientes, excepto en los casos siguientes:

1. Por falta de pago de la prima, considerando el período de gracia;
2. Cuando el asegurado realiza un acto que constituye fraude. En tal caso, Humana puede elegir no renovar el plan médico a ese asegurado por un (1) año a partir de la fecha de terminación de la cubierta;
3. Cuando el asegurado ha hecho una representación falsa intencional de un hecho importante y material bajo los términos del plan médico. En tal caso, Humana puede elegir no renovar el plan médico a ese asegurado por un (1) año a partir de la fecha de terminación de la cubierta;
4. Por incumplimiento con los requisitos de participación mínima establecidos por Humana de conformidad con las disposiciones del Código de Seguros de Salud de Puerto Rico;
5. Por incumplimiento con los requisitos de aportación patronal;
6. Cuando el Comisionado decide que la continuación del plan médico no responde a los mejores intereses de los titulares de las pólizas, o afectaría la capacidad de Humana de cumplir sus obligaciones contractuales.

Terminación y Rescisión

- A. De acuerdo a la Ley Núm. 161 del 1ro de noviembre de 2010, ningún plan de cuidado de salud podrá ser revocado o enmendado, una vez emitida la cubierta, a menos que:
1. No se realice el pago de la prima
 2. El asegurado haya realizado un acto constitutivo de fraude
 3. El asegurado haya realizado, intencionalmente una falsa representación de un hecho material. Esto incluye, pero no se limita a, la fabricación de y/o alteración de una reclamación y tarjeta de identificación.
- B. La cubierta de un asegurado principal también puede terminar cuando:
1. La póliza termine.
 2. El empleado cese en su empleo.
 3. El empleado cese en una clase de empleados elegibles.
 4. En la fecha de entrada al servicio militar activo, excepto por un servicio temporero de treinta (30) días o menos.
 5. La póliza cesará al terminar el período de gracia.
- C. La cubierta de los dependientes directos terminará cuando termine la del asegurado principal o cuando deje de cumplir con la definición de dependiente directo.
- D. En caso de cancelación En caso de terminación o rescisión, se le proveerá una notificación escrita al asegurado treinta (30) días antes de que su cubierta sea cancelada. Tal notificación sólo será efectiva a partir del último día del mes en que se envíe la notificación.
- E. Usted y su patrono son responsables de notificar a Humana de cualquier cambio de elegibilidad, incluyendo la falta de elegibilidad, de cualquier persona en su cubierta.

Sujeto al pago de prima y de acuerdo a la Ley Núm. 161 del 1ro de noviembre de 2010, se dispone que si el plan es terminado o cancelado, o el proveedor es terminado o cancelado, se enviará notificación al paciente, con treinta (30) días calendarios de anticipación a la fecha de terminación o cancelación. El paciente podrá continuar recibiendo los beneficios del mismo durante un período de transición de noventa (90) días, contados a partir de la fecha de terminación del plan o proveedor, en caso de paciente que se encuentre hospitalizado o en el segundo trimestre de embarazo o que sea diagnosticado con una condición terminal.

Actos de Discrimen Indebido

Constituye discrimen indebido:

1. Denegar, rehusar emitir o renovar, cancelar o de otra manera terminar o restringir la cubierta de un plan médico, o establecer un costo adicional o aumentar la prima de un plan médico, basado en que el asegurado ha sufrido maltrato; o
2. Excluir, limitar la cubierta o denegar una reclamación basado en la situación de víctima de maltrato del asegurado.

Constituye un acto discriminatorio terminar la cubierta grupal de una víctima de maltrato por motivo de que la cubierta se hubiere emitido originalmente a nombre del maltratante y éste se haya divorciado o separado de la víctima de maltrato o haya perdido la custodia de la víctima, o porque la cubierta del maltratante haya terminado de cualquier otra manera voluntaria o involuntaria. Lo aquí dispuesto no impide que Humana requiera que la víctima de maltrato pague la prima completa de la cubierta del plan médico o que requiera, como condición de cubierta, que la víctima de maltrato resida o trabaje dentro del área de servicio del plan médico, si los requisitos se aplican igualmente a todas las personas cubiertas o asegurados, actuales o potenciales. Humana podrá dar por terminada la cubierta grupal después de que la cubierta continuada que aquí se requiere haya estado vigente durante dieciocho (18) meses, si ofrece una conversión equivalente a un plan individual. La cubierta continuada que aquí se requiere se podrá satisfacer con la cubierta que dispone la ley "Consolidated Omnibus Budget Reconciliation Act of 1985" (COBRA) y no será adicional a la cubierta provista al amparo de dicha ley COBRA.

Cambios

Después de ser efectiva la cubierta, el asegurado será responsable de solicitar cambios por los siguientes eventos que ocurran en el grupo de asegurados:

- (a) Muerte, divorcio o matrimonio, unión o separación del cohabitante del asegurado principal;
- (b) Al cumplir un hijo dependiente directo los veintiséis (26) años de edad, excepto está incapacitado.

Toda solicitud de cambio deberá venir acompañada de documento que evidencie dicho evento. Este documento será el certificado de matrimonio, de nacimiento, de adopción, declaración jurada o cualquier otro requerido por Humana como prueba necesaria para el trámite del cambio solicitado.

Toda solicitud de cambio deberá ser sometida a partir de los treinta (30) días siguientes a la ocurrencia del evento.

Toda solicitud de cambio recibida durante el mes corriente será efectiva el día primero del siguiente mes.

Reglamentaciones de COBRA

Al amparo de ley federal "Consolidated Omnibus Act" del 1986, Ley Pública Núm. 99-272 (conocida comúnmente como COBRA), en algunas circunstancias, un asegurado que pudiera perder elegibilidad en el plan puede escoger continuación de cubierta temporera según se dispone a continuación.

COBRA requiere que la continuación de la cobertura se extienda a partir de la fecha del suceso calificador por un período limitado de 18 ó 36 meses. El plazo en el cual deberá estar disponible la continuación de cobertura (el "período máximo" de la continuación de cobertura) depende del tipo de evento calificativo que dio lugar a los derechos bajo COBRA. Un plan, sin embargo, puede proveer períodos de cobertura más largos más allá del período máximo exigido por ley. La prima a pagar no excederá del 102% del costo actual del plan.

Cuando el evento calificativo sea la terminación del empleo o una reducción de las horas de trabajo de un empleado cubierto, los beneficiarios calificados tienen el derecho a un máximo de 18 meses de continuación de cobertura.

Cuando el evento calificativo es la finalización del empleo o la reducción de horas de trabajo del empleado y el empleado se hizo acreedor a los beneficios de Medicare menos de 18 meses antes del evento calificativo, la cobertura COBRA para el cónyuge del empleado y dependientes puede estar vigente hasta 36 meses después de la fecha en la que el empleado se hizo acreedor a los beneficios de Medicare. Por ejemplo, si un empleado cubierto se hace acreedor a los beneficios de Medicare 8 meses antes de la fecha en que finaliza su empleo (la terminación del empleo es el evento calificativo de COBRA) la cobertura COBRA para su cónyuge e hijos estaría vigente durante 28 meses (36 meses menos 8 meses).

Para todo otro evento calificativo, los beneficiarios calificados tienen el derecho a un máximo de 36 meses de continuación de cobertura.

Cancelación temprana

Un plan de salud grupal puede cancelar la continuación de cobertura antes del final del período máximo por cualquiera de las siguientes razones:

- Las primas no se pagan en su totalidad en forma oportuna.
- El empleador deja de mantener un plan de salud grupal.
- Un beneficiario calificado empieza a recibir cobertura bajo otro plan de salud grupal luego de elegir la continuación de cobertura, siempre que tal plan no imponga una exclusión o limitación que afecte una condición preexistente del beneficiario calificado.
- Un beneficiario calificado se vuelve elegible para recibir los beneficios de Medicare luego de elegir la continuación de cobertura.
- Un beneficiario calificado participa en conducta que justificaría que el plan terminara la cobertura de un participante o beneficiario en igual situación que no esté recibiendo continuación de cobertura (tal como fraude).

Si se cancela la continuación de cobertura en forma temprana, el plan deberá proveerle al beneficiario calificado una notificación acerca de dicha cancelación.

Extensión de un período de continuación de cobertura de 18 meses

Si usted tiene el derecho a un período máximo de 18 meses de continuación de cobertura, podría volverse elegible para una extensión del período máximo bajo dos circunstancias. La primera es cuando un beneficiario calificado (ya sea usted o un familiar) se vuelve incapacitado; la segunda es cuando ocurre un segundo evento calificativo.

Incapacitado

Si alguno de los beneficiarios calificados en su familia se vuelve incapacitado y reúne ciertos requisitos, todos los beneficiarios calificados que estén recibiendo continuación de cobertura debido a un único evento calificativo tienen el derecho a una extensión de 11 meses del período máximo de continuación de cobertura (por un período máximo total de 29 meses de continuación de cobertura). El plan puede cobrarles a los beneficiarios calificados una prima mayor de hasta el 150 por ciento del costo de la cobertura, durante la extensión de 11 meses por incapacidad.

Los requerimientos son, primero, que la Administración de Seguro Social (SSA, por sus siglas en inglés) determine en algún momento antes del décimo sexto día (60) de la continuación de la cobertura, que el beneficiario calificado es una persona incapacitada, y, segundo, que la incapacidad continúe durante el resto del período inicial de 18 meses de la continuación de la cobertura.

El beneficiario calificado incapacitado o la persona que lo represente deberá asimismo notificar al plan acerca de la determinación de la SSA. El plan puede establecer un plazo límite para proporcionar esta notificación acerca del incapacitado, pero este plazo límite no podrá ser mayor de 60 días, comenzando: (1) el día en que la SSA emita la determinación de incapacidad; (2) el día en que ocurra el evento calificador; (3) la fecha en la que el beneficiario calificado pierda (o perdería) la cobertura bajo el plan como resultado del evento calificador; o (4) la fecha en que se le informe al beneficiario calificado.

Podrá cancelarse el derecho a la extensión por incapacidad si la SSA determina que el beneficiario calificado incapacitado ya no tiene la condición de incapacidad. El plan podrá exigir que los beneficiarios calificados que estén recibiendo la extensión por incapacitado le avisen si la SSA hace tal determinación, aunque el plan deberá darles a los beneficiarios calificados al menos 30 días luego de la determinación de la SSA para hacerlo.

Segundo evento calificador

Si usted está recibiendo un período máximo de 18 meses de continuación de cobertura, podría tener el derecho a una extensión de 18 meses (brindando un período máximo total de **36 meses** de continuación de cobertura) si experimentara un segundo evento calificador que fuera el fallecimiento de un empleado cubierto, el divorcio o la separación legal de un empleado cubierto y su cónyuge, la elegibilidad de un empleado cubierto para recibir los beneficios de Medicare o la pérdida de la clasificación de un hijo como dependiente bajo el plan. El segundo evento puede ser un segundo evento calificador sólo si hubiese causado que usted perdiera su cobertura bajo el plan en la ausencia del primer evento calificador. Si ocurriera un segundo evento calificador, usted necesitaría notificárselo al plan.

La persona elegible para beneficios de COBRA tiene derecho a recibir una notificación de parte del patrono de elegibilidad y elección. Tan pronto se notifique a la persona elegible, ésta tendrá sesenta (60) días para decidir si continúa acogida al plan.

Si el asegurado bajo COBRA se incapacita dentro de los primeros sesenta (60) días de acogerse a la cubierta y su incapacidad es certificada por el Seguro Social antes de la expiración de los 18 meses de COBRA, entonces el asegurado bajo COBRA tendrá derecho a una extensión de once (11) meses bajo COBRA. El período de la extensión está sujeto a un aumento en el pago de prima adicional de 48% (102% + 48% = 150%) del costo total de la cubierta del plan. El asegurado tendrá un máximo de sesenta (60) días a partir de la notificación de la Administración del Seguro Social para notificarle al administrador del plan su incapacidad.

	BENEFICIARIOS CALIFICADOS	PERÍODO MÁXIMO DE CONTINUACIÓN DE COBERTURA
Cancelación (por razones que no incluyan un caso de mala conducta grave) o reducción de las horas de trabajo	Empleado Cónyuge Hijo dependiente	18 meses
Inscripción del empleado en Medicare	Cónyuge Hijo dependiente	36 meses
Divorcio o separación legal	Cónyuge Hijo dependiente	36 meses
Fallecimiento del empleado	Cónyuge Hijo dependiente	36 meses
Pérdida de clasificación del hijo como dependiente bajo el plan	Hijo dependiente	36 meses

Para más información, visite www.healthcare.gov/law/features/choices y seleccione "Pre-Existing Condition Insurance Plan (PCIP)"; visite www.insurekidsnow.gov; o contacte al Comisionado de Seguros.

Reglamentaciones de la Ley Federal de Familia y Licencia Médica ("Family and Medical Leave Act")

Cuando un patrono le concede a su empleado una licencia de su trabajo según requerido por la Ley Federal de Familia y Licencia Médica, él/ella puede continuar la cubierta del plan de servicios de salud bajo las mismas condiciones que otros trabajadores actualmente empleados y cubiertos por el plan de salud. Si el empleado decide terminar la cubierta durante su licencia, o si la cubierta es terminada por falta de pago, dicha cubierta puede ser reinstalada en la fecha en que el empleado regrese a trabajar inmediatamente después de su licencia. Cargos por servicios recibidos después de la fecha de reinstalación serán pagados como si el empleado hubiese tenido cubierta continua.

Reglamentaciones USERRA (Continuación de Cubierta por Servicio Militar Activo)

A. Cubierta y Prima

La continuación de cubierta está disponible para el empleado y sus dependientes cubiertos mientras el empleado está activo en el servicio militar o en la guardia nacional. El empleado continuará con la misma prima de cubierta en efecto para los asegurados cubiertos en la póliza.

B. Notificación

El empleado, o la autoridad militar correspondiente, deben notificar al patrono que el empleado desea continuar con su cubierta previo a que se reporte al servicio militar activo o activo en la guardia nacional.

Este aviso no es requerido si es imposible o irrazonable (tal como una llamada inmediata en una emergencia por desastre natural) o si la necesidad militar lo impide.

C. Reinstalación de la cubierta

El empleado no tiene que continuar con su cubierta si está en servicio activo militar o en la guardia nacional. Si el empleado no continúa con su cubierta, tendrá 63 días para solicitar reinstalación de cubierta cuando regrese al empleo con el mismo patrono. No existirá período de espera, ni se tomará en consideración alguna condición existente en el momento de la activación del empleado.

D. Continuación

Si el plan o seguro médico termina, el empleado:

- Puede continuar cubierta según descrito en el Acta de Derechos de Empleo y Reempleo de los Servicios Uniformados (USERRA);
- Puede continuar dentro de las reglamentaciones provistas para la continuación de beneficios de la Ley COBRA.

E. Definiciones

Los siguientes términos han sido utilizados en esta sección:

1. **Servicio Activo:** Servicio a tiempo completo en el servicio militar de los Estados Unidos.
2. **Servicio Activo en la Guardia Nacional:** Períodos cuando el gobernador ordena activación de la Guardia Nacional a servicio activo, típicamente en respuesta a un desastre natural o desorden civil.

Cláusula de Conversión

1. Si el seguro, o cualquier parte de él, un asegurado bajo el plan cesa por razón de finalizar su empleo o su condición de miembro de una clase o clases elegibles para cubierta bajo este plan, dicho asegurado tiene derecho a que Humana le emita, sin evidencia de asegurabilidad, una póliza individual de Seguro Médico Hospitalario sujeto a que Humana tenga un producto individual disponible. Disponiéndose, que la solicitud escrita para la póliza individual se hará, y la primera prima se pagará a Humana en o antes de treinta y uno (31) días después de finalizar tal cese; y disponiéndose, además, que:
 - a. La póliza individual deberá ser a opción de tal persona, de cualquiera de las formas que para esa fecha sea emitida corrientemente por el asegurador.
 1. La prima sobre la póliza individual será de acuerdo a la tarifa entonces vigente de Humana, que aplique a la forma y a los beneficios de la póliza individual a la fecha de efectividad de dicha póliza. El estado de salud de la persona en el momento de la conversión no será una base aceptable para la clasificación del riesgo.
 2. La póliza individual deberá cubrir también al cónyuge, cohabitante y/o hijos dependientes de la persona suscrita si éstos estaban cubiertos a la fecha de terminación del contrato grupal. A opción de Humana, una póliza individual separada podrá ser emitida para cubrir a la esposa/esposo, cohabitante y/o hijos dependientes.
 - b. La póliza individual será efectiva a la fecha de terminación del contrato grupal.
 - c. Humana no estará obligado a emitir una póliza individual cubriendo a una persona que tenga derecho a recibir beneficios similares provistos bajo cualquier otra cubierta o bajo el programa de Medicare de la Ley Federal de Seguro Social, según fuere subsiguientemente enmendada, si dichos beneficios, conjuntamente con los provistos bajo la póliza individual, resultaran en un exceso de cubierta (“over-insurance”), según las normas del asegurador.
2. Si el plan cesa o se enmienda de forma tal que termine el seguro de cualquier categoría de asegurados, toda persona incluida en este plan en la fecha de dicho cese cuyo seguro termine y que se haya mantenido así asegurada por lo menos tres años antes de la fecha de dicho cese tendrá derecho a que Humana le emita una póliza individual de Seguro Médico Hospitalario, sujeto a las mismas condiciones y limitaciones que se disponen en esta Cláusula de Conversión.
3. Sujeto a las condiciones y limitaciones provistas por el inciso (1) de esta sección, el privilegio de conversión se otorgará:
 - a. al cónyuge, cohabitante y/o hijos dependientes del asegurado cubierta bajo la póliza grupo, cese por razón de la muerte de tal persona;
 - b. al cónyuge, cohabitante y/o hijos dependientes de la persona cuya cubierta grupal cese por razón de no cualificar como un miembro familiar bajo la póliza grupal, aunque la persona continúe asegurada en la póliza grupal.
4. Si un asegurado bajo la póliza grupal sufre una pérdida cubierta bajo la póliza individual descrito en el inciso (1) de esta sección durante el período dentro del cual hubiese cualificado para que se le emitiera dicha póliza individual y antes que dicho póliza individual entre en vigor, los beneficios a que tuviere derecho bajo dicha póliza individual serán pagaderos como reclamación bajo la póliza grupal, aunque no se haya solicitado una póliza individual o aunque no se haya hecho el pago de prima inicial.
5. Humana notificará a cualquier individuo asegurado bajo este plan que adquiera el derecho de obtener una póliza individual bajo los términos de este plan, sin tener que someter Evidencia de Asegurabilidad, sujeto a solicitar y a pagar la primera prima dentro del período especificado en este plan, la existencia de dicho derecho, por lo menos quince (15) días antes de la fecha de expiración de dicho período. Si a dicho individuo no se le notifica la existencia del derecho antes mencionado dentro de los quince (15) días requeridos, el asegurado tendrá un período adicional durante el cual podrá ejercer su derecho, sin que esto implique, que esta póliza continuará en vigor más allá del período que se dispone en la misma. El período adicional expirará quince (15) días después de haberse avisado al individuo, pero en ningún caso se extenderá más de sesenta (60) días después de la fecha de expiración que se dispone en la póliza. Se considerará como un aviso la notificación escrita presentada al individuo o enviada por correo, por El Tenedor de la póliza o por Humana a la última dirección conocida del individuo según la suscriba el grupo asegurado. Si se concede un período adicional para ejercer el derecho a convertir, según aquí se dispone, y si la solicitud escrita para dicha póliza individual acompañada por la primera prima se hace durante el período adicional, la efectividad de la póliza individual será la terminación del seguro bajo la póliza de grupo.

Coordinación de Beneficios

(Versión 2005 Asociación Nacional de Comisionados de Seguros)

[*National Association of Insurance Commissioners -NAIC*]

Cuando una persona está cubierta por dos (2) planes, las reglas para determinar el orden de los pagos de beneficios son las siguientes:

- A. (1) El plan primario pagará o proveerá sus beneficios como si el plan o los planes secundario(s) no existiera(n).
- (2) Si el plan primario es un plan de panel cerrado, y plan secundario no es un plan de panel cerrado, entonces el plan secundario pagará o proveerá beneficios tal si fuera el plan primario cuando un asegurado utilice un proveedor sin panel, a excepción de servicios de emergencia o referidos autorizados que son pagados o provistos por el plan primario.
- (3) Cuando múltiples contratos que proveen una cobertura coordinada se tratan como un solo plan bajo este reglamento, esta sección aplica sólo al plan en su totalidad y la coordinación entre los contratos que lo componen está gobernada por los términos de los contratos. Si más de un portador paga o provee beneficios bajo el plan, el portador designado como el primario será responsable porque el plan cumpla con este reglamento.
- (4) Si una persona está cubierta por más de un plan secundario, las reglas para determinar el orden de los beneficios de este reglamento deciden el orden en el que se determinarán los beneficios de planes secundarios relativos al uno con el otro. Cada plan secundario tomará en consideración los beneficios del plan o planes primario(s), al igual que los beneficios de cualquier otro plan, cuyos beneficios, conforme a las reglas de este reglamento, se determinarán antes de aquellos del plan secundario.
- B. (1) A excepción de lo indicado en el Párrafo (2), un plan que no provea una determinación del orden de beneficios que sea consistente con este reglamento siempre se considerará el plan primario, a menos que las provisiones de ambos planes, indistintamente de lo que estipule este párrafo, indiquen que el plan en cumplimiento es el primario.
- (2) Una cobertura obtenida a través de una membresía de grupo y que esté diseñada para suplementar una parte de un paquete básico de beneficios, podría proveer que la cobertura suplementaria sea en exceso de cualquier otra parte del plan provisto por el tenedor de la póliza. Un ejemplo de este tipo de situación son las coberturas médicas mayores, que se superponen a los beneficios de planes básicos de hospitalización y cirugía, al igual que las coberturas de seguro que se amplían con relación a planes de panel cerrado para proveer beneficios fuera de la red.
- C. Un plan puede tomar en consideración los beneficios pagados o provistos por otro plan sólo cuando, bajo las reglas de este reglamento, sea secundario a ese otro plan.
- D. Orden de la Determinación de Beneficios

Cada plan determina su orden de beneficios utilizando la primera de las siguientes reglas que aplique:

- (1) No-Dependiente o Dependiente
 - (a) Sujeto al Sub-Párrafo (b) de este Párrafo, el plan que cubra a la persona como empleado, asegurado tenedor del plan o jubilado, excepto como dependiente, será el plan primario, y el plan que cubra a la persona como dependiente será el plan secundario.
 - (b)
 - (i) Si la persona es beneficiaria del Medicare, y, como resultado de lo provisto en el Título XVIII de la Ley del Seguro Social y sus reglamentos habilitadores, Medicare es:
 - (l) Secundario al plan que cubre a la persona como dependiente; y

(II) Primario al plan que cubre a la persona como otra cosa que no sea dependiente (Ej. Un empleado jubilado),

(ii) Se invierte el orden de los beneficios para que el plan que cubre a la persona como empleado, miembro, subscriptor, tenedor de la póliza o jubilado sea el plan secundario y el otro plan que cubre a la persona como dependiente sea el plan primario.

(2) Niño Dependiente Cubierto por más de un Plan

A menos que exista una orden judicial que indique lo contrario, los planes que cubran a un niño dependiente determinarán el orden de beneficios de la siguiente manera:

(a) Para un niño dependiente cuyos padres estén casados o estén viviendo juntos, aún si nunca se han casado;

(I) El plan del padre o madre cuyo cumpleaños llegue primero durante el año natural será el plan primario; o

(II) Si ambos padres cumplen años el mismo día, el plan que haya cubierto a cualquiera de los dos padres por la mayor cantidad de tiempo será el plan primario.

(b) Para un niño dependiente cuyos padres estén divorciados o separados, o no estén viviendo juntos, aún si nunca se han casado:

(i) Si una orden judicial indica que uno de los padres es el responsable de los gastos del cuidado de la salud o del seguro médico del niño, y el plan de ese padre o madre tiene conocimiento real de dichos términos, ese plan es el primario. Si el padre o madre responsable no tiene plan médico para cubrir los gastos del cuidado de la salud del niño, pero el cónyuge de ese padre o madre sí tiene un plan, el plan de ese cónyuge será el plan primario. Este punto no aplica relativo a ningún año del plan durante el cual se paguen o provean beneficios antes de que la entidad tenga conocimiento real de las provisiones de la orden judicial;

(ii) Si una orden judicial indica que ambos padres son responsables por los gastos del cuidado de la salud o el plan médico del niño dependiente, las provisiones del Sub-Párrafo (a) de este Párrafo determinarán el orden de los beneficios;

(iii) Si una orden judicial indica que los padres tienen custodia compartida sin especificar cuál de los padres es el responsable por los gastos del cuidado de la salud o el plan médico del niño dependiente, las provisiones del Sub-Párrafo (a) de este Párrafo determinarán el orden de los beneficios; o

(iv) Si no existe una orden judicial que adjudique la responsabilidad por los gastos del cuidado de la salud o el plan médico del niño, el orden de beneficios para el niño será como sigue:

(I) El plan que cubra al padre o madre con la custodia;

(II) El plan que cubra al cónyuge del padre o madre con la custodia;

(III) El plan que cubra al padre o madre que no tenga la custodia; y finalmente

(IV) El plan que cubra al cónyuge del padre o madre que no tenga la custodia.

(c) Para un niño dependiente que esté cubierto por más de un plan de individuos que no sean los padres del niño, el orden de beneficios se determinará, según aplique, bajo Sub-Párrafo (a) o (b) de este Párrafo como si esos individuos fueran los padres del niño.

(3) Empleado Activo o Empleado Jubilado o Cesanteado

(a) El plan que cubra a una persona como empleado activo, es decir, un empleado que no ha sido cesanteado ni esté jubilado, o como dependiente de un empleado activo, será el plan primario. El plan que cubra a esa misma persona como empleado jubilado o cesanteado, o como dependiente de un empleado jubilado o cesanteado, será el plan secundario.

(b) Si el otro plan no tiene esta regla y, como resultado de ello, los planes no concuerdan en el orden de beneficios, se ignora esta regla.

- (c) Esta regla no aplica si la regla del Párrafo (1) puede determinar el orden de beneficios.
- (4) COBRA o Cobertura Estatal de Continuidad
- (a) Si una persona, cuya cobertura esté provista conforme a COBRA o bajo derecho de continuidad conforme a la ley estatal u otras leyes federales, está cubierta bajo otro plan, el plan que cubra a la persona como empleado, asegurado o jubilado, o cubra a la persona como dependiente de un empleado, asegurado o jubilado, será el plan primario; y el plan que cubra a esa persona conforme a COBRA o bajo derecho de continuidad conforme a la ley estatal u otras leyes federales, será el plan secundario.
 - (b) Si el otro plan no tiene esta regla y, como resultado de ello, los planes no concuerdan en el orden de beneficios, se ignora esta regla.
 - (c) Esta regla no aplica si la regla del Párrafo (1) puede determinar el orden de beneficios.
- (5) Cantidad de Tiempo de la Cobertura
- (a) Si las reglas anteriores no determinan el orden de beneficios, el plan que haya cubierto a la persona por la mayor cantidad de tiempo será el plan primario y el plan que haya cubierto a la persona por la menor cantidad de tiempo será el plan secundario.
 - (b) Para determinar la cantidad de tiempo que una persona ha estado cubierta bajo un plan, dos planes sucesivos se considerarán como uno si la persona era elegible bajo el segundo plan dentro de las veinticuatro (24) horas luego de haberse vencido el primer plan.
 - (c) El comienzo de un nuevo plan no incluye:
 - (i) Un cambio en el alcance de los beneficios de un plan;
 - (ii) Un cambio en la entidad que paga, provee o administra los beneficios del plan; o
 - (iii) Un cambio de un tipo de plan a otro, tal como cambiar de un plan de patrono sencillo a un plan de patrono múltiple.
 - (d) La cantidad de tiempo que una persona ha estado cubierta bajo un plan se mide desde la fecha en que comenzó la cobertura de la persona bajo ese plan. Si dicha fecha no está fácilmente disponible para un plan grupal, la fecha en que la persona comenzó a formar parte del grupo se utilizará como la fecha desde la cual se determinará la cantidad de tiempo que la cobertura de la persona ha estado vigente bajo el plan actual.
- (6) Si ninguna de las reglas anteriores determina el orden de beneficios, los gastos permitidos serán compartidos en partes iguales entre los planes.

Aviso a los asegurados:

Si usted está cubierto por más de un plan, debes radicar todas sus reclamaciones con cada uno de los planes.

Acciones de Terceros

Si por culpa o negligencia de un tercero, un asegurado sufre alguna enfermedad o lesión, cubierta bajo la póliza, Humana tendrá derecho a subrogarse en los derechos del asegurado, para reclamar y recibir de dicho tercero, una compensación equivalente a los gastos que hayan sido pagados por Humana en el tratamiento del asegurado.

El asegurado estará obligado a reconocer el derecho de subrogación de Humana y por tanto, el derecho de Humana para tramitar en su nombre las acciones necesarias para recobrar los gastos incurridos como consecuencia de la culpa o negligencia del tercero.

Cuando haya un tercero responsable de la cubierta y Humana haya pagado servicios que le correspondían a este tercero, Humana tendrá derecho a recibir de este tercero una compensación por los pagos realizados. Humana no será responsable de proveer cubierta cuando haya un tercero ni de duplicar cubierta, aunque el asegurado no haya seguido los procesos de reclamación requeridos por el tercero para la cubierta de los servicios.

El asegurado es responsable de notificarle a Humana de toda acción que inicie en contra de un tercero. El asegurado deberá tener presente que en caso de que actúe en forma contraria, éste será responsable de pagar por dichos gastos a Humana.

En el caso de una reclamación contra un proveedor, Humana no estará obligada a responder al asegurado por cualquier acto u omisión, de hecho o derecho, que por la culpa o negligencia del proveedor sea motivo de reclamación por parte del asegurado, y por cuyo motivo el proveedor pudiera ser responsable.

Derechos y Responsabilidades del Paciente

(Resumen de la Ley Núm. 194 del 25 de agosto de 2000)

Conoce Tus Derechos

1. Recibir servicios de salud de alta calidad.
2. Presentar querellas o reclamos ante el asegurador, llamando al Departamento de Servicio al Cliente de Humana, al teléfono libre de cargos: 1-800-314-3121.
 - ⇒ Cualquier querella o apelación escrita debe ser dirigida a Humana a la atención de la División de Querellas y Apelaciones, PO Box 191920, San Juan, Puerto Rico 00918-1920.
 - ⇒ En persona en cualquier oficina de Humana en Puerto Rico (regional o central)
 - ⇒ Por Fax 1-888-595-0462 o correo electrónico a G&APuertoRicoTeam@Humana.com.
3. Recibir información de su médico, así como participar en todas las decisiones relacionadas con su cuidado médico y tratamiento.
4. Seleccionar su especialista, laboratorio, farmacia y rayos X de su preferencia de acuerdo a la lista de proveedores de salud de la aseguradora.
5. Ser atendido(a) en cualquier Sala de Emergencia las 24 horas del día, 7 días de la semana, sin necesidad de autorización de su médico primario o aseguradora.
6. Comunicarse libremente con su médico u otro proveedor de servicios de salud sin temor y en estricta confidencialidad.
7. Procurar que tu médico mantenga la información de su expediente (récord) médico en secreto.
8. Recibir trato igual y de respeto de su médico o de cualquier profesional de la salud.
9. No ser discriminado(a) por ninguna razón.
10. Recibir servicios de un(a) especialista según la lista de proveedores de la aseguradora.
11. Derechos del Paciente a la Continuación de Servicios de Cuidado de Salud: El plan de cuidado de salud no puede ser revocado o enmendado, una vez el asegurado esté cubierto bajo el plan o incluido en la cubierta, a menos que el patrono no realice el pago de la prima y no cumpla con los períodos de gracia que concede el Código de Seguros; haya realizado un acto constitutivo de fraude; o haya realizado, intencionalmente una falsa representación que esté prohibida por el plan, sobre un asunto importante y material para la aceptación del riesgo, o para el riesgo asumido por el plan.

Conoce Tus Responsabilidades

1. Comunicar a su médico primario o especialista todo lo relacionado sobre su condición de salud.
2. Informar a su médico cualquier cambio en su condición de salud.
3. Seguir el tratamiento que su especialista le ha recomendado.
4. Mantener un comportamiento adecuado que no perjudique, dificulte o evite que otros pacientes reciban la atención médica que necesitan.
5. Cuidar su salud y practicar estilos de vida saludables.
6. Informar al asegurador cualquier cobro indebido o violación de sus derechos como paciente.
7. Utilizar los servicios médicos, facilidades de servicios de salud y salas de emergencia sólo cuando sea necesario o porque su condición de salud así lo requiera.
8. Conocer todo lo relacionado a su plan de salud y los servicios que ofrece.
9. Reportar cualquier fraude relacionado con los servicios que recibe o las facilidades de salud que visitas.
10. Respetar a todos(a) los(as) profesionales de la salud.

Personas Elegibles

1. Plan Individual - Cubierta para el empleado solamente.
2. Plan Familiar – Cubierta para el empleado y dos o más dependientes directos.
3. Plan Pareja – Cubierta para el empleado y su esposo(a) o cohabitante.
4. Cubierta Empleado + un dependiente – Cubierta para el empleado y un dependiente (menor de 26 años)

Procedimientos

1. Cada asegurado o empleado del grupo llenará una solicitud de ingreso.
2. Los beneficios y servicios están sujetos a los términos y condiciones incluidas en la póliza grupal y a los copagos, deducibles, coaseguros, limitaciones y exclusiones descritas en este documento.
3. Los asegurados cubiertos recibirán los servicios en las facilidades participantes, con la presentación de la tarjeta de identificación que Humana le provee. El asegurado es responsable del pago de los deducibles o coaseguros correspondientes.
4. Servicios ofrecidos bajo este certificado no podrán ser cedidos o transferidos a ninguna otra persona.
5. Sujeto al pago de prima y de acuerdo a la Ley Núm. 161 del 1ro de noviembre de 2010, se dispone que si el plan es terminado o cancelado, o el proveedor es terminado o cancelado, se enviará notificación al paciente, con treinta (30) días calendarios de anticipación a la fecha de terminación o cancelación. El paciente podrá continuar recibiendo los beneficios del mismo durante un período de transición de noventa (90) días, contados a partir de la fecha de terminación del plan o proveedor.
 - a) Si un paciente se encuentra hospitalizado al momento de terminación del plan, y a la fecha de alta de hospitalización haya sido programada antes de dicha fecha de terminación, el período de transición se extenderá desde dicha fecha hasta un máximo de noventa (90) días después de la fecha en que sea dado de alta el paciente.

- b) En caso de que una paciente se encuentre en el segundo trimestre de embarazo a la fecha de terminación del plan, y el proveedor haya estado ofreciendo tratamiento médico relacionado con el embarazo antes de la fecha de terminación del plan, el período de transición en cuanto a los servicios relacionados con el embarazo se extenderá hasta la fecha de alta de la hospitalización de la madre por razón del parto o la fecha de alta del neonato, de los dos, la que fuere última.
 - c) En caso de que el paciente sea diagnosticado con una condición terminal, antes de la fecha de terminación del plan, y el proveedor haya estado ofreciendo tratamiento médico relacionado con dicha condición antes de dicha fecha, el período de transición se extenderá durante el tiempo restante de la vida del paciente.
6. Todo asegurado viene obligado a devolver al Tenedor de la Póliza todas las tarjetas de identificación en su poder a la fecha de terminación o cancelación de su certificado. Cuando un asegurado cancele o termine su cubierta y no devolviera las tarjetas de identificación y utilizara servicios, Humana recobrará estos gastos del patrono o directamente del asegurado. La utilización indebida de estas tarjetas constituye un acto fraudulento y penalizarle por Ley.

Procedimientos Para Atender Quejas, Querellas y Apelaciones

Humana provee a los asegurados un mecanismo sistematizado para la pronta resolución de sus quejas y querellas cuando no se sienten satisfechos con los servicios, beneficios o procedimientos. El período para la resolución de una querella es de treinta (30) días, a partir de la fecha de recibida en Humana.

Por otro lado, usted tiene el derecho a comunicarse con la Oficina del Comisionado para obtener ayuda en todo momento.

Queja: Es una expresión oral de insatisfacción o duda de parte del asegurado relacionada con un aspecto del plan médico.

Cómo presentar una queja:

1. Llamando al Departamento de Servicio al Cliente de Humana, al teléfono libre de cargos: 1-800-314-3121, o visitando una oficina de Humana.

Querella o Revisión Ordinaria: significa una queja escrita o verbal, si la misma conlleva una solicitud de cuidado urgente presentada por un asegurado, o a nombre de éste, con respecto a:

1. disponibilidad, prestación o calidad de los servicios de cuidado de la salud, incluidas las querellas relacionadas con una determinación adversa que resulte de una revisión de utilización*;
2. El pago o manejo de reclamaciones o el reembolso por servicios de cuidado de la salud; o
3. Asuntos relacionados con la relación contractual entre el asegurado y Humana.

***Revisión de utilización:** significa un conjunto de técnicas formales para supervisar los servicios de cuidado de la salud, procedimientos o lugares donde se prestan dichos servicios, o para evaluar la necesidad médica, idoneidad, eficacia o eficiencia de los mismos. Dichas técnicas podrían incluir la revisión de servicios ambulatorios, la revisión prospectiva, la segunda opinión, la certificación, la revisión concurrente, el manejo de casos, la planificación de altas o la revisión retrospectiva.

La querella formal debe de cumplir con los siguientes requisitos:

1. Usualmente iniciada a través del Departamento de Servicio al Cliente, al teléfono libre de cargos: 1-800-314-3121 o visitando alguna de nuestras oficinas.
2. Puede ser escrita dirigida a Humana a la atención de la Unidad de Querellas y Apelaciones, a través del correo postal al PO Box 191920, San Juan, Puerto Rico 00918-1920, por fax al 1-800-595-0462 o por correo electrónico a G&APuertoRicoTeam@Humana.com

Procesos y términos establecidos en el caso de querellas:

1. Del querellante o su representante personal someter su revisión ordinaria por escrito debe presentar la razón y detalle de la querella y todos los documentos, registro y otros materiales relacionados.
2. Se acusará de recibo de su comunicación (querella) en un período no mayor de tres (3) días laborables, a partir de la fecha de recibida en Humana, incluyendo los derechos del reclamante, así como los datos de la persona designada para realizar la revisión (nombre, dirección y teléfono).
3. Se contestará la querella a usted o a su representante personal, de acuerdo como usted lo estableció, en un período no mayor de treinta (30) días calendarios, a partir de la fecha de recibida en Humana. La notificación incluirá título y credenciales de las personas que participaron en el proceso de revisión ordinaria (revisores; declaración de la interpretación; la determinación de los revisores, en términos claros; la evidencia o la base contractual o justificación médica para que el asegurado pueda responder; declaración escrita de la descripción de cómo obtener el derecho a las revisiones voluntarias, procedimientos y el término para solicitar la revisión voluntaria.
4. En el caso que el reclamante no esté satisfecho con la respuesta de su apelación, tiene derecho a ser asistido por un funcionario del gobierno tal como:
 - a. Oficina del Comisionado de Seguros de Puerto Rico, a la siguiente dirección: Oficina del Comisionado de Seguros, División de Querellas, B5 calle Tabonuco Suite 216 PMB 356, Guaynabo, Puerto Rico 00968-3069 o por teléfono al 787-304-8686;
 - b. O, Abogado de su preferencia
5. Si Humana falla en cumplir con los requisitos y tiempos establecidos en esta sección, se entenderá que el asegurado ya cumplió con los requisitos establecidos y se procede con la aprobación correspondiente.

Apelación: Una solicitud verbal o escrita para una reconsideración formal por una determinación adversa, incluyendo una denegación, reducción, eliminación o falla en proveer o hacer pago.

Cómo presentar una apelación:

1. En persona en cualquier oficina de Humana en Puerto Rico (regional o central)
2. Puede ser escrita dirigida a Humana a la atención de la Unidad de Querellas y Apelaciones, a través del correo postal al PO Box 191920, San Juan, Puerto Rico 00918-1920, por fax 1-800-595-0462 o por correo electrónico a **G&APuertoRicoTeam@Humana.com**

Procesos y términos establecidos en el caso de apelaciones:

1. El reclamante debe solicitar la apelación dentro de ciento ochenta (180) días a partir de la determinación inicial.
2. Del querellante someter su solicitud de apelación por escrito debe presentar la razón de su apelación, servicio denegado y todos los documentos, registro y otros materiales relacionados a la apelación objeto a revisión.
3. Se acusará de recibo de su comunicación en un período no mayor de tres (3) días laborables, a partir de la fecha de recibida en Humana. La notificación incluirá título y credenciales del revisor; declaración de la interpretación; la determinación, en términos claros; la evidencia o documentación usada como base de la determinación; la razón(es) de la determinación adversa; referencia a las disposiciones específicas del plan médico en las que se basa la determinación; declaración de los derechos para obtener copia de los documentos; regulaciones y guías utilizados en la apelación (esta información es gratuita); orientación del proceso a seguir; explicación de la determinación médica, experimental o tratamiento investigativo (la explicación debe ser clínica o científica); declaración escrita de la descripción de cómo obtener el derecho a las revisiones voluntarias, procedimientos y el término para solicitar la revisión voluntaria. La misma se enviará por correo postal o correo electrónico, si así lo solicitara el querellante.

4. En el caso que el reclamante no esté satisfecho con la respuesta de su apelación, tiene derecho a ser asistido por un funcionario del gobierno tal como:
 - a. Oficina del Comisionado de Seguros de Puerto Rico, a la siguiente dirección: Oficina del Comisionado de Seguros, División de Querellas, B5 calle Tabonuco Suite 216 PMB 356, Guaynabo, Puerto Rico 00968-3069 o por teléfono al 787-304-8686;
 - b. O, Abogado de su preferencia;
 - c. Presentar una demanda ante un tribunal competente, incluyendo el Tribunal de Puerto Rico
5. Si Humana falla en cumplir con los requisitos y tiempos establecidos en esta sección, se entenderá que el asegurado ya cumplió con los requisitos establecidos y se procede con la aprobación correspondiente.

Apelación Externa:

Para una apelación externa, Humana está siguiendo el proceso establecido bajo la Ley Pública **11-148 conocida como "Patient Protection and Affordable Care Act"**.

Luego de haber agotado todas las opciones de apelaciones disponibles con Humana, el asegurado tiene el derecho a presentar una apelación a una Organización Externa Independiente**, a través de Humana. El término para radicar la apelación es de 120 días calendario a partir de la fecha de la determinación. Puede enviar su apelación a la siguiente dirección:

Humana Insurance of Puerto Rico, Inc.

Panel de Revisión Externa
Unidad de Querellas y Apelaciones
PO Box 191920 San Juan, P.R. 00919-1920

Fax: 1-800-595-0462

El asegurado pagará un costo nominal de \$25.00 por cada revisión externa solicitada, disponiéndose que el costo para un mismo asegurado no podrá exceder de \$75.00 por año póliza. La cantidad pagada por el asegurado le será reembolsada si ésta obtiene opinión a su favor.

**** Organización de revisión independiente:** significa la entidad que realiza una revisión externa independiente de una determinación adversa o determinación adversa final, hecha por el asegurador o la organización de revisión de utilización designada.

Apelación Expedita:

El asegurado tiene derecho a que se establezca un proceso de evaluación expedita en los casos de emergencia que pongan en riesgo su salud. Humana se comunicará con el asegurado o proveedor para indicar que recibió la apelación expedita dentro del período de 24 horas. En el caso de una apelación expedita el período no debe exceder 24 horas laborables.

El término de resolución de la apelación expedita se atenderá con la premura que requiere la condición médica del asegurado, pero no puede exceder 48 horas a partir de la fecha de recibida la apelación expedita en Humana. Se le informará al asegurado o proveedor del tiempo limitado disponible para someter evidencia o alegación de la apelación expedita.

Humana proveerá la notificación de la determinación adversa por correo postal o por medio electrónico no más tarde de los tres (3) días de la notificación verbal. La notificación final incluirá credenciales del revisor; declaración de la interpretación; la determinación, en términos claros; la descripción de la documentación utilizada, si aplica; las razones de la determinación adversa; las provisiones utilizadas para la determinación; declaración de cómo obtener los derechos a la revisión voluntaria.

Determinación adversa:

Una determinación hecha por un asegurador o una organización de revisión de utilización, en la que se deniega, reduce o termina un beneficio, o no se paga el beneficio, parcial o totalmente, ya que al aplicar las técnicas de revisión de utilización, el beneficio solicitado, según el plan médico, no cumple con los requisitos de necesidad médica e idoneidad, lugar en que se presta el servicio o el nivel o eficacia del cuidado o se determina que es de naturaleza experimental o investigativa.

La denegación, reducción, terminación o ausencia de pago de un beneficio, sea parcial o en su totalidad, por parte del asegurador o una organización de revisión de utilización, basado en la determinación sobre la elegibilidad del asegurado de participar en el plan médico.

La determinación que resulte de una revisión prospectiva o revisión retrospectiva en la que se deniega, reduce, termina o no se paga, parcial o totalmente, el beneficio.

Si Humana falla en cumplir con los requisitos y tiempos establecidos en esta sección, se entenderá que el asegurado ya cumplió con los requisitos establecidos y se procede con la aprobación correspondiente.

Usted puede solicitar a Humana una copia del formulario "Autorización Para el Uso y Divulgación de Información de Salud Protegida" para autorizar a Humana y a la entidad de revisión externa a obtener y divulgar información médica protegida por HIPAA.

Revisión Prospectiva: significa la revisión o utilización antes de que se preste el servicio de cuidado de la salud o el tratamiento al paciente, según el requisito del asegurador o asegurado para que dicho servicio o tratamiento se apruebe, en parte o en su totalidad, antes de que se preste el mismo.

Las reclamaciones prospectivas: se relaciona con las pre-autorizaciones. Estas pueden ser para servicio urgente y la determinación inicial debe proveerse en 24 horas; servicios rutinarios y la determinación inicial debe proveerse en 72 horas. Si un médico establece que la necesidad del servicio es urgente, Humana va a tratar la solicitud como urgente y no cuestionará la determinación de urgencia por parte del médico.

Revisión retrospectiva: significa la revisión de una solicitud de un beneficio que se lleve a cabo luego de que el servicio de cuidado de la salud fue prestado. "Revisión retrospectiva" no incluye la revisión de una reclamación que se limita a la evaluación de la veracidad de la documentación o el uso de los códigos correctos.

Las reclamaciones retrospectivas: se relaciona con solicitudes de reembolso o reclamos del asegurado con relación a servicios ya prestados, incluyendo la discontinuación o reducción de servicios.

Reglamentaciones de HIPAA

(Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996)

Esta reglamentación establece requisitos federales relacionados a cambios, acceso y renovación de seguros de salud grupales y a compañías que proveen seguros de salud.

Condiciones Pre-Existentes

Humana no negará cobertura médica a niños y adultos debido a una condición preexistente.

Cubierta Acreditable

Humana le proveerá un formulario de certificación de cubierta acreditable. El formulario de certificación acreditable se proveerá cuando el asegurado deje de ser cubierto por el otro plan médico o tiene cubierta por una disposición de continuación según la Ley COBRA o en el caso del asegurado por una disposición de continuación según la Ley COBRA, cuando el asegurado ya no esté cubierto por dicha disposición.

Cubierta acreditable significa, respecto a un asegurado, los beneficios de salud provistos conforme a algunos de los siguientes mecanismos:

- (1) Un plan médico, ya sea grupal o individual;
- (2) La Parte A o la Parte B del Título XVIII de la Ley del Seguro Social (Medicare);
- (3) El Título XIX de la Ley del Seguro Social (Medicaid), aparte de la cubierta que consiste solamente de beneficios en el Artículo 1928 (el programa para la distribución de vacunas pediátricas);
- (4) El Capítulo 55 del Título 10 del Código de Estados Unidos (cuidado médico y dental para los miembros y algunos ex-miembros de la uniformada, y para sus dependientes. Para propósitos del Título 10 U.S.C. Capítulo 55, “la uniformada” significa las Fuerzas Armadas y el Cuerpo Comisionado de la Oficina Nacional de Administración Oceánica y Atmosférica y del Servicio Público de Salud);
- (5) Un fondo común de riesgos de salud estatal;
- (6) Un plan médico ofrecido bajo el Capítulo 89 del Título 5 del Código de Estados Unidos (Programa de Beneficios de Salud para Empleados Federales —FEHBP, por sus siglas en inglés—);
- (7) Un plan médico público que, para propósitos de este Capítulo, significa un plan establecido o mantenido por un estado, el Gobierno de los Estados Unidos o un país extranjero o alguna subdivisión política de un estado, del Gobierno de los Estados Unidos o un país extranjero que provea cubierta a las personas afiliadas en el plan;
- (8) Un plan médico según descrito en el Artículo 5(e) de la Ley del Cuerpo de Paz, 22 U.S.C. 2504(e); o
- (9) El Título XXI de la Ley del Seguro Social (Programa de Seguro de Salud para Niños, conocido como Children’s Health Insurance Program o CHIP, por sus siglas en inglés).

No se contará un período de cubierta acreditable con respecto a la suscripción de un individuo bajo un plan médico grupal si, después de dicho período y antes de la fecha de suscripción, la persona es objeto de una interrupción sustancial de cubierta (“significant break coverage”). Se entenderá como “interrupción sustancial de cubierta” un período de sesenta y tres (63) días consecutivos durante el cual la persona no ha tenido cubierta acreditable alguna. Los períodos de espera y los períodos de inscripción no se tomarán en cuenta para efectos del cómputo de los sesenta y tres (63) días.

Anti-Discrimen

La ley prohíbe el establecimiento de reglas de elegibilidad y continuidad de elegibilidad basado en “Health Status-Related Factors”. Esto incluye: condición de salud (incluyendo ambas, física y mental), experiencia, historial médico, información genética, evidencia de pobre asegurabilidad e impedimentos. A la misma vez, no se puede excluir por género.

Nota: Como asegurado, se le entregará el Aviso sobre las Políticas, Normas y Procedimientos para el Manejo de la Información de Salud conforme al Artículo 14.060 del Código de Seguros de Salud de Puerto Rico.

Si desea más información sobre la reglamentación, puede conseguirla con su patrono o a través de la compañía de seguros.

Reglamentaciones de “Women’s Health and Cancer Rights Act of 1998” (The “Act”) Enacted on October 21, 1998

Específicamente, el Acta enmienda “ERISA” para proveer que:

“un plan de salud grupal, y un asegurador que emita cubiertas de salud... que provee beneficios médicos y quirúrgicos con respecto a mastectomías debe proveer en el caso de un asegurado que está recibiendo beneficios relacionados con la mastectomía y quien elige reconstrucción del seno relacionada con dicha mastectomía, cubierta para:

1. todas las fases de reconstrucción del seno en el cual la mastectomía ha sido realizada;
2. cirugía y reconstrucción del otro seno para producir una apariencia simétrica; y
3. prótesis y complicaciones físicas de la mastectomía, incluyendo linfedema;

de una manera determinada en consulta con el médico a cargo y el paciente. Dicha cubierta puede estar sujeta a las condiciones del deducible anual y coaseguro como haya sido apropiadamente determinado y en consistencia con los establecidos para otros beneficios en el plan o cubierta.

Nota: Para más información relacionada con esta Acta puede contactar la compañía de seguros.

Carta de Derechos de las Personas que tienen el Síndrome de Down. Ley Núm. 97 de 15 de mayo de 2018

Aseguradora seguros de salud o asegurador, contratado o en acuerdo para proveer servicios médicos en Puerto Rico deberá incluir en su cubierta pruebas, sin limitarse a, genéticas, neurología, inmunología, gastroenterología y nutrición; incluirá, además, las visitas médicas y las pruebas referidas médicamente y servicios terapéuticos con enfoque remediativo para vida independiente o vivienda asistida para adultos mayores de 21 años.

Ningún asegurador, proveedor de beneficios, administrador de beneficios, persona o institución podrá denegar o rehusar proveer otros servicios cubiertos por razón de los efectos que pueda tener la inclusión de la cubierta por el padecimiento de Síndrome de Down.

Se prohíbe cancelar una póliza de salud existente por la razón de que uno de los beneficiarios fue diagnosticado con Síndrome de Down y al momento de obtener la póliza se desconocía de su condición.

Reembolsos

No se espera que un asegurado realice pagos, excepto los copagos, coaseguros o pagos requeridos por citas no concurridas o citas canceladas sin adecuada notificación, a ninguna persona o institución por concepto de servicios cubiertos. Sin embargo, si el asegurado presenta a Humana evidencia satisfactoria de que ha pagado a un proveedor participante o no participante cargos por servicios cubiertos, el pago por dicho cargos será hecho al asegurado pero sin perjuicio a Humana por cualquier pago hecho por Humana antes de recibir tal evidencia.

Si un asegurado utiliza servicios de una facilidad no participante en Puerto Rico (excepto en los casos de sala de emergencia), el asegurado deberá pagar por dichos servicios y será reembolsado de acuerdo a las tarifas de un proveedor participante, menos el copago, coaseguro o deducible aplicable.

Si se hace un cargo a un asegurado por servicios cubiertos, se deberá proveer a Humana evidencia escrita de tal cargo dentro del período de un (1) año posterior a la prestación del servicio para recibir un reembolso. El cargo será reembolsado sólo al recibirse evidencia escrita satisfactoria a Humana de la ocurrencia, el carácter y el alcance del evento y los servicios por los cuales se lleva a cabo la reclamación. Es importante incluir el recibo de pago en original con sello oficial del proveedor. (Toda reclamación presentada a Humana posterior al período de un (1) año será denegada, aunque es elegible para revisión a través del procedimiento de quejas de Humana.)

Toda solicitud de reembolso será presentado en el formulario (Solicitud de Reembolso) provisto por Humana.

Notificación de la reclamación: Humana, luego de notificársele una reclamación, acusará recibo del reembolso dentro de los próximos quince (15) días de haberse notificado el mismo.

Revisión de Utilización

La revisión de la utilización médica se refiere a la evaluación de la necesidad médica, eficacia y la eficiencia de la utilización de los servicios de cuidado de salud, procedimientos y facilidades bajo las provisiones de los beneficios de la cubierta del plan de salud. Estas revisiones son necesarias para asegurarnos y garantizar que la calidad, puntualidad y el cuidado ofrecido son adecuados de acuerdo a las necesidades del paciente. Uno de los elementos más importantes considerados en las evaluaciones es la necesidad médica del servicio solicitado. Dicha necesidad médica está basada en la información clínica provista por el médico tratante. Este proceso constantemente supervisa la atención ofrecida y la idoneidad de los servicios médicos.

El Departamento de Utilización es liderado por un director que está a cargo de la operación diaria del programa. Está compuesto por personal clínico y no clínico. El personal clínico está debidamente acreditado y capacitado para evaluar la información clínica presentada por el médico tratante. Las determinaciones organizacionales para medicina física no se delegan a ninguna otra entidad.

Humana sigue las leyes y reglamentos establecidos por las agencias federales y el Estado Libre Asociado de Puerto Rico para asegurar la confidencialidad de la información. La confidencialidad de la información protegida se aplica a los individuos, miembros, socios, agentes, proveedores y empleados. Toda la data relacionada con la operación de la aseguradora reside en sistemas de información que están protegidos siguiendo los requisitos de seguridad y confidencialidad. Esta data está disponible por un período mínimo de seis (6) años.

Como parte del proceso del mejoramiento de la calidad, el Departamento de Utilización participa en el Comité de Utilización y en el Comité de Mejoramiento de la Calidad. Estos comités evalúan, facilitan y hacen recomendaciones a los procesos que, directa o indirectamente, afectan a la unidad. Anualmente se auditan al azar muestras representativas de los casos. Si se identifican áreas de oportunidad, se desarrollan planes de acción y corrección.

En el proceso de toma de decisiones Humana utiliza varias referencias incluyendo, pero no limitado a: guías clínicas de InterQual, políticas médicas internas (estas se establecen de acuerdo a la medicina basada en evidencia), guías médicas aprobadas y recomendadas por organizaciones nacionalmente reconocidas tales como la Red Integral Nacional del Cáncer (NCCN por sus siglas en inglés), entre otras, y los beneficios establecidos en la póliza de los asegurados. Todas ellos se revisan y actualizan periódicamente y para aquellas que así lo requieran, las licencias se renuevan anualmente. Para asegurar la uniformidad en el proceso de la toma de decisiones, el personal es capacitado periódicamente. Esto incluye adiestramientos ofrecidos por los desarrolladores de las guías y aplicaciones que utilizamos.

Las determinaciones organizacionales se manejan de acuerdo a los plazos de tiempo establecidos por la Oficina del Comisionado de Seguros de Puerto Rico. Todas las solicitudes se documentan continuamente para asegurar que se gestionan en el tiempo adecuado de acuerdo a los plazos establecidos. Las determinaciones son notificadas a los asegurados y al proveedor de servicios.

Las determinaciones prospectivas se realizan dentro de un plazo no mayor de quince (15) días a partir de la fecha en que se recibe la solicitud. Si por razones ajenas a la voluntad de la aseguradora una determinación no se puede hacer en ese período de tiempo, se podrá extender el mismo por quince (15) días adicionales. De ser necesaria una extensión, la aseguradora notificará al asegurado antes que termine el plazo inicial de quince (15) días con una justificación y le indicará la fecha en que se espera se haga la determinación. Si una determinación no se puede realizar debido a falta de información clínica, el asegurado será notificado, verbalmente o por escrito, de la información específica necesaria y se proveerá un periodo de cuarenta y cinco (45) días desde la fecha de notificación para proporcionarla. Si una solicitud de determinación no cumple con los requisitos establecidos por la aseguradora para la radicación de solicitudes, la aseguradora notificará al asegurado y proporcionará información sobre los procedimientos a seguir para la presentación de la solicitud correctamente. Esta notificación se proveerá a la mayor brevedad posible, pero en un plazo no mayor de cinco (5) días a partir de la fecha en que se recibe la solicitud deficiente.

Si una determinación de revisión concurrente ha sido certificada previamente, se considerará una determinación adversa el reducir o terminar el tratamiento antes de finalizar el plazo autorizado salvo a que se deba a una enmienda en los beneficios del plan o a la terminación del mismo. La aseguradora notificará al asegurado con antelación a la reducción o terminación. El asegurado tendrá la oportunidad de presentar una querrela antes de que se reduzca o termine el beneficio. El servicio se continuará hasta que el asegurado sea notificado de la determinación relacionada a su querrela.

Las determinaciones retrospectivas se realizan en un plazo no mayor de treinta (30) días a partir del día en que se recibe la solicitud. Si por razones ajenas a la voluntad de la aseguradora una determinación no se puede hacer en ese período de tiempo, se podrá extender el mismo por quince (15) días adicionales. De ser necesaria una extensión, la aseguradora notificará al asegurado antes que termine el plazo inicial de treinta (30) días con una justificación y le indicará la fecha en que se espera se haga la determinación. Si una determinación no se puede realizar debido a falta de información clínica, el asegurado será notificado, verbalmente o por escrito, de la información específica necesaria y se proveerá un periodo de cuarenta y cinco (45) días desde la fecha de notificación para proporcionarla.

Si un periodo para determinación es extendido debido a falta de información, el plazo se interrumpirá a partir de la fecha en que la aseguradora envíe la notificación de prórroga al asegurado hasta la que ocurra primero de las siguientes fechas: (a) la fecha en que el asegurado responde a la solicitud de información o, (b) la fecha para la cual se debió haber presentado la información. Si el asegurado no proporciona la información adicional solicitada antes que finalice el tiempo de expiración de la prórroga, la aseguradora podrá denegar el beneficio solicitado.

Las determinaciones de revisiones urgentes serán notificadas a la mayor brevedad posible tomando en consideración la condición de salud del asegurado, pero en un período no mayor de veinticuatro (24) horas desde el momento en que se recibe la solicitud, a menos que haya falta de información y la aseguradora no pueda tomar una determinación. Si una determinación no se puede realizar debido a falta de información clínica, la aseguradora notificará al asegurado tan pronto como sea posible, pero no más tarde de veinticuatro (24) horas a partir del momento en que se recibió la solicitud. Se proveerá un período no menor de cuarenta y ocho (48) horas a partir de la fecha de notificación para presentar la información específica solicitada. La notificación será verbal, o si el asegurado así lo solicita, por escrito. La aseguradora notificará la determinación lo antes posible, pero a no más tardar de cuarenta y ocho (48) horas a partir de cualquiera de estas fechas que ocurra primero: (a) la fecha en que la aseguradora recibe la información adicional o, (b) la fecha para la cual se debió haber presentado la información. Si el asegurado no proporciona la información adicional solicitada antes que finalice el tiempo de expiración de la prórroga, la aseguradora podrá denegar el beneficio solicitado.

En cuanto a las revisiones concurrentes urgentes, si un asegurado solicita una extensión de un tratamiento previamente aprobado por lo menos veinticuatro (24) horas antes del vencimiento del plazo aprobado originalmente, la aseguradora hará una determinación y la notificará al asegurado a la mayor brevedad posible teniendo en consideración su condición de salud, pero en un periodo no mayor de veinticuatro (24) horas a partir de la fecha en que se recibe la solicitud.

Todas las determinaciones adversas serán enviadas por escrito detalladamente. La notificación incluirá información sobre el beneficio solicitado, las razones específicas para la determinación, una descripción de la información adicional necesaria para completar la solicitud, el derecho del asegurado a apelar y una descripción de este proceso. Se proporcionará libre de costo cualquier guía, criterio clínico o racional que haya sido tomado en consideración para tomar la determinación.

Los servicios de emergencia serán cubiertos sin necesidad de autorización previa. No habrá límites de cobertura más restrictivos si los servicios son prestados por un proveedor no participante que los límites aplicables si el servicio es prestado por proveedores participantes. Copagos, coaseguros o deducibles tanto para proveedores participantes como no participantes podrían aplicar.

Cubierta Médica

Deducible Anual de Cubierta Médica

Deducible	Individual	Familiar
Deducible proveedor dentro de la red	\$0	\$0
Deducible proveedor fuera de la red	\$0	\$0

El deducible anual es la cantidad Individual o Familiar que se debe pagar por año póliza antes que Humana pague beneficios de la Cubierta Médica con coaseguro (%). El deducible anual solo aplica a los beneficios cubiertos con coaseguro. Los beneficios cubiertos con copago no le aplican el deducible. Una vez que el asegurado de la cubierta Individual haya alcanzado el deducible, Humana pagará por los servicios cubiertos con coaseguro, menos el coaseguro aplicable. Para la cubierta Familiar, una vez que se haya alcanzado el deducible familiar, en combinación de uno o más miembros, Humana pagará por los servicios cubiertos con coaseguro, menos el coaseguro aplicable.

Para una cubierta Individual o una cubierta familiar, existe un deducible para los servicios dentro de la red y otro deducible para los servicios fuera de la red. Todos los gastos médicos incurridos de los beneficios cubiertos con coaseguro proporcionados por proveedores dentro de la red, se aplicarán al deducible de proveedores dentro de la red. Todos los gastos médicos incurridos de los beneficios cubiertos con coaseguro (de acuerdo a las tarifas de Humana en Puerto Rico contratadas con un proveedor dentro de la red) proporcionados por proveedores fuera de la red, se aplicarán al deducible de proveedores fuera de la red.

El período de acumulación comenzará a la fecha de efectividad de la póliza y terminará al vencimiento de la misma, y de ahí en adelante desde la fecha de renovación hasta el aniversario.

Desembolso Máximo

Límite de Desembolso Máximo	Individual	Familiar
Límite de Desembolso Máximo ("MOOP") proveedor dentro de la red	\$6,350	\$12,700
Límite de Desembolso Máximo ("MOOP") proveedor fuera de la red	\$19,050	\$38,100

Esto incluye copagos y coaseguros de la cubierta médica y farmacia, además de gastos acumulados de los deducibles.

Una vez se acumule el desembolso máximo en una cubierta individual o en una cubierta familiar dentro de la red de proveedores, Humana pagará el 100% de los gastos de los beneficios cubiertos para el resto del año póliza, sujeto a los términos, limitaciones y exclusiones de la póliza

Todos los gastos incurridos de los beneficios cubiertos proporcionados por proveedores dentro de la red se aplicarán al desembolso máximo de proveedores dentro de la red. Todos los gastos incurridos de los beneficios cubiertos proporcionados por proveedores fuera de la red se aplicarán al desembolso máximo de proveedores fuera de la red.

Para el desembolso máximo se acumulan los gastos de copagos, coaseguros y deducible de su cubierta.

El período de acumulación comenzará a la fecha de efectividad de la póliza y terminará al vencimiento de la misma, y de ahí en adelante desde la fecha de renovación hasta el aniversario.

El desembolso máximo seleccionado está de acuerdo a la cantidad permitida por La Oficina del Comisionado Seguros de Puerto Rico.

Servicios Médico-Ambulatorios

A continuación los servicios cubiertos menos el copago o coaseguro aplicable:

1. Visitas a oficinas de médicos en forma ilimitada, menos copago aplicable.
2. Servicios quiroprácticos, está cubierta una (1) visita inicial, una (1) visita de seguimiento, menos copago aplicable; hasta veinte (20) manipulaciones, por asegurado por año póliza. [Menos copago de visita.]
3. Seis (6) consultas con nutricionista por asegurado por año póliza, menos copago por visita.
4. Laboratorios clínicos y radiografías, ilimitadas, menos coaseguro aplicable. Estudios genéticos requieren pre-autorización, menos coaseguro aplicable.
5. Electrocardiograma, ilimitados, menos coaseguro aplicable.
6. Sonograma, ilimitado, menos coaseguro aplicable.
7. Tomografía computarizada ilimitado, menos coaseguro aplicable. Se requiere pre-autorización.
8. Tomografías por Emisión de Positrones (PET = "Positron Emission Tomography"), ilimitado, menos coaseguro aplicable. Requiere pre-autorización.
9. Electroencefalograma, ilimitado, menos coaseguro aplicable.
10. Electromiograma, ilimitado, menos coaseguro aplicable.
11. Resonancia Magnética (MRI y MRA), ilimitado, menos coaseguro aplicable. Se requiere pre-autorización.
12. Un (1) estudio del sueño o polisomnografía por asegurado por año póliza, menos coaseguro aplicable.
13. Pruebas de Medicina Nuclear ilimitados, menos coaseguro aplicable.
14. Terapia respiratoria, ilimitado, menos copago aplicable.
15. Fisioterapias según ordenado y bajo la supervisión médica de un ortopeda o fisiatra, ilimitadas, menos copago aplicable.
16. Terapia del habla, cuando sea ordenada por un médico y rendida por un terapeuta del habla licenciado, hasta un máximo de cuarenta (40) terapias por asegurado por año póliza, menos copago aplicable.
17. Terapia ocupacional con el propósito de adiestrar y ayudar en la restauración de las funciones físicas normales y la prevención del deterioro futuro por la misma condición; como resultado de una enfermedad, un trauma, derrame o un procedimiento quirúrgico mientras esté asegurado bajo esta póliza, ilimitadas, menos copago aplicable.
18. Cirugía ambulatoria en facilidades de cirugía ambulatoria, menos copago aplicable.
19. Endoscopías, diagnósticas y terapéuticas, ilimitadas, menos copago aplicable de oficina o facilidad.
20. Litotricia, ilimitadas, menos copago de la facilidad ambulatoria por servicio. [Menos copago de facilidad o coaseguro aplicable].
21. Vasectomía en la oficina del médico, menos copago aplicable.

22. Servicios relacionados con enfermedades renales, tales como diálisis, hemodiálisis y complicaciones directamente relacionadas con la enfermedad estarán cubiertos hasta un máximo de noventa (90) días a partir de la fecha del diagnóstico de la enfermedad, tanto en facilidad ambulatoria como en hospital. En caso de admisión, aplica copago de admisión.
23. Pruebas de alergias, incluyendo extractos alérgenos, biológicos, drogas, parchos y estudios provocativos, hasta un máximo de cincuenta (50) pruebas por asegurado por año póliza, menos coaseguro aplicable.
24. Prueba de audiometría y timpanometría por indicación médica, una (1) de cada una por asegurado por año póliza, menos coaseguro aplicable.
25. Inyecciones intrarticulares, ilimitado, menos copago de oficina o copago de facilidad aplicable.
26. Servicios para el tratamiento de la obesidad mórbida, cuando sea médicamente necesario y autorizado por Humana. Una (1) cirugía bariátrica de por vida utilizando una de las siguientes técnicas: *bypass* gástrico, banda ajustable, gastrectomía en manga y de acuerdo a la Ley Núm. 212 del 9 de agosto de 2008, menos copago aplicable.
27. Cuando un asegurado se matricula voluntariamente en un programa de investigación clínica (Clinical Trial), Humana cubrirá las pruebas diagnósticas corrientes asociadas a su condición, siempre y cuando estén cubiertas como beneficios en su póliza, menos copago o coaseguro aplicable. Las pruebas no incluidas dentro de su póliza y que estén estrictamente ligadas al objetivo de la investigación, no estarán cubiertas por Humana. El proceso y el resultado del programa de investigación será responsabilidad del asegurado y del investigador.
28. Pruebas de diagnóstico y tratamiento asociadas con Hemofilia, ilimitados, menos copago o coaseguro aplicable.
29. Visitas y consultas a doctor en naturopatía ilimitadas, cubiertas conforme a Ley Núm. 210 de 14 de diciembre de 2007, menos copago o coaseguro aplicable, menos copago o coaseguro aplicable.
30. Una (1) prueba de refracción, por asegurado por año póliza, realizada por un oftalmólogo u optómetra dentro de la red de Humana Insurance, menos copago o coaseguro por visita.
31. Pruebas diagnósticas oftalmológicas.
32. Mamografías, cuando no sean prestadas como prueba preventiva requerida por ACA, sino como seguimiento a un diagnóstico o tratamiento de una condición, menos coaseguro aplicable.
33. Cirugía cervical (Cryosurgery), menos copago aplicable.
34. "Nerve Conduction Velocity", ilimitado.
35. Parafernalia de diabetes: lancetas, jeringuillas para la administración de insulina y tirillas para el equipo de medir azúcar hasta un máximo de 150 de cada uno por mes, menos coaseguro aplicable.
36. Glucómetro y la bomba de infusión de insulina que sean aprobados por la "Food and Drug Administration" (FDA) conforme a la Ley Núm. 177 de 13 de agosto de 2016, menos coaseguro aplicable. Requiere pre-autorización.

Si el endocrinólogo recomienda un glucómetro en particular debido al tratamiento que el asegurado utiliza, u ordena una bomba de insulina en particular por la necesidad del asegurado, éste someterá una justificación a Humana. Humana cubrirá el equipo específicamente ordenado por el endocrinólogo, sea un glucómetro o bomba de insulina en particular. Requiere pre-autorización.
37. Humana cubrirá el "Preparado de Aminoácidos Libre de Fenilalanina para pacientes diagnosticados con el trastorno genético con fenilcetonuria (PKU, por sus siglas en inglés), sin exclusiones de edad del paciente y para otros fines recomendados diagnóstico, prevención y tratamiento de personas con errores innatos del metabolismo, conforme a la Ley Núm. 139 del 8 de agosto de 2016.

38. Mamoplastía de reducción cubierta cuando cumple con el protocolo de necesidad médica de Humana. Se requiere pre-autorización de Humana, menos copago aplicable.
39. Medicamentos en oficina médica, incluyendo los obtenidos por farmacias especializadas, menos coaseguro aplicables. Sujeto a necesidad médica.
40. Aparatos auditivos, hasta \$250.00 por reembolso, por asegurado, por año póliza.
41. Beneficios de espejuelos – lentes y monturas o lentes de contacto, hasta \$150 por reembolso, por asegurado, por año póliza.

Servicios Preventivos

1. Servicios preventivos anuales **cubiertos al 100%** (sin copago o coaseguro) cuando sea provistos dentro de la Red de Proveedores de Humana Insurance of Puerto Rico Inc. y recomendado por el *US Preventive Task Force (USPSTF) Advisory Committee Immunization Practices of Centers for Disease Control and Prevention* y el *Health Resources and Services Administration*. Para más información y actualización sobre los servicios preventivos, visite: <https://www.uspreventiveservicestaskforce.org/Page/Name/uspstf-a-and-b-recommendations>.

- a) Examen físico de rutina (medición de estatura, peso e índice de masa corporal) para niños y adultos.
- b) El USPSTF recomienda exámenes de cernimiento de presión arterial alta en adultos mayores de 18 años. Se recomienda obtener medidas fuera del entorno clínico para la confirmación del diagnóstico antes de comenzar el tratamiento.
- c) Cernimiento para niveles de colesterol para niños y adultos.
- d) Cernimiento sobre cáncer colorectal; prueba de sangre oculta, sigmoidoscopia o colonoscopia (adultos mayores de 40 años). Los riesgos y beneficios de estos métodos varían.
- e) El USPSTF recomienda el cernimiento de obesidad en todos los adultos. Los médicos deben ofrecer o referir a pacientes con un índice de masa corporal (BMI, por sus siglas en inglés) de (30) kg / m² o superior a intervenciones conductuales intensivas.
- f) Cernimiento sobre el uso de tabaco para todos los adultos. El USPSTF recomienda que los médicos pregunten a todos los adultos sobre el consumo de tabaco, les aconseje que dejen de usar tabaco y proporcionen intervenciones conductuales y medicamentos aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos de Estados Unidos (FDA, por sus siglas en inglés) para dejar de fumar a los adultos que consumen tabaco.

Los medicamentos aprobados por la FDA para dejar de fumar están cubiertos por (90) días consecutivos por despacho y hasta (2) despachos por año.

- g) Intervenciones, incluyendo educación y consejería, para menores de edad y adolescentes para cesar el uso de tabaco.
- h) Cernimiento de diabetes mellitus gestacional en mujeres embarazadas asintomáticas después de las (24) semanas de gestación y en personas con alto riesgo de desarrollar diabetes gestacional.
- i) Los médicos deben ofrecer o referir pacientes con niveles anormales de glucosa en sangre a intervenciones intensivas de consejería conductual para promover una dieta saludable y actividad física.

Además, se recomienda el cernimiento de diabetes tipo 2 en adultos asintomáticos con presión arterial sostenida (ya sea tratada o no) mayores de (135/80) mm Hg.
- j) Cernimiento y consejería conductual de abuso de alcohol. Se recomienda que los médicos evalúen a los adultos de edad (18) años o más por el uso indebido de alcohol y proporcionen a las personas involucradas en el consumo de alimentos riesgosos o peligrosos con intervenciones breves de asesoramiento conductual para reducir el consumo indebido de alcohol.
- k) Cernimiento sobre el uso de tabaco, alcohol y sustancias controladas para niños entre 11 a 21 años de edad.

- l) Vacunas para infantes, niños y adultos, según la edad del paciente, conforme a las prácticas médicas y según recomendadas por el *Advisory Commitee Inmunization Practices of the Centers for Disease Control and Prevention / Comité Asesor de Prácticas de Inmunización (CDC)*, la Academia Americana de Pediatría y el Departamento de Salud de Puerto Rico mientras continúe como asegurado bajo este plan. Incluyendo las de seguimiento.
 - o Vacunas para adultos 21 años o más, incluyendo sus dosis/actualización (*catch-ups*), si aplica: Hepatitis A, Hepatitis B, Herpes Zoster, Human Papillomavirus, Influenza (Flu shot), Measles/Mumps/Rubella, Meningococcal (según la Carta Normativa Núm. 2011-131AV), Pneumococcal, Tetanus/Diphtheria/Pertussis, Varicella.
 - o Vacunas para niños hasta cumplir los 21 años, incluyendo sus dosis/actualización (*catch-ups*), si aplica: Haemophilus influenza type b, Hepatitis A, Hepatitis B, Herpes Zoster, Human Papillomavirus, Influenza (Flu shot), Measles/Mumps/Rubella, Meningococcal, Pneumococcal, Rotavirus, Tetanus/Diphtheria/Pertussis, Varicella, inactivated poliovirus.

- m) El USPSTF recomienda la prueba de detección de cáncer cervical cada 3 años con citología cervical sola en mujeres de 21 a 29 años. Para las mujeres de 30 a 65 años, el USPSTF recomienda la detección cada 3 años con citología cervical sola, cada 5 años con pruebas de riesgo de papiloma humano (hrHPV) solas, o cada 5 años con pruebas de hrHPV en combinación con citología (análisis).
- n) Cuidado preventivo anual para mujeres adultas y con el propósito de recibir los servicios preventivos recomendados que sean apropiados para su desarrollo y para su edad. Esta visita *Well-woman, Health and Human Services (HHS)*, por sus siglas en inglés) reconoce que varias visitas pueden ser necesarias para obtener todos los servicios preventivos recomendados, dependiendo del estado de salud de la mujer, sus necesidades de salud y otros factores de riesgo.
- o) Mamografía de cernimiento para cáncer de seno cada uno o dos años para asegurados sobre 40 años de edad; bianual para asegurados entre 50 y 74 años de edad. Esto incluye el asesoramiento sobre quimio prevención y quimio prevención de cáncer de mamas. El USPSTF recomienda que los médicos participen en la toma de decisiones compartida e informada con mujeres que tienen un mayor riesgo de cáncer de mama con respecto a los medicamentos para reducir su riesgo.

Para las mujeres que tienen un mayor riesgo de cáncer de mama y bajo riesgo de efectos adversos de los medicamentos, los médicos deben ofrecer medicamentos recetados que reducen el riesgo, como el tamoxifeno o el raloxifeno.hxgh.

- p) Papanicolaou.
- q) Examen de la próstata (PSA).
- r) Consejería conductual sobre enfermedades de transmisión sexual para todos los adolescentes y adultos que estén a mayor riesgo de infecciones de transmisión sexual.
- s) Cernimiento sobre la violencia en la pareja (IPV), incluyendo violencia doméstica, para mujeres en edad de procreación. Los médicos también proporcionarán o referirán a mujeres que muestren resultados positivos a los servicios de intervención. Esta recomendación se aplica a las mujeres que no tienen signos o síntomas de abuso
- t) Cernimiento sobre el Autismo para niños hasta 36 meses de edad.
- u) El cernimiento de osteoporosis se recomienda en mujeres posmenopáusicas menores de (65) años con mayor riesgo de osteoporosis, según determinado por una evaluación de riesgo clínico. Para mujeres de 65 años o más, el USPSTF recomienda la detección de osteoporosis con pruebas de medición ósea para prevenir fracturas por osteoporosis en mujeres de 65 años y mayores.

El cernimiento de osteoporosis se recomienda en mujeres posmenopáusicas menores de (65) años con mayor riesgo de osteoporosis, según determinado por una evaluación de riesgo clínico. Para mujeres de (65) años o más, el USPSTF recomienda la detección de osteoporosis con pruebas de medición ósea para prevenir fracturas.
- v) Cernimiento para pérdida de audición en recién nacidos.

- w) Cernimiento de niveles elevados de plomo en la sangre en niños de entre 1 y 6 años que tienen un riesgo promedio y mayor, y en mujeres embarazadas asintomáticas.
- x) Un (1) cernimiento de por vida sobre aneurisma aórtico abdominal (AAA) para hombres entre 65 – 75 años fumadores o ex fumadores.
- y) El USPSTF recomienda iniciar el uso de aspirina en dosis bajas para la prevención primaria de enfermedades cardiovasculares (CVD) y cáncer colorectal en adultos de 50 a 59 años que tienen un 10% o más de riesgo en años de CVD, no tienen un mayor riesgo de hemorragia, tienen una expectativa de vida de al menos (10) años y están dispuestos a tomar dosis bajas de aspirina diariamente durante al menos (10) años. Aspirina requiere receta médica.
- z) El USPSTF recomienda que todas las mujeres que planean o son capaces de embarazarse tomen un suplemento diario que contenga (0.4) a (0.8) mg de ácido fólico. El suplemento de ácido fólico requiere receta médica.
- aa) Hipotiroidismo: cernimiento sobre hipotiroidismo congénito en recién nacidos.
- bb) Cernimiento de displasia cervical para mujeres sexualmente activas.
- cc) Cernimiento de la enfermedad de anemia falciforme en recién nacidos.
- dd) Examen de la vista para todos los niños al menos una vez en todos los niños entre las edades de 3 y 5 años, para detectar la presencia de ambliopía o sus factores de riesgo.
- ee) Cernimiento para el trastorno depresivo mayor (mdd) en adolescentes de 12 a 18 años de edad. El examen debe implementarse con los sistemas adecuados para asegurar un diagnóstico preciso, un tratamiento efectivo y un seguimiento adecuado.
- ff) Historial médico: para todos los niños a lo largo de su desarrollo.
- gg) Evaluación del comportamiento para niños de todas las edades. Edades: 0 a 11 meses, 1 a 4 años, 5 a 10 años, 11 a 14 años, 15 a 17 años.
- hh) Cernimiento de Fenilcetonuria (PKU) en recién nacidos.
- ii) Obesidad en niños y adolescentes: el USPSTF recomienda que los médicos evalúen la obesidad en niños y adolescentes (6) años y mayores y les ofrezca o les refiere a intervenciones conductuales integrales e intensivas para promover mejoras en el estado del peso.
- jj) Cernimiento de depresión en la población adulta en general, incluyendo mujeres embarazadas y postparto. El cernimiento debe implementarse con sistemas adecuados para garantizar un diagnóstico preciso, un tratamiento eficaz y un seguimiento adecuado.
- kk) Tipificación de sangre Rh (D) y pruebas de anticuerpos para todas las mujeres embarazadas durante su primera visita para la atención relacionada con el embarazo. Además, se recomiendan las pruebas repetidas de detección de anticuerpos Rh (D) para todas las mujeres Rh (D) negativas no sensibilizadas a las (24) - (28) semanas de gestación, a menos que se sepa que el padre biológico es Rh (D) –negativo.
- ll) BRCA: Cernimiento y consejería sobre pruebas genéticas a través de herramientas que identifiquen historial familiar de cáncer del seno, cáncer de ovario, cáncer en las trompas, o cáncer peritoneal. Luego de ser identificadas como alto riesgo a una mutación genética (BRCA1 y BRCA2), el proveedor determina si la asegurada amerita hacerse una prueba de BRCA.
- mm) Cernimiento de bacteriuria asintomática con cultivo de orina para mujeres embarazadas de (12) a (16) semanas de gestación o en la primera visita prenatal, si es posterior.
- nn) Examen de sífilis para mujeres embarazadas y para adolescente y adultos o si contienen factores de riesgo a infección.
- oo) Cernimiento de clamidia y gonorrea en mujeres sexualmente activas de 24 años o menos y en mujeres mayores que tienen un mayor riesgo de infección.
- pp) Medicamento preventivo para los ojos de todos los recién nacidos para la prevención de la gonorrea.

- qq) Consejería sobre cáncer de piel para niños y adultos entre los 6 meses a 24 años sobre minimizar exposición a rayos ultravioletas para reducir el riesgo de cáncer de la piel.
- rr) Prevención de la pre-eclampsia: aspirina, se recomienda el uso de dosis bajas de aspirina (81 mg / d) como medicación preventiva después de 12 semanas de gestación en mujeres que están en alto riesgo de pre-eclampsia. Aspirina requiere receta médica.
- ss) La dieta sana y la consejería sobre actividad física para prevenir las enfermedades cardiovasculares: adultos con factores de riesgo cardiovascular, se recomienda ofrecer o referir a los adultos que están sobrepeso y tienen factores de alto riesgo de enfermedades cardiovasculares a intervenciones intensivas de orientación conductual para promover una dieta saludable y actividad física para la prevención de las enfermedades cardiovasculares.
- tt) Prevención de caries dentales: El USPSTF recomienda que los médicos de atención primaria receten suplementos orales de flúor a partir de los 6 meses para los niños cuyo suministro de agua es deficiente en fluoruro.

Se recomienda que los médicos de atención primaria apliquen barniz de flúor a los dientes primarios de todos los bebés y niños a partir de la edad de la erupción de los dientes primarios.
- uu) Salud oral: evaluación de riesgos para niños pequeños. Edades: (0) a (11) meses, (1) a (4) años, (5) a (10) años
- vv) Cernimiento de cáncer del pulmón, se recomienda la prueba de cernimiento anual para el cáncer de pulmón mediante tomografía computarizada de baja dosis, en adultos de 55 a 80 años de edad que tienen historial de fumar 30 paquetes al año y en la actualidad fuman o han dejado de fumar en los últimos 15 años. El cernimiento debe discontinuarse una vez que la persona no ha fumado durante 15 años o desarrolla un problema de salud que limita considerablemente la esperanza de vida o la capacidad o voluntad de someterse a una operación de pulmón curativa.
- ww) Cernimiento para adultos de 65 años en adelante con riesgo de sufrir caídas, se recomienda ejercicio, terapia física y el uso de vitamina D como suplemento para prevenir el riesgo de caídas.
- xx) El cernimiento de Hepatitis B también está cubierto para mujeres embarazadas en su primera visita prenatal.
- yy) Cernimiento para el virus de Hepatitis C (HVC) en personas de alto riesgo de infección. Se recomienda un cernimiento para adultos nacidos entre 1945 y 1965.
- zz) Tuberculosis: pruebas para niños con mayor riesgo de tuberculosis. Edades: (0) a (11) meses, (1) a (4) años, (5) a (10) años, (11) a (14) años, (15) a (21) años.
- aaa) Prevención de enfermedades cardiovasculares: Se recomienda iniciar el uso de estatinas en dosis baja a moderada en adultos de 40 a 75 años sin antecedentes de enfermedades cardiovasculares pero con riesgo cardiovascular a 10 años de 10% o mayor. La USPSTF recomienda que se ofrezca selectivamente estatinas en dosis baja a moderada a adultos de 40 a 75 años sin antecedentes de enfermedades cardiovasculares que tengan uno o más factores de riesgo de estas enfermedades y un riesgo calculado a 10 años de 7.5% a 10%.
- bbb) Cernimiento de preclamsia en mujeres embarazadas con mediciones de presión arterial durante el embarazo.
- ccc) Cesación de fumar: el USPSTF recomienda que los médicos pregunten a todas las mujeres embarazadas sobre el consumo de tabaco, aconsejarles que dejen de usar tabaco y proporcionen intervenciones conductuales para dejar de fumar a mujeres embarazadas que consumen tabaco.
- ddd) Detección y vigilancia del desarrollo: detección de niños menores de 3 años y vigilancia durante la infancia.
- eee) Dislipidemia: cernimiento para niños con mayor riesgo de trastornos de los lípidos. Edades: (1) a (4) años, (5) a (10) años, (11) a (14) años, (15) a (16) años.
- fff) Cernimiento para el virus de Hepatitis B para adolescentes y adultos no embarazadas. El USPSTF recomienda el cernimiento para el virus Hepatitis B para personas de alto riesgo de infección.

ggg) Cernimiento para la detección de infecciones por tuberculosis. El USPSTF recomienda el cernimiento para la detección latente para personas de alto riesgo.

2. Servicios preventivos **cubiertos al 100%** (sin copago o coaseguro) para la mujer cuando sean provistos dentro de la Red de Proveedores de Humana Insurance of Puerto Rico, Inc. y recomendados por el *US Preventive Task Force* (USPSTF) y el *Health Resources and Services Administration*. Para más información y actualización sobre los servicios preventivos, visite: <https://www.uspreventiveservicestaskforce.org/Page/Name/uspstf-a-and-b-recommendations>.
 - Anticonceptivos para la mujer y su asesoramiento: Todo método anticonceptivo para la mujer aprobado por la FDA, con receta médica, y su consejería, colocación, remoción o administración de aparatos intrauterinos, incluyendo la esterilización.
3. Servicios preventivos **cubiertos al 100%** (sin copago o coaseguro) cuando sean provistos dentro de la Red de Proveedores de Humana Insurance of Puerto Rico, Inc. y recomendados por el *US Preventive Task Force* (USPSTF) y el *Health Resources and Services Administration*. Para obtener este servicio, favor llamar a la línea de Humana Beginning al teléfono 1-866-488-5992, para el proceso de cernimiento. Recomendamos que se suscriba al programa de Humana Beginnings desde su primer trimestre de gestación. Para más información y actualización sobre los servicios preventivos, visite: <https://www.uspreventiveservicestaskforce.org/Page/Name/uspstf-a-and-b-recommendations>.
 - Apoyo integral a la lactancia materna con orientación y asesoramiento, durante el embarazo y después del parto, y el equipo y los suministros necesarios para la lactancia, incluido la bomba de lactancia con receta médica.
4. Cernimiento para el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) cubierto al 100% (sin copago o coaseguro), según las recomendaciones de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (“CDC”, por sus siglas en inglés) y conforme a la Ley 45 del 16 de mayo de 2016, como parte de las pruebas de rutina de una evaluación médica al menos una vez cada cinco (5) años, basada en el criterio clínico para personas adolescentes y adultos entre los trece (13) y sesenta y cinco (65) de edad en bajo riesgo. Para personas de alto riesgo entre las edades de trece (13) y sesenta y cinco (65) de edad se cubre anualmente.
 - Los médicos deben evaluar a todas las mujeres embarazadas para detectar el VIH, incluyendo las que se presentan al parto que no han sido examinadas y cuyo status de VIH es desconocido. Para las mujeres embarazadas, se cubren dos exámenes: 1) Una primera prueba de VIH durante el primer trimestre del embarazo en la primera visita prenatal, y 2) Una segunda prueba durante el tercer trimestre del embarazo entre las (28) y (34) semanas del embarazo.

Servicios de Hospitalización

Las admisiones a los hospitales deben ser autorizadas por Humana y provistas bajo la dirección del médico de consulta, menos el copago de admisión correspondiente. El asegurado o su tutor son responsables por el copago predeterminado para cualquier admisión específica.

Los servicios cubiertos están sujetos a lo siguiente:

Atención hospitalaria:	Menos copago de admisión aplicable
Cirugía ambulatoria:	Menos copago aplicable por servicio

1. Servicios de hospital incluidos en el per diem contratado con el hospital:
 - Habitación semi-privada o facilidad similar adecuada, ilimitada, en aquellos casos en que un asegurado utilice los servicios de una habitación privada, es responsabilidad de éste el pago de la diferencia entre el costo por servicios médicos facturados y las tarifas contratadas;
 - Uso de unidades especializadas para el servicio de cuidado crítico incluyendo: unidad de cuidado intensivo (ICU), cuidado intermedio y cuidado coronario (CCU); cuidado intensivo neonatal (NICU) y cuidado intensivo pediátrico (PICU).

- Uso de las salas de operaciones y recuperación.
 - Medicinas ordenadas por el médico durante la estadía en hospital que estén incluidas en el per diem.
 - Oxígeno y su administración.
 - Laboratorios y radiografías.
 - Materiales desechables y suero.
 - Dietas regulares y especiales.
 - Servicio regular de enfermería.
2. Servicios de Hiperalimentación, ilimitados.
 3. Prueba de Cernimiento Auditivo Neonatal Universal conforme a la Ley Núm. 311 del 19 de diciembre de 2003, incluyendo evaluaciones audiológicas dentro del cuidado de seguimiento relacionado al cernimiento auditivo.
 4. Intervenciones quirúrgicas para los beneficios incluidos en la Cubierta Médica.
 5. Agentes anestésicos y su administración, incluyendo sedación.
 6. Sonogramas, tomografías computarizadas (CT) y resonancia magnética, cualquiera de ellos ilimitados, cuando sea médicamente necesario.
 7. Electrocardiograma, ilimitados según médicamente necesario.
 8. Estudios de medicina nuclear y angiografía digital, ilimitados.
 9. Transfusiones de sangre, incluyendo el proceso autólogo, con todos sus componentes de sangre, plasma y elementos celulares, y pruebas de compatibilidad.
 10. Terapia respiratoria, ilimitadas.
 11. Terapia física hasta un máximo de veinte (20) sesiones de terapia por asegurado por estadía en hospital.
 12. Servicios relacionados con enfermedades renales, tales como diálisis, hemodiálisis y complicaciones directamente relacionadas con la enfermedad estarán cubiertos hasta un máximo de noventa (90) días a partir de la fecha del diagnóstico de la enfermedad, tanto en facilidad ambulatoria como en hospital.
 13. Servicios para el tratamiento de la obesidad mórbida, cuando sea médicamente necesario y autorizado por Humana. Una (1) cirugía bariátrica de por vida utilizando una de las siguientes técnicas: *bypass* gástrico, banda ajustable, gastrectomía en manga, de acuerdo a la Ley Núm. 212 del 9 de agosto de 2008.
 14. Procedimientos quirúrgicos en centros de cirugía ambulatorio de hospital, menos copago o coaseguro aplicable.

Trasplante o Injerto

Se cubrirán los servicios de trasplante de córnea o injerto de hueso y piel, incurridos por la persona asegurada, menos copago o coaseguro aplicable; se requiere pre-autorización. El trasplante o injerto cubierto incluye pre-trasplante, trasplante, servicios post-operatorios, y el tratamiento de complicaciones luego del trasplante o injerto.

Servicios de Salud en el Hogar

Servicio de Salud en el Hogar, autorizado por médico de cabecera y Humana.

El cuidado de salud en el hogar debe estar provisto por una agencia dedicada, licenciada y administrada de acuerdo a las reglas establecidas por un grupo de profesionales de la medicina que mantiene expedientes médicos de todos sus pacientes y que opera de acuerdo a las leyes del Estado Libre Asociado de Puerto Rico. Estos servicios estarán cubiertos si éstos comienzan dentro de los primeros catorce (14) días de haber sido dado de alta de un hospital o facilidad de enfermería diestra debido a una hospitalización de por lo menos tres (3) días y se prestan por motivo de la misma condición o en relación a la condición por la cual fue hospitalizado.

Los servicios de salud en el hogar deben ser solicitados por el médico de cabecera del asegurado. El médico debe someter un plan de cuidado y tiempo esperado de duración de los servicios de acuerdo a las necesidades individuales del paciente. El programa proveerá educación al paciente y familiares responsables del cuidado de su salud. Este beneficio se cubrirá por cuarenta (40) días inicialmente y veinte (20) días adicionales sujeto a certificación de necesidad médica.

Los servicios de salud en el hogar incluyen:

1. Cuidados de enfermería por o bajo la supervisión de un(a) enfermero(a) graduado(a).
2. Cuidado de terapia respiratoria, menos copago aplicable.
3. Recolección de muestras para estudios de laboratorio, menos coaseguro aplicable.
4. Cuidado y mantenimiento de catéteres.
5. Administración intravenosa de antibióticos.
6. Cuidado de úlceras.
7. Terapias físicas, ilimitadas, por asegurado, por año póliza, menos copago aplicable.
8. Servicios de hiperalimentación, ilimitado, menos coaseguro aplicable.

Facilidad de Enfermería Diestra

Facilidad de enfermería diestra hasta un máximo de sesenta (60) días por año póliza por asegurado, menos copago de admisión. Estos servicios estarán cubiertos si éstos comienzan dentro de los próximos catorce (14) días de haber sido dado de alta de un hospital debido a una hospitalización de por lo menos tres (3) días y si se prestan por motivo de la misma condición o en relación a la condición por la cual fue hospitalizado.

Se requiere pre-autorización. Las pre-autorizaciones se manejan de la siguiente manera: Veinticuatro (24) horas para servicios urgentes, setenta y dos (72) horas para servicios que requiere realizarse de forma expedita; catorce (14) días para servicios estándar. En el caso que no se autorice el servicio, el asegurado tiene derecho a apelar el caso. Para más referencia refiérase a la sección de "Procedimientos Para Atender Quejas, Querellas y Apelaciones".

Equipo Médico Duradero y Prótesis

1. La compra o renta de equipo médico duradero médicamente necesario, menos coaseguro aplicable. Requiere pre-autorización. A nuestra opción, se cubre el costo o el alquiler del equipo médico. Si el costo por el alquiler del equipo es mayor a la compra del equipo, Humana cubrirá hasta el costo de la compra del equipo. Nosotros no pagamos por equipos o aparatos no específicamente diseñados y dirigidos al tratamiento de una lesión o enfermedad. Incluyendo glucómetro y la bomba de infusión de insulina que sean aprobados por la "Food and Drug Administration" (FDA) conforme a la Ley Núm. 177 de 13 de agosto de 2016, menos coaseguro aplicable. Requiere pre-autorización.

Si el endocrinólogo recomienda un glucómetro en particular debido al tratamiento que el asegurado utiliza, u ordena una bomba de insulina en particular por la necesidad del asegurado, éste someterá una justificación a Humana. Humana cubrirá el equipo específicamente ordenado por el endocrinólogo, sea un glucómetro o bomba de insulina en particular. Requiere pre-autorización.

2. La inserción inicial de prótesis médicamente necesaria y sus aparatos de apoyo, excepto los excluidos. Se cubrirá el reemplazo de dicha prótesis si es determinado por el médico de la persona asegurada por motivo de cambio o crecimiento. Menos coaseguro aplicable. Requiere pre-autorización.

Servicios de Ambulancia

Emergencias manejadas a través del Sistema 9-1-1 - significa el sistema de respuesta de llamadas de emergencias de seguridad pública vía el número 9-1-1, creado en virtud de la Ley Núm. 144 del 22 de diciembre de 1994, según enmendada, conocida como “Ley para la Atención Rápida a Llamadas de Emergencias de Seguridad Pública” o “Ley de Llamadas 9-1-1”.

1. Transportación terrestre por ambulancia certificada por la Comisión de Servicio Público y el Departamento de Salud, conforme a la Ley Núm. 183 de 6 de agosto de 2008, según enmendada, a un hospital o entre facilidades de salud, ejemplo: entre un hospital y un instituto radiológico o entre una facilidad de enfermería diestra y un hospital, incluyendo emergencias siquiátricas. Los servicios de ambulancia terrestre por emergencias siquiátricas y médicas a través del 9-1-1, serán pagados en su totalidad directamente al proveedor.
2. Transportación en ambulancia terrestre por ambulancia certificada por la Comisión de Servicio Público y el Departamento de Salud, conforme a la Ley Núm. 183 de 6 de agosto de 2008, según enmendada, incluyendo emergencias siquiátricas, menos copago o coaseguro por viaje.
3. Los servicios de ambulancia terrestre por emergencias siquiátricas y médicas a través del 9-1-1, serán pagados en su totalidad directamente al proveedor. El servicio solo tendrá cubierta si el asegurado cumple con los siguientes requisitos:
 - a. El/La paciente sufrió una enfermedad o lesión para la cual no se recomiendan otros tipos de transportación;
 - b. Emergencias psiquiátricas conforme a la Ley Núm. 183 del 6 de agosto de 2008;
 - c. La condición de salud del pacientes no permite el uso de otros medios de transportación;
 - d. No es un caso cubierto por la Administración de Compensación de Accidentes de Automóviles (ACAA), la Corporación del Fondo del Seguro del Estado (CFSE) o cualquier otro seguro con responsabilidad primaria.
4. Tanto el hospital general como el hospital psiquiátrico cumplirán con todas las regulaciones de la EMTALA en los procesos establecidos para la redacción y la preparación del Protocolo para el Proceso de Traslado de Pacientes que aquí se exige y requiere.”
5. Servicios de transportación aérea y marítima por ambulancia en Puerto Rico sujeto a la necesidad médica del mismo, menos copago o coaseguro aplicable. Pre-autorización es requerida a menos que se trate de una emergencia de vida o muerte.

Servicios Para Cáncer

1. Servicios ambulatorios para tratamientos de radioterapia y quimioterapia, incluyendo los medicamentos por vía intravenosa, vía inyectable o vía intratecal; esto según sea la orden médica del médico especialista u oncólogo, según la Ley Núm. 107 del 5 de junio de 2012. Menos coaseguro aplicable.
2. Tratamiento médicamente necesario y procedimientos inyectables para el manejo del dolor de pacientes que sufren de cáncer terminal, menos coaseguro aplicable.
3. Todos los beneficios incluidos en los servicios de hospitalización, menos copago de hospital.
4. Cuidado de estomas: colostomía, gastrostomía y cistostomía.

5. Para la asegurada que esté recibiendo beneficios relacionados con la mastectomía y quien elige reconstrucción del seno relacionada con dicha mastectomía, la cubierta incluirá:
 - a) todas las fases de reconstrucción del seno en el cual la mastectomía ha sido realizada.
 - b) cirugía y reconstrucción del otro seno para producir una apariencia simétrica.
 - c) prótesis y complicaciones físicas de la mastectomía, incluyendo linfedema.
6. Vacunas contra el Virus del Papiloma Humano (VPH) según recomendado por la Ley Núm. 255 del 15 de septiembre de 2012.

De acuerdo con la Ley Núm. 275 del 27 de septiembre de 2012, todo paciente de cáncer tendrá derecho a:

- Conocer y entender el plan de tratamiento, rehabilitación y el protocolo de manejo del dolor apropiado para su caso. El paciente tendrá derecho a que su dolor sea tratado como una prioridad de tratamiento. Tendrá derecho a la aplicación de técnicas agresivas de manejo de dolor aprobadas por el *Food and Drug Administration* (FDA) y basadas en evidencia científica.
- Recibir de forma expedita copia de su expediente cuando desee una segunda opinión médica o desee consultar con otro proveedor.
- Información y asesoramiento sobre los efectos a corto y largo plazo que pueda tener sobre la fertilidad, tanto el cáncer que lo está afectando como las pruebas de detección y el tratamiento para el mismo.
- La continuidad de todos los servicios médicos y de cuidado como pruebas de detección temprana, garantizar el acceso a oncólogos, radio oncólogos y especialidades quirúrgicas involucradas en el diagnóstico inicial y tratamiento del paciente una vez se le considere sobreviviente, para la vigilancia cercana contra recurrencia y efectos secundarios de los tratamientos y el mantenimiento de la salud física y emocional del paciente sobreviviente.
- A ser incluidos en los planes de cuidado de salud grupal de su patrono, sin aumento en su aportación en comparación a todos los integrantes del grupo sin que sean excluidos de la cubierta general debido al diagnóstico previo de cáncer.
- Ninguna aseguradora privada podrá restarle beneficios o terminar la póliza de un paciente o sobreviviente pediátrico con cáncer mientras dure la emergencia de salud.
- Para los pacientes y sobrevivientes geriátricos con cáncer, se le ofrecerá información actualizada y clara acerca de la prevención, detección y tratamiento del cáncer tomando en cuenta posibles condiciones que afecten con la comunicación, las capacidades sensoriales, de movilidad o cognitivas. Tendrán el apoyo apropiado para la edad, incluyendo, pero no limitado, a servicios de apoyo comunitario, psicosocial y paliativos.
- Se incluirán como parte de las cubiertas los exámenes pélvicos y todos los tipos de citología vaginal que puedan ser requeridos por especificación de un médico para detectar, diagnosticar y tratar en etapas tempranas anomalías que pueden conducir al Cáncer Cervical.
- Proveer cubierta ampliada para el pago de estudios y pruebas de monitoreo de cáncer de seno, tales como visitas a especialistas, exámenes clínicos de mamas, mamografías, mamografías digitales, mamografías de resonancia magnética y sono-mamografías, y tratamientos como pero no limitados a, mastectomías, cirugías reconstructivas posterior a la mastectomía para la reconstrucción del seno extraído, la reconstrucción del otro seno para lograr una apariencia simétrica, las prótesis de seno, tratamiento por complicaciones físicas durante todas las etapas de la mastectomía, incluyendo el linfedema (inflamación que a veces ocurre después del tratamiento de cáncer del seno), cualquier cirugía reconstructiva post mastectomía necesaria para la recuperación física y emocional del paciente.

Servicios de Maternidad

Toda asegurada tiene cubierta, incluyendo la esposa o cohabitante e hija dependiente del asegurado principal. La estadía mínima para la paciente y su hijo recién nacido ha sido establecida por la Ley Núm. 248 del 15 de agosto de 1999 en cuarenta y ocho (48) horas para parto natural sin complicaciones y noventa y seis (96) horas para nacimiento por cesárea. Altas anteriores a lo estipulado por ley tendrán que tener el visto bueno de la paciente. La cubierta cubre una visita de seguimiento a las cuarenta y ocho (48) horas del alta, en cuya visita se puede examinar al recién nacido también. Los servicios incluirán, pero no se limitarán, a la asistencia y cuidado físico para beneficio del menor, educación sobre cuidado del menor para ambos padres, asistencia y entrenamiento sobre lactancia, orientación sobre apoyo en el hogar y la realización de cualquier tratamiento y pruebas médicas, tanto para el infante como para la madre.

Los servicios cubiertos por concepto de maternidad son los siguientes:

1. Hospitalización, menos copago de hospitalización:
 - a. Parto natural o por cesárea;
 - b. Salas de parto y recuperación;
 - c. Sala de recién-nacido (*Nursery*) e incubadora;
 - d. Cuidado intensivo neonatal (NICU);

- e. Monitoreo fetal durante el parto;
 - f. Esterilización concurrente con el parto.
2. Ambulatorio:
- a. Visitas prenatales y postnatales ilimitadas, menos copago por visita;
 - b. Vacuna RhoGAM, menos coaseguro aplicable;
 - c. Amniocentesis genética, menos coaseguro aplicable;
 - d. Esterilización ambulatoria;
 - e. Aborto espontáneo;
 - f. Monitoreo fetal ambulatorio, menos coaseguro aplicable;
 - g. Perfil biofísico cubierto en embarazos de alto riesgo;
 - h. Vacuna Synagis, conforme a la Ley Núm. 165 del 30 de agosto de 2006 y de acuerdo al protocolo aprobado por el Departamento de Salud de Puerto Rico para el tratamiento del Virus Syncytial Respiratorio.

Servicios de Pediatría

1. Visitas ilimitadas, menos copago por visita.
2. Cuidado del bebé sano (*Well Child Care*), menos copago por visita.
3. Prueba de Cernimiento Auditivo Neonatal Universal conforme a la Ley Núm. 311 del 19 de diciembre de 2003, incluyendo evaluaciones audiológicas dentro del cuidado de seguimiento relacionado al cernimiento auditivo.
4. Examen anual de acuerdo a las disposiciones de la Ley Núm. 296 del 1ro de septiembre de 2000, que incluye: evaluación física, mental, salud oral, pruebas de audición y visión y pruebas recomendadas por la Academia Americana de Pediatría.
5. Circuncisión y dilatación, durante hospitalización, en una facilidad ambulatoria o en oficina del médico, menos copago aplicable.
6. Vacunas, conforme a las prácticas médicas y según recomendadas por el Comité Asesor de Prácticas de Inmunización (CDC) y la Academia Americana de Pediatría, mientras continúe como asegurado bajo este plan. Incluyendo la vacuna contra el Virus del Papiloma Humano (VPH), según recomendado por la Ley Núm. 255 del 15 de septiembre de 2012. Para los casos de niñas y niños que han sido objeto de abuso sexual, la vacuna contra el Virus del Papiloma Humano (HPV) se cubre desde los 9 años de edad.
7. Vacuna Synagis, conforme a la Ley 165 del 30 de agosto de 2006 y de acuerdo al protocolo aprobado por el Departamento de Salud de Puerto Rico para el tratamiento del Virus Syncytial Respiratorio.
8. Cubierta para uso de equipo de alta tecnología de ventiladores para niños que sean necesarios para el mantenimiento de la vida, incluyendo niños que dependen de equipo médico como ventiladores u oxígeno suplementario, incluyendo un turno diario de 8 horas de servicios de enfermería diestra con conocimientos de terapia respiratoria o terapeutas respiratorios con conocimientos de enfermería, los suplidos necesarios para el manejo del equipo tecnológico, la terapia física y ocupacional, laboratorios y radiología, así como medicamentos recetados, que deben ser despachados por una farmacia participante de nuestra red de proveedores y debidamente autorizada bajo las leyes de Puerto Rico, según lo establece la Ley Núm. 62 del 4 de mayo de 2015, y que sea libremente seleccionada por nuestro asegurado, menos el copago correspondiente. Para aquellos que han comenzado con el tratamiento como menores de edad y cumplen los 21 años, los servicios señalados continuarán sin interrupción. Esta cubierta aplica a niños que han necesitado una traqueotomía para respirar, que requieren servicios en el hogar por el riesgo de obstrucción de la vía aérea. Esto requiere una orden médica.
9. Cuidado y tratamiento de defectos y anomalías congénitas que se hayan diagnosticado por un médico sin exclusión por condición preexistente. Esto cubre los niños recién nacidos; niños recién nacidos recién adoptados o niños recién nacidos recién colocados para adopción. Menos copago o coaseguro aplicable.
10. Pruebas diagnósticas y tratamiento asociado con Hemofilia. Esto cubre los niños recién nacidos; niños recién nacidos recién adoptados o niños recién nacidos recién colocados para adopción Menos copago o coaseguro aplicable.

Servicios en Sala de Urgencias / Emergencias

Los servicios en sala de urgencia / emergencia serán provistos sin la necesidad de autorización previa, ni períodos de espera; serán provistos, además, independientemente de que el proveedor de tales servicios de urgencia / emergencia, sea un proveedor participante de la red de Humana, conforme a la Ley Núm. 194 del 25 de agosto de 2000. Los servicios en sala de urgencia / emergencia en Proveedores No Participantes el asegurado pagará al proveedor la misma cantidad que le paga a un Proveedor Participante; siempre que exista una razón médica de peso por la cual el paciente no pueda ser transferido a un proveedor participante.

En caso de que los servicios de urgencia / emergencia sean provistos a un paciente por un proveedor no proveedor participante de la red de Humana, el paciente no será responsable del pago por los servicios que exceda la cantidad aplicable si hubiese recibido dichos servicios de un proveedor proveedor participante de la red de Humana. Humana compensará al proveedor que ofrezca los servicios y éste vendrá obligado a aceptar dicha compensación, por una cantidad que no será menor a la de los proveedores proveedor participante de la red de Humana para ofrecer los mismos servicios. Además, bajo estas circunstancias, tales servicios de urgencia / emergencia serán provistos independientemente de las condiciones del seguro médico que tiene con Humana.

En el caso de que el paciente reciba servicios de cuidado de salud posteriores a los servicios de urgencia / emergencia, o de post-estabilización, que estarían cubiertos bajo el plan de cuidado de salud, excepto por el hecho de que se trata de un proveedor no participante, Humana reembolsará al paciente por aquella parte de los costos con respecto a dichos servicios recibidos que se hubiese pagado con arreglo al plan, siempre que exista una razón médica de peso por la cual el paciente no pueda ser transferido a un proveedor participante.

Urgencias / Emergencias manejadas a través del Sistema 911 - significa el sistema de respuesta de llamadas de emergencias de seguridad pública vía el número 9-1-1.

La facilidad solicitará servicio de traslado a la unidad que estime conveniente de acuerdo a la orden médica emitida por el médico tratante para trasladar al asegurado luego de completar servicios de urgencia / emergencia o servicios de estabilización a una facilidad de Humana o ChoiceCare tan pronto sea médicamente posible. Dicho traslado no deberá en forma alguna comprometer o perjudicar la salud o tratamiento médico del asegurado. Humana asistirá en la coordinación de dicho traslado según estipulado en la Ley Núm. 194 del 25 de agosto de 2000.

1. Urgencias / Emergencias ocasionadas por accidentes están cubiertas, menos copago aplicable.
2. Urgencias ocasionadas por enfermedad están cubiertas, menos copago aplicable.
3. Emergencias ocasionadas por enfermedad están cubiertas, menos copago aplicable.
4. El copago de sala de urgencia / emergencia no aplica si el asegurado es admitido; aplica entonces el copago de admisión.

Protocolo para el Proceso de Traslados de Pacientes

De encontrarse un paciente hospitalizado en una Institución general o en una Sala de Urgencia / Emergencia y presentar algún disturbio emocional.

1. Se hará el cernimiento y evaluación del paciente según las disposiciones de la Ley Núm. 35 de 1994 y la Ley EMTALA, incluyendo los estudios correspondientes para establecer el diagnóstico.
2. Se deberá descartar el origen orgánico del cuadro que presenta antes de remitir el diagnóstico psiquiátrico.
3. Durante la evaluación, el hospital general decidirá tomar en consideración y descartar que los síntomas presentes en el momento de la emergencia tienen su etiología en una condición orgánica que provocan agitación en el paciente.
4. El personal del hospital general consultará con un profesional de la salud mental, en aras de establecer un plan de continuidad de cuidado, así como para obtener la autorización de los familiares o la persona autorizada para el traslado.
5. Se estabilizará al paciente de acuerdo a su condición física o disturbio. El requerimiento de tiempo de espera dependerá de la evaluación para condiciones orgánicas que se efectúe del estado de salud individual del paciente. En caso de envenenamiento, el hospital general será responsable de contactar el Centro de Envenenamiento para obtener de esta dependencia el tiempo que el potencial agente tóxico ingerido tomará en eliminarse del cuerpo. Dicho periodo será el tiempo mínimo a retener un paciente en sala de urgencia / emergencia antes de ser trasladado al hospital psiquiátrico.

6. Una vez se establezca la condición física del paciente, éste será trasladado al hospital psiquiátrico. Conjuntamente, se remitirá un expediente en el cual se proveerá un resumen de lo que se hizo, el resumen de los resultados en instrucciones claras de seguimiento de acuerdo al caso y la información del médico que atendió al paciente.
7. Será responsabilidad del médico del hospital general el comunicarse vía telefónica con el hospital psiquiátrico escogido en aras de presentar y explicar con detalles el caso y los síntomas de la condición que afectan al paciente. De igual manera, se coordinará la transferencia del paciente al hospital psiquiátrico.
8. El hospital psiquiátrico se comprometerá a aceptar el traslado del paciente y a atender el mismo.

En el caso en que la persona disponga de recursos económicos, incluyendo una cubierta por un plan de seguro de salud para sufragar los gastos de transportación, estos deberán ser sufragados por el paciente o su cubierta médica. En estos casos, se le pagará directamente al hospital, si fue que éste pago por dicho servicio, siendo responsabilidad del plan de seguro de salud el reembolsar dicho pago a la institución hospitalaria. De ser necesario, y en ausencia de otras alternativas, la transportación deberá ser provista por las ambulancias que prestan servicios a través del Servicio de Emergencia 9-1-1. La transportación cubrirá desde donde se encuentre la persona que necesita el servicio y hasta cualquier otra institución proveedora de los servicios hospitalarios necesarios. La transportación en ambulancia deberá cumplir con los requisitos de la Ley Núm. 35 de 1994 y de la Ley EMTALA.

Tanto el hospital general como el hospital psiquiátrico cumplirán con todas las regulaciones de la Ley EMTALA en los procesos establecidos para la redacción y la preparación del Protocolo para el Proceso de Traslado de Pacientes que aquí se exige y requiere.

Nota: Las urgencias / emergencias ocasionadas por accidentes son cubiertas al 100%. El copago de sala de urgencia / emergencia no aplica si el asegurado es admitido; aplica entonces el copago de admisión. Las urgencias / emergencias psiquiátricas estarán cubiertas con el copago correspondiente.

Procedimientos Cardiovasculares

1. Pruebas de diagnóstico y tratamiento, menos coaseguro aplicable.
2. Servicios médicos, menos copago por visita.
3. Procedimientos quirúrgicos, menos copago de facilidad.
4. Reparación o reemplazo de válvulas del corazón, marcapasos u otros dispositivos cubiertos, menos coaseguro aplicable. Marcapaso desfibrilador requiere pre-autorización.

Procedimientos Neurológicos

1. Pruebas de diagnóstico y tratamiento, menos coaseguro aplicable.
2. Pruebas neurológicas, menos coaseguro aplicable.
3. Servicios médicos, menos copago por visita.
4. Procedimientos quirúrgicos, incluyendo los neuroendovasculares, menos copago de facilidad.
5. Válvulas, y su reparación o reemplazo; y cualquier otro dispositivo que sea neurológicamente necesario, menos coaseguro aplicable.

Servicios de Salud Mental

1. Visitas a profesionales, doctores en psicología y capacitados/as por educación, adiestramiento y experiencia con las competencias necesarias para el ofrecimiento en servicios de salud en psicología, ilimitados, menos copago aplicable por visita.
2. Visitas al psiquiatra y/o psicólogos para niños y adolescentes / adultos, ilimitadas, menos copago aplicable por visita.
3. Terapias de grupo, menos copago o coaseguro aplicable por terapia.

4. Visitas colaterales, menos copago o coaseguro aplicable por visita.
5. Servicios de hospitalización, ilimitados, menos copago de admisión. Dos (2) días de hospitalización parcial equivalen a un (1) día de hospitalización regular.

Este servicio incluye la transportación de emergencia psiquiátrica por ambulancia autorizada por la Comisión de Servicio Público y el Departamento de Salud conforme lo establece el último párrafo del Artículo 4.20 (b) de la Ley Núm. 183 del 6 de agosto de 2008.

Servicios de Alcoholismo y Dependencia de Sustancias

1. Visitas a profesionales, doctores en psicología y capacitados/as por educación, adiestramiento y experiencia con las competencias necesarias para el ofrecimiento en servicios de salud en abusos de sustancias, ilimitados, menos copago aplicable por visita.
2. Visitas al psiquiatra y/o psicólogo de niños y adolescentes / adultos, ilimitadas, menos copago aplicable por visita.
3. Terapias, tratamiento y seguimiento en uno o más niveles de servicio, que puede combinar múltiples tipos de terapia, ilimitados, menos copago aplicable.
4. Tratamiento residencial, ilimitado, menos copago aplicable.
5. Servicios de hospitalización, ilimitado, menos copago de admisión. Dos (2) días de hospitalización parcial equivalen a un (1) día de hospitalización regular.

Autismo

Se reconoce el Autismo como una condición de salud. De acuerdo a la Ley Núm. 220 de 4 de septiembre de 2012, el Departamento de Salud y utilizando las Guías de la Academia Americana de Pediatría, se cubren servicios dirigidos al diagnóstico y tratamiento de las personas con Desórdenes dentro del Continuo del Autismo.

Estos beneficios se concentran, pero no se limitan a: genética, neurología, inmunología, gastroenterología, nutrición, terapias del habla y lenguaje, psicológicas, ocupacionales y físicas, que incluirán las visitas médicas y las pruebas referidas médicamente. Estos servicios están sujetos a los copagos o coaseguros aplicables, si alguno, en este Certificado, excepto para el cernimiento de autismo en niños hasta 36 meses de edad.

Otros Beneficios

Servicio Médico-Ambulatorios

1. Tratamiento de enfermedades y desórdenes de los pies y tobillos, incluyendo inyecciones y procedimientos quirúrgicos, menos copago de visita o copago de facilidad.
2. Pruebas de SPECT, menos coaseguro aplicable. Se requiere pre-certificación.
3. Aparatos ortopédicos: yesos, entablillados, abrazaderas y muletas, menos coaseguro aplicable.
4. Laparoscopia cubierta en facilidades ambulatorias o en hospital, menos copago aplicable por servicio.
5. Circuncisión a adultos, menos copago aplicable.

6. Biopsias del seno, menos copago aplicable.
7. Bloqueos epidurales para el manejo del dolor administrados por un especialista medicamente cualificado y reconocido, uno (1) por región anatómica por asegurado por año póliza, menos copago aplicable.
8. Cirugía reconstructiva por heridas sufridas en un accidente mientras el asegurado esté cubierto bajo esta póliza y no esté cubierto por otro programa (ACAA, FSE, etc.), menos copago aplicable.
9. Tratamiento asociadas con Hepatitis C, menos copago o coaseguro aplicable.

10. Servicios de rehabilitación cardiovascular en un centro dedicado a este tipo de servicio. Incluye los servicios por un profesional licenciado y enfermeras registradas. El programa de rehabilitación debe incluir educación y ejercicios supervisados que lleven al reconocimiento de un factor de riesgo, manejo y mejorar la capacidad de realizar el ejercicio. Este beneficio no incluye programas de mantenimiento. El programa no debe exceder más de doce (12) sesiones por asegurado por ocurrencia, menos copago aplicable. Requiere pre-autorización.
11. Asistente quirúrgico cuando sea medicamento necesario; se requiere pre-autorización, menos coaseguro aplicable.
12. Cirugía maxilofacial, diagnóstico y servicios terapéuticos por lesiones sufridas en un accidente, fracturas de quijada, neoplasmas, lesiones a los dientes naturales, incluyendo su reemplazo dentro de un periodo de seis meses siguientes del accidente, considerando que el asegurado estaba cubierto bajo esta póliza al momento de ocurrir el accidente, menos copago aplicable. Requiere pre-autorización.
13. Vacunas de alergias, hasta un máximo de veinte (20) vacunas por asegurado por año póliza, menos coaseguro aplicable.
14. Servicios de anestesia y servicios de hospitalización, ilimitados, conforme a la Ley Núm. 352 del año 1999; requieren pre-autorización. Estos servicios estarán disponibles cuando el asegurado tenga cubierta dental con Humana y cuando ocurra al menos uno de los siguientes escenarios:
 - a. cuando un dentista pediátrico, un cirujano oral o maxilofacial miembro de la facultad médica de un hospital, licenciado por el Gobierno de Puerto Rico, determine que la condición o padecimiento del paciente es significativamente compleja conforme a los criterios establecidos por la Academia Americana de Odontología Pediátrica.
 - b. cuando el paciente por razón de edad, impedimento o incapacidad está imposibilitado de resistir o tolerar dolor, o cooperar con el tratamiento indicado en los procedimientos dentales;
 - c. cuando el infante, niño, niña, adolescente o persona con impedimento físico o mental tenga una condición médica en que sea indispensable llevar a cabo el tratamiento dental bajo anestesia general en un centro quirúrgico ambulatorio o en un hospital, y que de otra forma podría representar un riesgo significativo a la salud del paciente;
 - d. cuando la anestesia local sea inefectiva o contraindicada por motivo de una infección aguda, variación anatómica o condición alérgica;
 - e. cuando el paciente sea un infante, niño, niña, adolescente, persona con impedimento físico o mental, y se encuentre en estado de temor o ansiedad que impida llevar a cabo el tratamiento dental bajo los procedimientos de uso tradicional de tratamientos dentales y su condición sea de tal magnitud, que el posponer o diferir el tratamiento resultaría en dolor, infección, pérdida de dientes o morbilidad dental;
 - f. cuando un paciente haya recibido un trauma dental extenso y severo donde el uso de anestesia local comprometería la calidad de los servicios o sería inefectiva para manejar el dolor y aprehensión.

Para evaluar los servicios, se deberá enviar orden médica con el diagnóstico del asegurado, así como las razones que justifican el uso de anestesia general y hospital. Humana aprobará o denegará la solicitud, conforme a los criterios previamente establecidos, en un término no mayor de dos (2) días contados a partir de la fecha en que el asegurado someta toda la documentación requerida.

Los documentos a ser requeridos serán:

- a) orden médica con diagnóstico(s) de asegurado,
- b) condición médica del asegurado,
- c) razones que justifiquen que el asegurado reciba anestesia general para realizarse el tratamiento dental de acuerdo a los criterios establecidos previamente.

Hospicio

Programa de Cuidado de Hospicio, significa un programa interdisciplinario coordinado y diseñado para cumplir las necesidades físicas, psicológicas, sociales y espirituales de una persona con una enfermedad terminal y a los miembros de su familia. Proveyendo apoyo médico de enfermería y otros servicios en su hogar u hospitalizado. La facilidad de hospicio debe estar licenciada de acuerdo las leyes del Estado Libre Asociado de Puerto Rico. Debe proveer un programa de tratamiento a

un asegurado que ha sido diagnosticado con no probabilidad de cura de su enfermedad, según establecido por su médico de cabecera, con una expectativa de vida de menos de seis (6) meses como resultado de su enfermedad.

Humana pagará los beneficios por cargos de un programa de cuidado de hospicio que sea sometido por escrito y aprobado por nosotros. El asegurado deberá someter por escrito su intención de matricularse en el programa de cuidado de hospicio aprobado por nosotros. Todos los servicios de hospicio están sujetos al copago o coaseguro de admisión aplicable. Todos los servicios deberán ser recibidos dentro de un período de doce (12) meses. Requiere pre-autorización.

Trasplante de Órganos y Tejidos

Se pagarán beneficios de un Trasplante de Órgano cubierto como se define más adelante, incurrido por la persona asegurada y por un órgano aprobado por adelantado por Humana, sujeto a las condiciones y limitaciones descritas más adelante y contenidas en la póliza. Los servicios están sujetos a los copagos o coaseguros aplicables. Favor de comunicarse con el Departamento de Manejo de Trasplantes de la compañía cuando tenga necesidad de estos servicios.

Un Trasplante de Órgano cubierto significa solamente los servicios, cuidado y tratamiento recibido por o en conexión con el trasplante de órgano pre-aprobado identificado más adelante, que ha sido determinado como médicamente necesario por Humana y que no sea experimental o investigativo.

El trasplante de órgano cubierto incluye pre-trasplante, trasplante, cualquier quimioterapia y servicios relacionados, servicios post-operatorios, y el tratamiento de complicaciones luego del trasplante, solamente de los siguientes órganos:

- a) Corazón
- b) Pulmón(es)
- c) Corazón-pulmón
- d) Hígado
- e) Riñón
- f) Médula Ósea
- g) Intestino
- h) Páncreas/riñón simultáneamente
- i) Páncreas luego del riñón
- j) Cualquier órgano no listado pero requerido por una ley estatal o federal.

El término médula ósea identificado dentro de la definición de trasplante de órgano cubierto se refiere al trasplante de células precursoras de sangre humana que son administradas al paciente luego de una alta dosis de quimioterapia que sea ablativa o mielosupresiva. a) Dichas células pueden ser derivadas de la médula ósea, sangre en circulación, o la combinación de la médula ósea y sangre en circulación obtenida del paciente en un trasplante autólogo, o de un donante compatible, sea pariente o no, de sangre del cordón umbilical. b) Si la quimioterapia es parte integral del tratamiento que envuelve un trasplante de órganos cubierto de médula ósea, el concepto de médula ósea incluye la cosecha, el trasplante y la quimioterapia. c) El almacenamiento de sangre del cordón umbilical o de células madre no estará cubierto a menos que sea una parte integral de un trasplante de órgano cubierto de médula ósea aprobado por Humana.

Se requiere previa autorización escrita por parte de Humana para que un trasplante de órgano cubierto sea considerado totalmente aprobado.

- a. El asegurado o médico a cargo deberá notificar a Humana por adelantado sobre la necesidad de una evaluación para determinar si el trasplante de órganos será cubierto. Una vez recibida la petición, Humana contacta al asegurado y al proveedor en los próximos cinco (5) días laborables para proveerle los beneficios. Si el producto ofrece cubierta de trasplante y el asegurado ha seleccionado la facilidad para llevar a cabo el trasplante, Humana aprueba una evaluación

- al paciente. El asegurado o médico a cargo deberá enviar la solicitud para una evaluación pre trasplante a Humana dentro de los próximos cinco (5) días laborables,
- b. Humana se comunicará con el asegurado y el médico para notificarle los detalles de la cubierta. Si el producto ofrece cubierta de trasplante, una vez el asegurado seleccione la facilidad, se aprueba la evaluación.
 - c. Una vez la facilidad determine que el paciente es un candidato para trasplante, la facilidad se comunica con Humana. En el caso de órganos sólidos, no se necesita revisión médica. Humana le confirma al paciente que es elegible para el trasplante y procede con la aprobación el mismo día. La facilidad somete siete (7) puntos o artículos y una vez Humana los recibe, procede con una determinación de trasplante.
 - d. Humana revisará los resultados clínicos de la evaluación antes de rendir una determinación. Una vez la facilidad determine que el paciente es candidato para trasplante, lo notifica a Humana. Se confirma que el asegurado aún esté elegible y se procede con la aprobación ese mismo día..
 - e. En los casos de trasplante de médula ósea la facilidad deberá someter la documentación requerida para revisión médica y determinación final.
 - f. Si el trasplante se deniega, se le explica verbal y por escrito al proveedor y al asegurado sus derechos de apelación a través del proceso de *Quejas, Querellas y Apelaciones*.

Servicios Cubiertos:

Para Trasplantes de Órganos aprobados y complicaciones relacionadas, se cubrirán solamente los siguientes gastos:

1. Los beneficios de hospital descritos en la cubierta de beneficios de Hospital se pagarán a (a) 100% de cargos razonables si son recibidos en un hospital participante designado por nosotros como una facilidad aprobada para trasplantes; y (b) 70% de cargos razonables si los servicios son recibidos en un hospital no participante.
Los servicios médicos descritos en la sección de beneficios médicos se pagarán a: (a) 100% de cargos razonables si son recibidos por un proveedor participante designado por nosotros como un proveedor aprobado para trasplantes; y (b) 70% de los cargos razonables si recibidos por un proveedor no participante.
2. Adquisición del órgano y costos del donante: (a) Excepto por el trasplante de médula ósea, los costos del donante no serán pagados bajo la póliza si son elegibles para pago total o en parte por otro plan grupal, compañía de seguros, organización u otra persona que no pertenezca a la familia o caudal del donante. (b) La cubierta para los procedimientos del trasplante de médula ósea incluirá los costos asociados del paciente-donante al mismo grado y con las mismas limitaciones asociadas con el asegurado, excepto que los costos razonables de la búsqueda de un donante pueden estar limitados a la familia inmediata y al Programa Nacional de Donantes de Médula Ósea.
3. Los gastos directos no-médicos* de la persona asegurada recibiendo el trasplante de órgano cubierto se pagarán para: (a) transportación hasta y desde el hospital donde se realice el trasplante de órgano; y (b) hospedaje temporero en un local previamente coordinado hasta un máximo de \$75.00 por día, si es requerido por el hospital y aprobado por Humana.
Los costos de transportación de la persona asegurada hasta y desde el hospital donde se realice el trasplante de órgano, se pagarán: (a) 100% de cargos razonables si el trasplante de órgano cubierto es recibido en un hospital participante designado por nosotros como una facilidad aprobada para trasplantes; y (b) 70% de los cargos razonables si el trasplante de órgano cubierto es recibido en un hospital no participante.
La cubierta para estos costos directos no-médicos* estará disponible solamente si la persona asegurada recibe el trasplante en los Estados Unidos.
4. Los gastos directos no-médicos* de un familiar inmediato de la persona asegurada (dos familiares si el paciente es menor de 18 años) se pagarán para: (a) transportación hasta y desde la facilidad aprobada donde se realice el trasplante de órgano cubierto; y (b) hospedaje temporero en un local previamente coordinado durante la estadía de la persona asegurada en el hospital, que no exceda de \$75.00 por día.
Los costos de transportación del familiar(es) inmediato de la persona asegurada hasta y desde el hospital donde el trasplante de órgano cubierto es recibido.
La cubierta para estos costos directos no-médicos estará disponible solamente si el familiar inmediato de la persona asegurada lo acompaña a los Estados Unidos donde el trasplante será realizado.

*Los gastos directos no médicos son los gastos que Humana paga para transportación y hospedaje de un familiar que acompaña al asegurado que se va a realizar un trasplante en los Estados Unidos. Todos los gastos directos no-médicos de la persona asegurada recibiendo el trasplante de órgano cubierto y su familiar(es) inmediato están limitados a una cubierta máxima combinada de \$10,000.

Exclusiones:

Ningún beneficio se pagará por o en conexión con el trasplante de órgano:

1. Si no somos contactados para la previa autorización del referido para la evaluación del trasplante de órgano cubierto, a menos que dicha autorización sea renunciada por Humana.
2. No se cubrirá el trasplante de órgano cubierto si no cumple con los requerimientos establecidos en la sección "Trasplante de Órganos y Tejidos".
3. Si los gastos son elegibles para ser pagados bajo algún fondo de investigación público o privado, programa del gobierno excepto Medicaid, u otro programa con fondos disponibles para trasplante, hayan sido solicitados o recibidos, o no.
4. Si el gasto es relacionado a la transportación de un trasplante o tejido que no sea humano, a menos que esté estipulado en la póliza.
5. Si los gastos están relacionados a la donación o adquisición de un órgano para el recipiente que no está cubierto por Humana.
6. Si un trasplante de órgano es denegado y realizado; esto incluye la evaluación pre-trasplante, el procedimiento del trasplante, el cuidado de seguimiento, los medicamentos inmunosupresores y las complicaciones de dicho trasplante.
7. Si la persona asegurada para quien se solicita el trasplante de órgano no cumple con los criterios de pre-trasplante establecidos por Humana.

Tan pronto sea aprobado el trasplante de órgano cubierto, notificaremos al médico de la persona asegurada. Los beneficios son pagaderos solamente si los servicios de pre-trasplante, el trasplante de órgano cubierto y los servicios post-operatorios han sido aprobados por Humana.

Servicios Fuera de Puerto Rico

Servicios Rendidos en los Estados Unidos

Si un asegurado necesita someterse a un procedimiento, tratamiento, prueba o visita médica en los Estados Unidos como segunda opinión, seguimiento, podrá someter evidencia del gasto y le reembolsaremos de acuerdo a las tarifas establecidas para dicho tratamiento en Puerto Rico. Aplica el copago o coaseguro del beneficio que se describe en esta cubierta médica. Se requiere pre-autorización en los servicios que así lo requiera este Certificado.

Esto no incluye los beneficios no disponibles en Puerto Rico, disponibles en Estados Unidos. Para estos beneficios, refiérase a la Sección Servicios No Disponibles en Puerto Rico, Disponibles en Estados Unidos de América.

Servicios de Emergencia Fuera de Puerto Rico

I. Servicios de Emergencia en los Estados Unidos:

A. Servicios recibidos en un proveedor participante de la red de Humana o ChoiceCare:

1. Siempre que sea posible los servicios de emergencia deben ser recibidos en un proveedor participante de la red de Humana o ChoiceCare.
2. Humana en Puerto Rico tiene que recibir notificación de todos los servicios de emergencia dentro de las setenta y dos (72) horas del asegurado haber recibido los servicios.
3. Los pagos por servicios de sala de emergencia y admisiones posteriores provistas por un proveedor participante se pagarán de acuerdo a la Sección Servicios en Sala de Urgencia/Emergencia de este Certificado, menos copago o coaseguro aplicable.

B. Servicios recibidos en un proveedor no participante de la red de Humana o ChoiceCare:

1. Los pagos por servicios de sala de emergencia y provistas por un proveedor no participante se pagarán de acuerdo a la cubierta de beneficios de la póliza para servicios de emergencia, menos copago o coaseguro aplicable que aparece descrito en la póliza.

2. Humana tiene que recibir notificación de todos los servicios de emergencia dentro de las setenta y dos (72) horas del asegurado haber recibido los servicios.

Humana transferirá al asegurado luego de completar servicios de emergencia o servicios de estabilización a una facilidad de Humana o ChoiceCare tan pronto sea médicamente posible. Dicho traslado no deberá en forma alguna comprometer o perjudicar la salud o tratamiento médico del asegurado. Humana asistirá en la coordinación de dicho traslado.

II. Servicios de Emergencia Rendidos Fuera de los Estados Unidos o Puerto Rico

- A. Se reembolsará al asegurado el 100% de la tarifa contratada para unos servicios similares por un proveedor en Puerto Rico o los cargos facturados, lo que sea menor, menos los copagos, coaseguros y deducibles aplicables que aparecen descritos en la póliza.
 1. Si el asegurado requiere ser hospitalizado y no puede ser trasladado a un proveedor participante en Puerto Rico o en los Estados Unidos, Humana tratará de negociar la mejor tarifa posible con la de un proveedor no participante, para beneficio del asegurado.
 2. Si el asegurado puede ser transportado sin riesgo alguno a un proveedor participante en los Estados Unidos o en Puerto Rico, entonces sólo el copago de admisión aplicará o el deducible correspondiente.

Nota: Todas las reclamaciones por servicios provistos fuera de Puerto Rico o de los Estados Unidos tienen que ser sometidas a Humana con toda la evidencia de los servicios médicos rendidos, dentro de un periodo de un (1) año a partir de la fecha en que fueron provistos o a la fecha de alta, lo que ocurra después, para asegurar reembolso cuando aplicable.

Servicios Ambulatorios Para Dependientes Estudiantes Universitarios en los Estados Unidos de América

Dependiente estudiando en una universidad en los Estados Unidos de América, como se incluye en la definición de dependiente, incisos (b) al (g), puede recibir cubierta para los servicios médicos ambulatorios brindados por proveedores participantes en los Estados Unidos de América. Para recibir cubierta, deben cumplirse las siguientes condiciones:

- El dependiente cursando estudios universitarios, conforme a la definición de dependiente, incisos (b) al (g), debe ser elegible para recibir cubierta bajo este Plan y los servicios ambulatorios recibidos en los Estados Unidos deben ser servicios cubiertos en este Certificado.
- El estudiante universitario asegurado deberá ser estudiante a tiempo completo en una universidad acreditada en los Estados Unidos. Para efectos de este requisito, se entenderá que el estudiante está a tiempo completo si cursa doce (12) créditos; seis (6) créditos en el caso de estudiantes que cursan estudios graduados. Cualquier excepción a esta presunción, deberá ser certificada por la institución universitaria.
- Para recibir servicios, el asegurado deberá coordinar y obtener pre-autorización de Humana para los servicios que así lo requiera este Certificado, a menos que los servicios cumplan con los criterios de urgencia o emergencias establecidos en este Certificado.
- Los servicios brindados por un proveedor de la red de proveedores de Humana o *Choice Care* se pagarán conforme a los beneficios establecidos en este Certificado. Aplicará cualquier copago, coaseguro y/o deducible establecido en este Certificado.
- Si el servicio es brindado por un proveedor no participante de la red de Humana o *ChoiceCare*, el servicio se pagará conforme a las tarifas contratadas para servicios similares en Puerto Rico, menos el copago, coaseguro y/o deducible que aplique. El asegurado será responsable de la diferencia entre la tarifa contratada de Humana en Puerto Rico y los cargos que facture la facilidad médica.

Importante:

1. *ChoiceCare* es una red de proveedores, incluyendo médicos y hospitales, participantes de la red de Humana en los Estados Unidos. El asegurado no tiene que contactar a *ChoiceCare* para acceder un servicio cubierto. El logotipo en la tarjeta será el identificador para el proveedor. Debido a que los servicios requieren pre-autorización y coordinación, Humana ayudará al estudiante asegurado a identificar la instalación o el proveedor más apropiado. El directorio completo de *ChoiceCare* está disponible por Internet en www.humana.com.

Para coordinar servicios o recibir pre-autorización, el estudiante asegurado debe comunicarse con el Departamento de Servicio al Cliente de Humana al 1-800-314-3121.

Servicios No Disponibles en Puerto Rico, Disponibles en los Estados Unidos

Este beneficio es para servicios no disponibles en Puerto Rico, disponibles en Estados Unidos de América, incluyendo equipo, tratamiento y facilidades, entre otros. El servicio tiene que ser coordinado y pre-autorizado con Humana en Puerto Rico.

- A) Humana cubrirá los servicios **solamente si las siguientes cinco condiciones se cumplen**.
1. El asegurado debe estar cubierto por el plan, y los servicios solicitados deben estar cubiertos dentro de los beneficios de la póliza.
 2. El proveedor que refiere tiene que demostrar que el equipo, tratamiento o facilidades médicas requeridas para proveer el tratamiento necesario al asegurado no están disponibles en Puerto Rico. Un servicio no se determinará no disponible en Puerto Rico si la petición para el servicio provisto fuera de Puerto Rico envuelve una modificación al equipo, técnica o procedimiento quirúrgico disponible en Puerto Rico o está basado en la reputación o reconocimiento de un proveedor en específico.
 3. El servicio tiene que ser coordinado y pre-autorizado con Humana en Puerto Rico con por lo menos cinco días laborables de anticipación a la fecha del servicio.
 4. Los servicios tienen que ser provistos por proveedores/facilidades participantes de la red de Humana Humana o ChoiceCare.
 5. Todos los servicios en esta sección están sujetas a copagos, coaseguros y deducibles aplicables.
- B) Si el servicio o tratamiento no es autorizado ni coordinado con Humana en Puerto Rico, el asegurado será responsable por la totalidad del pago del servicio o tratamiento. Humana reembolsará al asegurado basado en las tarifas contratadas en Puerto Rico, menos copagos, coaseguros y deducibles aplicables; solamente si las condiciones A1 y A2 se cumplen. Para recibir reembolso, el asegurado debe proveer a Humana toda la evidencia médica y financiera necesaria dentro del periodo de un (1) año desde la fecha del servicio o del alta.

Importante:

1. *ChoiceCare* es una red de proveedores, que incluye médicos y hospitales, contratada por Humana en los Estados Unidos. El asegurado no tiene que contactar a *ChoiceCare* para acceder un servicio cubierto. El logo en la tarjeta será el indicador para el proveedor. Además, por cuanto los servicios requieren coordinación y pre-autorización, Humana ayudará al asegurado a identificar el proveedor o facilidad apropiada. Un directorio completo de *ChoiceCare* está disponible en el Internet en: www.humana.com
2. El proceso de coordinación o pre-autorización es simple, sólo tiene que llamar al Departamento de Servicio al Cliente de Humana al 1-800-314-3121.

Exclusiones de la Cubierta Médica

1. Procedimientos y/o servicios de salud que estén en etapas experimentales o investigativas en los cuales no se les reconoce por evidencia clínica documentada en la literatura médica de los Estados Unidos de América, excepto de que se trate de una condición que amenaza la vida del asegurado para la cual no exista un tratamiento efectivo. Humana pagará por los gastos médicos rutinarios ordenados que no sean pagados por la entidad que llevará a cabo el estudio.
2. Gastos relacionados con enfermedades o lesiones que resulten de guerras o condiciones de motín.
3. Enfermedades o accidentes que sean elegibles para ser cubiertos bajo la Ley del Fondo del Seguro del Estado (FSE) , incluyendo los casos en que no se haya cumplido con el proceso de reclamación establecido bajo dicha legislación. En el caso que Humana determine ha hecho pagos de reclamaciones de estas enfermedades o accidentes que debieron ser elegible para cubierta alterna, Humana podrá recobrar la totalidad de la cantidad pagada al asegurado o a la parte que se le hizo el pago por la enfermedad o accidente.
4. Accidentes de automóvil, incluyendo los cubiertos por la Administración de Compensación por Accidentes de Automóviles (ACAA).
5. Gastos ocasionados por servicio militar, guerra, insurrección civil o conflicto internacional armado; excepto en aquellos casos donde los servicios recibidos están relacionados a una lesión sufrida mientras que el asegurado estuvo activo en el ejército (service connected), en cuyo caso Humana recobrará a la Administración de Veteranos.
6. Accidentes que ocurran mientras el asegurado se encuentre participando en algún tipo de carrera, como automóviles, motoras, "four track", o botes; o en otras pruebas de velocidad en áreas preparadas para dicho tipo de actividad o en cualquier otro lugar.
7. Servicios provistos o cubiertos por alguna legislación estatal o federal, por lo cual el asegurado no está legalmente obligado a pagar.
8. Servicios gratuitos, rendidos por esposo(a), padres, familiares o hijos del asegurado.
9. Hospitalizaciones para procedimientos que pueden realizarse de forma ambulatoria.
10. Hospitalización para fines puramente diagnósticos; servicios de custodia, y servicios relacionados a convalecencia o descanso.
11. Servicios que se presten mientras la póliza no esté en vigor.
12. Prótesis electrónicas, incluyendo el "myoelectric arm" y el implante coclear, y la remoción o inserción de cualquier dispositivo y cualquier otra que no esté descrita como cubierta, excepto la prótesis en caso de mastectomía y las descritas como cubiertas.
13. Servicios considerados no razonables o no médicamente necesarios para el diagnóstico o tratamiento de una enfermedad o lesión.
14. Gastos por servicios de convalecencia o comodidad personal, o por servicios de custodia durante una hospitalización, enfermera privada, excepto en los casos de servicios de salud en el hogar autorizados por Humana. Artículos de uso personal tales como teléfono, televisión y "admission kit".
15. Música terapia.
16. Cirugía cosmética, excepto "septoplasty" cuando sea médicamente justificada y con previa autorización.
17. Reparación o reemplazo de instrumentos o aparatos prostéticos debido al uso y deterioro normal.
18. Calzado correctivo.
19. Servicios, tratamientos y terapias de medicina alternativa por médicos u otro profesional certificado, excepto visitas a doctores en naturopatía.
20. Servicios de acupuntura por médicos u otro profesional certificado.
21. Medicina deportiva.

22. Deformidades congénitas genéticas y deformidades congénitas metabólicas excepto en recién nacidos, niños recién nacidos recién adoptados o niños recién nacidos recién colocados para adopción.
23. Tratamientos relacionados con infertilidad o impotencia. Excepto pruebas para detectar infertilidad.
24. Gastos por exámenes físicos de rutina requeridos a adultos por el patrono o para certificados médicos para cualquier tipo de licencia, y todos los exámenes diagnósticos o servicios relacionados con estos propósitos, excepto el examen anual requerido en la Ley Núm. 296 del 1ro de septiembre de 2000, que incluye: evaluación física, mental, salud oral, pruebas de audición y visión y pruebas recomendadas por la Academia Americana de Pediatría.
25. Gastos por servicios de "multiphasic screenings".
26. Abortos electivos.
27. Cirugía de acné y tratamiento de acné, incluyendo medicamentos.
28. Hormonas de crecimiento y todo tratamiento relacionado.
29. Medicamentos recetados y no recetados; suplementos dietéticos y otros suplementos; y artículos y materiales provistos en forma ambulatoria que no han sido identificados específicamente como servicios cubiertos en la póliza.
30. Trasplante de embrión.
31. Inyecciones de gonadotropina coriónica humana (HCG).
32. Vacunas requeridas para viajar.
33. Tuboplastías, vasostomías o cualquier procedimiento o servicio cuyo propósito sea devolver la habilidad de procrear.
34. Enfermedades o lesiones provocadas en el asegurado mientras se desempeña una ocupación ilegal; o mientras comete o intenta cometer un acto criminal. Excepto si la lesión o enfermedad surge como resultado de un acto de violencia doméstica o una condición médica.
35. Matrícula en un club de salud, o club atlético; programas para pérdida de peso o similares.
36. Compra o renta de materiales relacionados al mantenimiento de la salud de uso común en el hogar como: bicicletas de ejercicios, purificadores de aire, aire acondicionado central o de unidad individual, purificadores de agua, almohadas o colchones anti alérgicos; o camas de agua. Excepto para el uso de equipo tecnológico que provea ventiladores para niños, según lo establece la Ley Núm. 125 del 21 de septiembre de 2007 y enmendada por la Ley núm. 62 del 4 de mayo de 2015.
37. Compra o renta de transportes motorizados; elevadores o escaleras eléctricas; saunas o piscinas; equipo médico profesional como el medir la tensión arterial; y materiales o accesorios para cualquiera de estos artículos.
38. Testigos expertos requeridos por una Corte que no estén incluidos en los beneficios o requisitos de la ley de salud mental.
39. Servicios y materiales para el tratamiento del desorden o mal funcionamiento de la articulación temporomaxilar (TMJ) y desorden craniomaxilares de la quijada (CMJ), considerados procedimientos dentales. Esto incluye, pero no está limitado a, la extracción de dientes y la aplicación de aparatos de ortodoncia y ganchos dentales ("braces").
40. Servicios rendidos por profesionales de la salud para el manejo del dolor, incluyendo equipo y tratamiento, excepto en los casos de pacientes que sufren cáncer.
41. Nuevos servicios o procedimientos de diagnóstico o terapéuticos que están aprobados por FDA y equipos o aparatos que aparecen disponibles luego de la fecha de efectividad de este certificado. Excepto de que se trate de una condición que amenaza la vida del asegurado para la cual no exista un tratamiento efectivo. Humana pagará por los gastos médicos rutinarios ordenados que no sean pagados por la entidad que llevará a cabo el estudio.
42. Anestesia epidural durante el parto.

44. Ambulancia aérea y marítima fuera de Puerto Rico. Excepto en los casos de emergencia para las islas municipios de Vieques y Culebra.
45. Cualquier y todos los servicios o tratamientos que no están descritos específicamente como beneficios cubiertos, excepto por los servicios y beneficios incluidos en una ley que son requeridos ofrecer en la cubierta de salud.

Aproveche todo lo que tiene disponible para su salud

Humana quiere asegurarse de que su cuidado crezca con usted a medida que cambia y de que tenga acceso a todo lo que necesita. ¿Sabía que muchos servicios, medicamentos y pruebas de detección están disponibles para usted y sin costo extra de desembolso personal, cuando se consideran tratamiento preventivo? Vea todo lo que tiene disponible.

Servicios preventivos para adultos

Las visitas a la consulta de prevención están cubiertas, así como las pruebas de detección, las vacunas y el asesoramiento indicado abajo.

Pruebas de detección

Aneurisma aórtico abdominal	Prueba de detección una única vez para hombres de edades específicas que alguna vez hayan fumado ¹
Consumo indebido de alcohol	Prueba de detección y asesoría para todos los adultos
Presión arterial	Prueba de detección de presión arterial alta para todos los adultos
Colesterol	Prueba de detección para adultos de ciertas edades o de mayor riesgo ¹
Cáncer colorrectal	Prueba de detección para adultos entre 50-75
Depresión	Prueba de detección para todos los adultos
Diabetes	Prueba de detección para adultos entre 40-70 de mayor riesgo ¹
Hepatitis B	Prueba de detección para adultos de mayor riesgo ¹
Hepatitis C	Prueba de detección para adultos de mayor riesgo o prueba de detección única para adultos nacidos entre 1945-1965 ¹
VIH	Prueba de detección para adultos de mayor riesgo ¹
Cáncer del pulmón	Pruebas de detección anuales para adultos de cualquier edad específica que fumen o hayan dejado de fumar en los últimos 15 años ¹
Obesidad	Prueba de detección para todos los adultos
Sífilis	Prueba de detección para adultos de mayor riesgo ¹
Consumo de tabaco	Prueba de detección para todos los adultos
Tuberculosis	Prueba de detección de infección latente para adultos de mayor riesgo ¹



Nota: Es posible que deba pagar la totalidad o parte de los costos cuando se completen los servicios para diagnosticar, monitorear o tratar una enfermedad, embarazo o lesión, en lugar de prevenir una enfermedad, embarazo o lesión.

¹Para obtener más información sobre la definición de mayor riesgo o riesgo creciente y recomendaciones de edad, consulte las Pautas preventivas de Estados Unidos en www.uspreventiveservicestaskforce.org/Page/Name/uspstf-a-and-b-recommendations/

Servicios preventivos para adultos, continuación

Las visitas a la consulta de prevención están cubiertas, así como las pruebas de detección, las vacunas y el asesoramiento indicado abajo.

Medicamentos y suplementos (cubiertos con la receta de un médico)

Aspirina	Uso de la aspirina para la prevención de enfermedades cardiovasculares para mujeres y hombres de edades específicas ¹
Preparación para colonoscopia	Medicamentos para la preparación intestinal para adultos entre 50-75
Dejar de fumar	Los medicamentos para dejar de fumar de venta sin receta y con receta para afiliados de 18 años y más
Estatina	Uso de estatina de dosis baja a moderada para adultos entre 40-75 de mayor riesgo ¹
Profilaxis previa a la exposición al VIH	Profilaxis previa a la exposición (PrEP) con terapia antirretroviral eficaz para personas con alto riesgo de contraer el VIH ¹

Asesoramiento

Dieta saludable y actividad física	Asesoramiento para la prevención de enfermedad cardiovascular en adultos con factores de riesgo cardiovascular o mayor riesgo de enfermedad crónica ¹
Obesidad	Referido a intervenciones del comportamiento intensivas de componentes múltiples para pacientes con un índice de masa corporal (IMC) de 30 kg/m o más
Infección de transmisión sexual (STI)	Asesoramiento preventivo para adultos de mayor riesgo ¹
Dejar de usar tabaco	Intervenciones para dejar de fumar para consumidores de tabaco

Otros

Ejercicio o terapia física	Prevención de caídas en adultos con 65 años o más, con riesgo creciente de caídas
Cáncer de la piel	Asesoramiento breve para adultos jóvenes hasta los 24 años para minimizar su exposición a la radiación ultravioleta

¿SABÍA USTED?

El cuidado preventivo puede ayudar a detectar problemas de salud potenciales temprano, cuando es más fácil de tratar.



Vacunas

(vacunas para adultos: las dosis, las edades recomendadas y las poblaciones recomendadas varían)²

Varicela

Hepatitis A

Hepatitis B

Virus del papiloma humano (VPH)

Influenza

Sarampión, Paperas, Rubéola (SPR)

Meningocócico

Neumocócico

Culebrilla/herpes zóster

Tétano, difteria, tos ferina (DTaP)

Humana[®]

¹Para obtener más información sobre la definición de mayor riesgo o riesgo creciente y recomendaciones de edad, consulte las Pautas preventivas de Estados Unidos en www.uspreventiveservicestaskforce.org/Page/Name/uspstf-a-and-b-recommendations/

²Para obtener más información sobre las recomendaciones, los recursos y los programas de vacunación, consulte los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades en www.cdc.gov/vaccines/schedules/index.html

Servicios preventivos para mujeres (incluye mujeres embarazadas)

Las visitas a la consulta de prevención están cubiertas, así como las pruebas de detección y el asesoramiento indicado abajo.

Asesoramiento	Pruebas de detección	
Asesoría genético para mujeres con resultado positivo de BRCA	Anemia	Pruebas de detección rutinarias para mujeres embarazadas
Quimioprevención del cáncer de mama Asesoría para mujeres con creciente riesgo de cáncer de mama ¹	Bacteriuria	Prueba de detección del tracto urinario u otras infecciones para mujeres embarazadas
Violencia doméstica e interpersonal Pruebas de detección y referidos para servicios de intervención	BRCA	Prueba de detección para mujeres de mayor riesgo ¹
Dejar de usar tabaco Intervenciones conductuales y asesoramiento ampliado para consumidoras de tabaco embarazadas	Mamografía de cáncer de mama	Prueba de detección cada 1-2 años para mujeres de 40 años o más
Depresión perinatal Intervenciones de asesoramiento para mujeres embarazadas y posparto con mayor riesgo ¹	Cáncer de cuello uterino	Prueba de detección para mujeres con cervix, independientemente de su historial sexual, en edades e intervalos específicos ⁴
	Infección por clamidia	Prueba de detección para mujeres jóvenes y otras con mayor riesgo ¹
	Depresión	Prueba de detección para mujeres embarazadas y en posparto
	Diabetes gestacional	Prueba de detección para mujeres después de la semana 24 de gestación
	Gonorrea	Prueba de detección para todas las mujeres de mayor riesgo ¹
	Hepatitis B	Prueba de detección para todas las mujeres embarazadas
	VIH	Prueba de detección para todas las mujeres embarazadas
	Prueba del VPH-ADN	Pruebas de alto riesgo cada 3 años para mujeres con resultados citológicos normales que tienen 30 años o más ¹
	Osteoporosis (densidad ósea)	Prueba de detección para mujeres de 65 años y más y mujeres con mayor riesgo ¹
	Preeclampsia	Prueba de detección para todas las mujeres embarazadas
	Incompatibilidad de Rh	Prueba de detección para todas las mujeres embarazadas durante su primera visita prenatal y entre las 24-28 semanas de gestación
	Sífilis	Prueba de detección para todas las mujeres embarazadas
Otros servicios	Medicamentos y suplementos (cubiertos con la receta de un médico)	
Lactancia materna³ Equipo y asesoramiento para promover la lactancia materna durante el embarazo y en el periodo posparto	Aspirina para prevenir preeclampsia	Dosis baja de aspirina después de 12 semanas de gestación en mujeres de alto riesgo ¹
Métodos anticonceptivos y asesoramiento³	Medicamentos para la prevención del cáncer de mama	Para mujeres con creciente riesgo de cáncer de mama ¹
	Anticoncepción	Anticonceptivos aprobados por la FDA para mujeres en capacidad reproductiva para evitar embarazos
	Vitaminas prenatales/ ácido fólico	Para mujeres embarazadas, que puedan embarazarse o capaces de quedar embarazadas

Humana®

¹Para obtener más información sobre la definición de mayor riesgo o riesgo creciente y recomendaciones de edad, consulte las Pautas preventivas de Estados Unidos en www.uspreventiveservicestaskforce.org/Page/Name/uspstf-a-and-b-recommendations/

³El 1 de agosto de 2011, el Departamento de salud y servicios humanos de Estados Unidos divulgó nuevas directrices relacionadas a la cobertura de los servicios preventivos para mujeres. Las nuevas directrices establecían que los planes de seguro sin derechos adquiridos con años del plan que comiencen a partir del 1 de agosto de 2012 deben incluir estos servicios sin costos compartidos.

⁴Mujeres de 21-65: Con citología (examen de Papanicolau) cada tres años; mujeres de 30-65: queriendo extender el intervalo de la prueba de detección. Le recomendamos que busque asesoramiento profesional, incluido un asesor legal, en relación a cómo los nuevos requisitos afectarán su plan específico. Para obtener más detalles, consulte el Certificado de cobertura de su plan.

Servicios preventivos para niños

Las visitas a la consulta de prevención están cubiertas, así como las pruebas de detección, las vacunas, el asesoramiento y los suplementos indicado abajo.

Vacunas

(vacunas para niños desde su nacimiento hasta los 18 años: las dosis, las edades y las poblaciones varían)²

Varicela

Haemophilus influenzae tipo b (Hib)

Hepatitis A

Hepatitis B

Virus del papiloma humano (VPH)

Poliovirus inactivado

Influenza

Sarampión, Paperas, Rubéola (SPR)

Meningocócico

Neumococo

Rotavirus

Tétano, difteria, tos ferina (DTaP)

Asesoramiento

Obesidad

Referido para intervenciones intensivas del comportamiento para promover mejorar el peso

Infección de transmisión sexual (STI)

Asesoramiento preventivo para adolescentes de mayor riesgo¹

Cáncer de piel

Asesoramiento para jóvenes adultos entre 10-24 años para reducir su exposición a la radiación ultravioleta

Consumo de tabaco

Educación y asesoramiento breve para la prevención de la iniciación en el uso de tabaco de niños y adolescentes en edad escolar

Consulte su Certificado de cobertura para obtener detalles sobre todos los servicios cubiertos y los niveles de beneficios.

Humana

Pruebas de detección

Abuso de drogas y alcohol	Evaluaciones para adolescentes
Autismo	Prueba de detección para niños de 18-24 meses
Comportamiento	Evaluaciones para niños de todas las edades
Depresión	Prueba de detección para adolescentes
Del desarrollo	Prueba de detección para niños menores de 3 años, y vigilancia durante toda la infancia
Dislipemia	Prueba de detección para niños de mayor riesgo de trastorno lipídicos ¹
Altura, peso e índice de masa corporal	Medidas para niños de todas las edades
Hemoglobinopatías	Prueba de detección de anemia falciforme en recién nacido
Hepatitis B	Prueba de detección para adolescentes de mayor riesgo ¹
Hipotiroidismo	Prueba de detección para recién nacidos
VIH	Prueba de detección para adolescentes de mayor riesgo ¹
Plomo	Prueba de detección para niños en riesgo de exposición
Expediente médico	Para todos los niños a lo largo del desarrollo
Obesidad	Prueba de detección para niños de 6 años o más
Salud oral	Evaluación de riesgo para niños pequeños
Fenilcetonuria (PKU)	Prueba de detección para recién nacidos
Infección de transmisión sexual	Prueba de detección para adolescentes de mayor riesgo ¹
Tuberculina	Pruebas para niños de mayor riesgo de tuberculosis ¹
Visión	Prueba de detección para todos los niños de edades entre 3-5 años

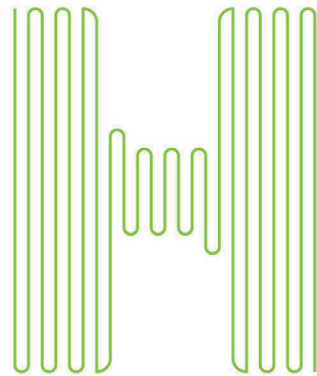
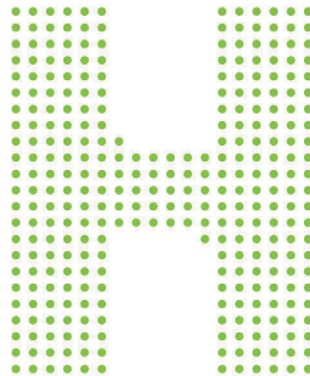
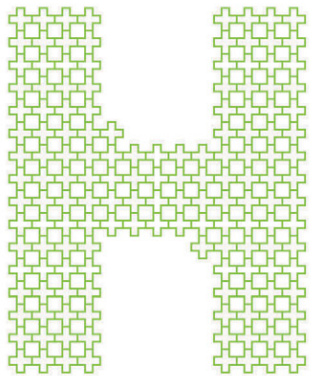
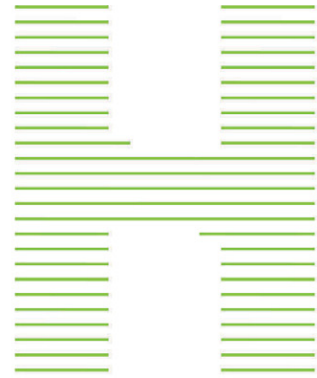
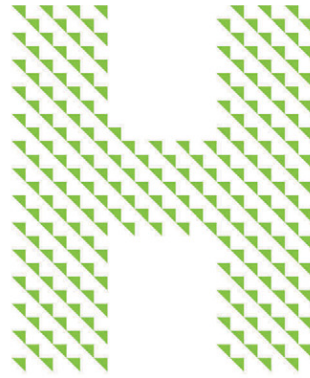
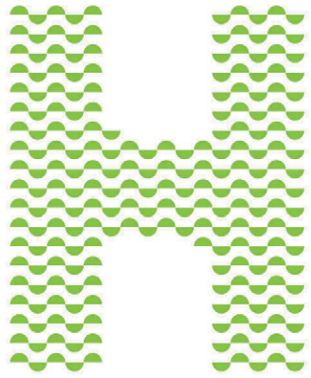
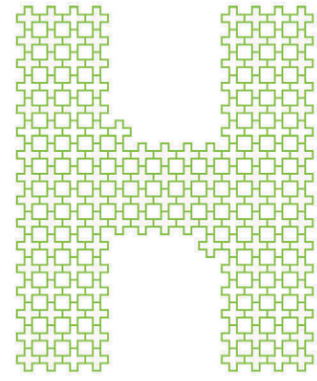
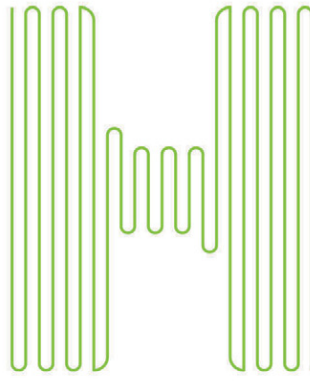
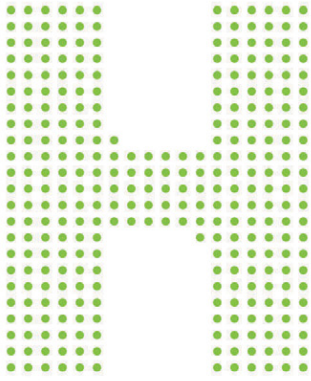
Medicamentos y suplementos (cubiertos con la receta de un médico)

Quimioprevención con fluoruro	Suplementos comenzando a los 6 meses de edad para niños sin fluoruro en sus fuentes de agua
Recubrimiento con fluoruro	Aplicación hecha por un médico clínico de cuidados primarios en dientes primarios comenzando con la erupción de los dientes y hasta lo 5 años
Gonorrea	Medicamento para la prevención en los ojos de todos los recién nacidos
Profilaxis previa a la exposición al VIH	Profilaxis previa a la exposición (PrEP) con terapia antirretroviral eficaz para personas con alto riesgo de contraer el VIH ¹
Hierro	Suplementos para niños entre 6-12 meses con riesgo de anemia

¹Para obtener más información sobre la definición de mayor riesgo o riesgo creciente y recomendaciones de edad, consulte las Pautas preventivas de Estados Unidos en www.uspreventiveservicestaskforce.org/Page/Name/uspstf-a-and-b-recommendations/

²Para obtener más información sobre las recomendaciones, los recursos y los programas de vacunación, consulte los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades en www.cdc.gov/vaccines/schedules/index.html

Esta comunicación proporciona una descripción general de ciertos beneficios de seguros o no seguros identificados provistos bajo uno o más de nuestros planes de beneficios de salud. Nuestros planes de beneficios de salud tienen exclusiones y limitaciones y términos bajo los cuales la cobertura puede continuar vigente o ser descontinuada. Para obtener información sobre costos y detalles completos de la cobertura, consulte el documento del plan o llame o escriba a Humana, o a su agente o corredor de seguros de Humana. En caso de alguna discrepancia entre esta comunicación y el documento del plan, el documento del plan prevalecerá.



Lista de medicamentos de 2022 Rx3 Traditional

Esto es una lista de medicamentos.
El presente document contiene información acerca de los medicamentos
cubiertos por el plan.

Looking for English? [Click here.](#)



Bienvenido a Humana!

¿Qué es la Lista de medicamentos?

La Lista de medicamentos de Humana (también conocida como formulario) es una lista de medicamentos cubiertos seleccionados por Humana. Esta es una lista completa, pero está sujeta a cambios a lo largo del año. Los medicamentos de la Lista de medicamentos están cubiertos por Humana siempre y cuando el medicamento sea necesario por razones médicas y se cumpla con otras reglas del plan.

¿Cuándo entra en vigencia la Lista de medicamentos?

La Lista de medicamentos entra en vigencia el 1 de enero, excepto por las pólizas comerciales totalmente aseguradas emitidas en Illinois, Louisiana, Puerto Rico y Texas, donde los cambios en la Lista de medicamentos entran en vigencia en la fecha de renovación de un plan. Estos estados seguirán utilizando la versión de 2021 de esta Lista de medicamentos hasta la fecha de renovación del plan en 2022. Puede encontrar esa Lista de medicamentos en espanol.humana.com/druglist.

¿Cómo utilizo la Lista de medicamentos?

Los medicamentos aparecen en la Lista de medicamentos en orden alfabético.

Los medicamentos recetados se agrupan en uno de tres niveles: Nivel 1, Nivel 2 o Nivel 3; también se incluyen los medicamentos de especialidad. Los medicamentos genéricos tienen los mismos ingredientes activos que los medicamentos de marca y se recetan por los mismos motivos. La Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, por sus siglas en inglés) requiere que los genéricos sean seguros y tengan el mismo efecto que los medicamentos de marca. Los medicamentos genéricos a menudo cuestan mucho menos.

- **Nivel 1:** incluye todos los medicamentos genéricos.
- **Nivel 2:** incluye medicamentos de marca de costo más bajo.
- **Nivel 3:** incluye medicamentos de marca de costo más alto.
- ***Medicamentos de especialidad:** medicamentos de alto costo/alta tecnología que a menudo solo pueden obtenerse en farmacias de especialidad. Visite espanol.humana.com e inicie sesión en MyHumana para ver los beneficios específicos de los medicamentos recetados, incluidos los copagos o los costos compartidos, las limitaciones y las exclusiones; O consulte su Certificado de cobertura/seguro o a su Descripción resumida del plan/Póliza de seguro.

¿Qué ocurre si mi medicamento no se encuentra en la Lista de medicamentos?

Puede usar la herramienta de búsqueda de medicamentos al ingresar en MyHumana at espanol.humana.com para ver alternativas para sus medicamentos. Puede acceder a la herramienta de búsqueda de medicamentos haciendo clic en "Pharmacy" (Farmacia). Puede aplicarse cobertura médica para algunos medicamentos.

Si su medicamento no está en la Lista de medicamentos, su proveedor de cuidado de la salud puede solicitar a Humana que apruebe una excepción a la cobertura. Para presentar una solicitud de excepción, su proveedor de cuidado de la salud puede:

- Obtener formularios en Humana.com/PA
- Enviar la solicitud electrónicamente visitando Covermy meds.com/epa/Humana
- Enviar la solicitud por fax al 877-486-2621
- Llamar a Revisión de farmacia clínica de Humana (HCPR, por sus siglas en inglés) al **800-555-CLIN (800-555-2546) (TTY: 711)** de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del este. Para un afiliado en Puerto Rico, su proveedor de cuidado de la salud puede comunicarse con HCPR de Puerto Rico al **866-488-5991** entre las 8 a.m. y las 8 p.m., de lunes a viernes.

Se revisará la solicitud de excepción de cobertura y se comunicará nuestra decisión dentro de las 24 a 72 horas posteriores a la recepción de la solicitud del proveedor de cuidado de la salud.

¿Qué ocurre si mi medicamento tiene requisitos adicionales o límites?

Algunos medicamentos cubiertos pueden tener requisitos adicionales o límites en la cobertura. Estos requisitos y límites pueden incluir:

- **Autorización previa (PA, por sus siglas en inglés):** Algunos medicamentos deben ser aprobados por anticipado para que el plan de farmacia los cubra. Para que estén cubiertos estos medicamentos, su proveedor de cuidado de la salud debe obtener la aprobación de Humana. Los beneficios del plan no cubrirán este medicamento sin la autorización previa. Usted podría tener que pagar el costo total del medicamento si lo compra sin obtener primero la autorización previa.
- **Límites de cantidad (QL, por sus siglas en inglés):** Usted puede que tenga un límite en las cantidades que puede obtener de algunos medicamentos de una sola vez. El límite de cantidad de cada medicamento se basa en motivos de seguridad o cuidado de la salud, y en si su proveedor de cuidado de la salud receta un suministro de 30, 60 o 90 días. Estos límites ayudan a evitar el uso indebido de medicamentos. Si su medicamento recetado se pasa del límite existen dos opciones:
 - Puede obtener la cantidad de medicamentos que está cubierta por su plan.

O

- Si su proveedor de cuidado de la salud cree que necesita más que la cantidad permitida, puede solicitar la autorización previa de Humana para que cubramos la cantidad del medicamento que sobrepase el límite.
- **Terapia por fases (ST, por sus siglas en inglés):** A veces, más de un medicamento es eficaz para tratar una afección médica. Algunos medicamentos pueden costar menos pero aun así funcionan para usted. Antes de surtir una receta con un medicamento que cueste más, se le puede pedir que pruebe al menos con un medicamento diferente primero.

Si su medicamento tiene un requisito adicional, su proveedor de cuidado de la salud puede solicitar a Humana que apruebe un medicamento que tiene un requisito de autorización previa, límite de cantidad o terapia por fases. Para enviar una solicitud, su proveedor de cuidado de la salud puede:

- Obtener formularios en **Humana.com/PA**
- Enviar la solicitud electrónicamente visitando Covermy meds.com/epa/Humana
- Enviar la solicitud por fax al 877-486-2621
- Llamar a Revisión de farmacia clínica de Humana (HCPR, por sus siglas en inglés) al **800-555-CLIN (800-555-2546) (TTY: 711)** de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del este. Para un afiliado en Puerto Rico, su proveedor de cuidado de la salud puede comunicarse con HCPR de Puerto Rico al **866-488-5991** entre las 8 a.m. y las 8 p.m., hora local, de lunes a viernes.

Se revisará la solicitud de cobertura y se comunicará nuestra decisión sobre la determinación de cobertura dentro de las 24 a 72 horas posteriores a la recepción de la solicitud del proveedor de cuidado de la salud.

Puede averiguar si su medicamento tiene requisitos o límites adicionales consultando la Lista de medicamentos que empieza en la página 6.

¿La Lista de medicamentos puede cambiar?

Sí. Humana revisa y actualiza la Lista de medicamentos según sea necesario. Se pueden añadir medicamentos nuevos y los medicamentos que la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, por sus siglas en inglés) o el fabricante del medicamento consideran inseguros se eliminan inmediatamente.

Comunicamos los cambios de la Lista de medicamentos a los afiliados, por correo, en función de los requisitos de notificación de la Lista de medicamentos que determina cada estado. Los afiliados pueden ver la Lista de medicamentos más actualizada en **espanol.humana.com**.

¿Cuánto tendré que pagar por los medicamentos cubiertos?

La cantidad que debe pagar a menudo depende del nivel en el que se cubre su medicamento en esta Lista de medicamentos y de si surte la receta en una farmacia dentro de la red. Consulte su Certificado de cobertura/Descripción resumida del plan/Póliza de seguro o llame al número que está al reverso de su tarjeta de identificación de Humana a fin de comunicarse con Atención al cliente para averiguar más sobre la cobertura de farmacia. [Haga clic aquí](#) para encontrar una lista de los medicamentos de prevención para mujeres que están cubiertos sin costo adicional para usted. Debe tener una receta de su proveedor de cuidado de la salud y surtir el medicamento en la farmacia en la red de farmacias de su plan. Algunos medicamentos anticonceptivos cubiertos en la Lista de medicamentos pueden estar disponibles para usted sin costo adicional si son necesarios por razones médicas. Otros medicamentos anticonceptivos que no están en la Lista de medicamentos podrían estar disponibles para usted sin costo adicional si son necesarios por razones médicas. Para solicitar una revisión de la necesidad médica para recibir un medicamento anticonceptivo sin costo adicional, su proveedor de cuidado de la salud puede llamar a Revisión de farmacia clínica de Humana (HCPR, por sus siglas en inglés) al **1-800-555-2546 (TTY: 711)**, de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m., hora del este. Para un asegurado en Puerto Rico, su proveedor de salud puede comunicarse a la HCPR en Puerto Rico al **866-488-5991** entre las 8 a.m. - 8 p.m. hora local, de lunes a viernes.

CenterWell®

Posiblemente pueda surtir sus medicamentos a través de CenterWell®, la farmacia de envío por correo de Humana. Puede pedir que le envíen sus medicamentos de mantenimiento, medicamentos de especialidad o suministros y recibirlos donde le quede más cómodo. Su medicamento recetado nuevo le llegará por correo en un plazo de 7 a 10 días a partir de que CenterWell® reciba su receta y toda la información necesaria. Las repeticiones de recetas deberían llegarle en un plazo de 5 a 7 días. Para obtener más información, visite **CenterWellPharmacy.com**. También puede llamar a CenterWell® al **844-222-2153 (TTY: 711)**, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 11 p.m., y los sábados, de 8 a.m. a 6:30 p.m., hora del este.

Hay otras farmacias disponibles en nuestra red. Para encontrar otras farmacias dentro de la red, visite **Humana.com/Findapharmacy**.

Para obtener información específica sobre la cobertura y los costos para los afiliados actuales:

- Puede llamar al número que aparece al reverso de su tarjeta de identificación de Humana o visitar **espanol.humana.com** e iniciar sesión en MyHumana.
- Acceda a la herramienta de búsqueda de medicamentos haciendo clic en "Pharmacy" (farmacia).
- Busque su medicamento por nombre.
- Nota: MyHumana solo muestra los beneficios a la fecha de inicio de sesión. Dependiendo de su plan, debe esperar hasta después de la fecha de renovación de su plan en 2022 para ver la información de sus nuevos beneficios.

Para más información

No todos los medicamentos enumerados en esta Lista de medicamentos están cubiertos por todos los planes de beneficios de medicamentos recetados. Para obtener información más detallada sobre su cobertura para medicamentos recetados de Humana, revise el Certificado de seguro/Descripción resumida del plan/Póliza de seguro y demás materiales del plan.

Si está pensando en inscribirse en un plan de Humana, llame al número de Atención al cliente que aparece en sus materiales de inscripción.

Lista de medicamentos de 2022 Rx3 Traditional

La Lista de medicamentos que empieza en la siguiente página le proporciona información de cobertura sobre algunos de los medicamentos cubiertos por Humana.

Cómo leer la Lista de medicamentos

En la primera columna de la tabla, se indica los nombres de los medicamentos en orden alfabético. Los medicamentos de marca se indican con MAYÚSCULAS y los medicamentos genéricos se indican con letra minúscula. Junto al nombre del medicamento, puede ver los siguientes indicadores que le proveen información adicional sobre la cobertura de ese medicamento:

MM: los medicamentos de mantenimiento se toman durante mucho tiempo, como los medicamentos para el colesterol alto, la salud mental o la presión arterial alta. La cobertura puede ser diferente según el plan y es posible que deba surtir su receta usando la farmacia de envío por correo del plan.

SP: los medicamentos de especialidad suelen ser medicamentos de alto costo/alta tecnología que a menudo solo pueden obtenerse en farmacias de especialidad. La cobertura de medicamentos de especialidad puede ser diferente según el plan.

LD: este medicamento es de distribución limitada y es posible que no esté disponible en todas las farmacias dentro de la red; llame al número que aparece al reverso de su tarjeta de identificación para obtener más información. Es posible que esta lista no sea completa y está sujeta a cambios.

DL: Este medicamento tiene un límite de despacho y pudiera estar limitado a un surtido de 30 días o menos por restricciones adicionales debido a las leyes estatales o federales o su propia farmacia. Consulte a su médico o farmacéutico sobre sus opciones de tratamiento.

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

La tercera columna indica los requisitos de administración del uso del medicamento. Administración del uso significa que Humana puede tener requisitos para cubrir ese medicamento. Pueden incluir autorización previa, límites de cantidad y terapia por fases. Consulte la página 3, para obtener más detalles sobre estos requisitos para su plan.

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DEL USO
1ST TIER UNIFINE PENTIPS 29 GAUGE X 1/2" NEEDLE ^{MM}	2	
1ST TIER UNIFINE PENTIPS 31 GAUGE X 1/4" NEEDLE ^{MM}	2	
1ST TIER UNIFINE PENTIPS 31 GAUGE X 3/16" NEEDLE ^{MM}	2	
1ST TIER UNIFINE PENTIPS 31 GAUGE X 5/16" NEEDLE ^{MM}	2	
1ST TIER UNIFINE PENTIPS 32 GAUGE X 5/32" NEEDLE ^{MM}	2	
1ST TIER UNIFINE PENTIPS PLUS 29 GAUGE X 1/2" NEEDLE ^{MM}	2	
1ST TIER UNIFINE PENTIPS PLUS 31 GAUGE X 1/4" NEEDLE ^{MM}	2	
1ST TIER UNIFINE PENTIPS PLUS 31 GAUGE X 3/16" NEEDLE ^{MM}	2	
1ST TIER UNIFINE PENTIPS PLUS 31 GAUGE X 5/16" NEEDLE ^{MM}	2	
1ST TIER UNIFINE PENTIPS PLUS 32 GAUGE X 5/32" NEEDLE ^{MM}	2	
1ST TIER UNILET COMFORTOUCH LANCET 28 GAUGE ^{MM}	2	
1ST TIER UNILET COMFORTOUCH LANCET 30 GAUGE ^{MM}	2	
2-IN-1 LANCET DEVICE 30 GAUGE ^{MM}	3	
2TEK CONTROL (HIGH-NORMAL) SOLUTION ^{MM}	3	
2TEK GLUCOSE/BLOOD PRESSURE KIT ^{MM}	3	ST
abacavir 20 mg/ml solution ^{MM}	1	QL(960 cada 30 días)
abacavir 300 mg tablet ^{MM}	1	QL(60 cada 30 días)
abacavir-lamivudine 600-300 mg ^{MM}	1	QL(30 cada 30 días)
abacavir-lamivudine-zidov tab ^{MM}	1	QL(60 cada 30 días)
ABILIFY 10 MG TABLET ^{MM}	3	PA,QL(30 cada 30 días)
ABILIFY 15 MG TABLET ^{MM}	3	PA,QL(30 cada 30 días)
ABILIFY 2 MG TABLET ^{MM}	3	PA,QL(30 cada 30 días)
ABILIFY 20 MG TABLET ^{MM}	3	PA,QL(30 cada 30 días)
ABILIFY 30 MG TABLET ^{MM}	3	PA,QL(30 cada 30 días)
ABILIFY 5 MG TABLET ^{MM}	3	PA,QL(30 cada 30 días)
ABILIFY MAINTENA 300 MG INTRAMUSCULAR SUSPENSION,EXTENDED RELEASE ^{MM,SP,DL}	*	QL(1 cada 28 días)
ABILIFY MAINTENA 300 MG SUSPENSION,EXTENDED REL. INTRAMUSCULAR SYRINGE ^{MM,SP,DL}	*	QL(1 cada 28 días)
ABILIFY MAINTENA 400 MG INTRAMUSCULAR SUSPENSION,EXTENDED RELEASE ^{MM,SP,DL}	*	QL(1 cada 28 días)
ABILIFY MAINTENA 400 MG SUSPENSION,EXTENDED REL. INTRAMUSCULAR SYRINGE ^{MM,SP,DL}	*	QL(1 cada 28 días)
ABILIFY MYCITE 10 MG TABLET WITH SENSOR AND PATCH ^{MM,SP,DL}	*	PA,QL(30 cada 30 días)
ABILIFY MYCITE 15 MG TABLET WITH SENSOR AND PATCH ^{MM,SP,DL}	*	PA,QL(30 cada 30 días)
ABILIFY MYCITE 2 MG TABLET WITH SENSOR AND PATCH ^{MM,SP,DL}	*	PA,QL(30 cada 30 días)
ABILIFY MYCITE 20 MG TABLET WITH SENSOR AND PATCH ^{MM,SP,DL}	*	PA,QL(30 cada 30 días)
ABILIFY MYCITE 30 MG TABLET WITH SENSOR AND PATCH ^{MM,SP,DL}	*	PA,QL(30 cada 30 días)
ABILIFY MYCITE 5 MG TABLET WITH SENSOR AND PATCH ^{MM,SP,DL}	*	PA,QL(30 cada 30 días)
ABILIFY MYCITE MAINTENANCE KIT 10 MG TABLET WITH SENSOR AND STRIP ^{MM,SP,DL}	*	PA,QL(30 cada 30 días)
ABILIFY MYCITE MAINTENANCE KIT 15 MG TABLET WITH SENSOR AND STRIP ^{MM,SP,DL}	*	PA,QL(30 cada 30 días)
ABILIFY MYCITE MAINTENANCE KIT 2 MG TABLET WITH SENSOR AND STRIP ^{MM,SP,DL}	*	PA,QL(30 cada 30 días)
ABILIFY MYCITE MAINTENANCE KIT 20 MG TABLET WITH SENSOR AND STRIP ^{MM,SP,DL}	*	PA,QL(30 cada 30 días)
ABILIFY MYCITE MAINTENANCE KIT 30 MG TABLET WITH SENSOR AND STRIP ^{MM,SP,DL}	*	PA,QL(30 cada 30 días)
ABILIFY MYCITE MAINTENANCE KIT 5 MG TABLET WITH SENSOR AND STRIP ^{MM,SP,DL}	*	PA,QL(30 cada 30 días)
ABILIFY MYCITE STARTER KIT 10 MG ORAL TABLET WITH SENSOR, STRIP, POD ^{SP,DL}	*	PA,QL(30 cada 30 días)
ABILIFY MYCITE STARTER KIT 15 MG ORAL TABLET WITH SENSOR, STRIP, POD ^{SP,DL}	*	PA,QL(30 cada 30 días)

ST - Terapia por fases • QL - Límite de cantidad • PA - Autorización previa

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DEL USO
ABILIFY MYCITE STARTER KIT 2 MG ORAL TABLET WITH SENSOR, STRIP, POD ^{SP,DL}	*	PA,QL(30 cada 30 días)
ABILIFY MYCITE STARTER KIT 20 MG ORAL TABLET WITH SENSOR, STRIP, POD ^{SP,DL}	*	PA,QL(30 cada 30 días)
ABILIFY MYCITE STARTER KIT 30 MG ORAL TABLET WITH SENSOR, STRIP, POD ^{SP,DL}	*	PA,QL(30 cada 30 días)
ABILIFY MYCITE STARTER KIT 5 MG ORAL TABLET WITH SENSOR, STRIP, POD ^{SP,DL}	*	PA,QL(30 cada 30 días)
abiraterone 500 mg tablet ^{MM,SP,DL}	*	PA,QL(60 cada 30 días)
abiraterone acetate 250 mg tab ^{MM,SP,DL}	*	PA,QL(120 cada 30 días)
ABOUTTIME PEN NEEDLE 30 GAUGE X 5/16 ^{MM}	2	
ABOUTTIME PEN NEEDLE 31 GAUGE X 3/16 ^{MM}	2	
ABOUTTIME PEN NEEDLE 31 GAUGE X 5/16 ^{MM}	2	
ABOUTTIME PEN NEEDLE 32 GAUGE X 5/32 ^{MM}	2	
ABSORICA 10 MG CAPSULE	3	ST,QL(60 cada 30 días)
ABSORICA 20 MG CAPSULE	3	ST,QL(60 cada 30 días)
ABSORICA 25 MG CAPSULE ^{SP,DL}	*	ST,QL(60 cada 30 días)
ABSORICA 30 MG CAPSULE	3	ST,QL(60 cada 30 días)
ABSORICA 35 MG CAPSULE ^{SP,DL}	*	ST,QL(60 cada 30 días)
ABSORICA 40 MG CAPSULE	3	ST,QL(120 cada 30 días)
ABSORICA LD 16 MG CAPSULE ^{SP,DL}	*	ST,QL(60 cada 30 días)
ABSORICA LD 24 MG CAPSULE ^{SP,DL}	*	ST,QL(60 cada 30 días)
ABSORICA LD 32 MG CAPSULE ^{SP,DL}	*	ST,QL(120 cada 30 días)
ABSORICA LD 8 MG CAPSULE ^{SP,DL}	*	ST,QL(60 cada 30 días)
acamprosate calc dr 333 mg tab ^{MM}	1	QL(180 cada 30 días)
ACANYA 1.2 %-2.5 % TOPICAL GEL WITH PUMP	3	ST
acarbose 100 mg tablet ^{MM}	1	
acarbose 25 mg tablet ^{MM}	1	
acarbose 50 mg tablet ^{MM}	1	
ACCOLATE 10 MG TABLET ^{MM}	3	QL(60 cada 30 días)
ACCOLATE 20 MG TABLET ^{MM}	3	QL(60 cada 30 días)
ACCRUFER 30 MG CAPSULE	3	PA,QL(60 cada 30 días)
ACCU-CHEK AVIVA CONTROL SOLN SOLUTION ^{MM}	3	
ACCU-CHEK AVIVA PLUS METER ^{MM}	2	
ACCU-CHEK AVIVA PLUS TEST STRIPS ^{MM}	2	QL(150 cada 30 días)
ACCU-CHEK FASTCLIX LANCET DRUM ^{MM}	2	
ACCU-CHEK FASTCLIX LANCING DEVICE KIT ^{MM}	2	
ACCU-CHEK GUIDE GLUCOSE METER ^{MM}	2	
ACCU-CHEK GUIDE L1-L2 CONTROL SOLUTION ^{MM}	3	
ACCU-CHEK GUIDE ME GLUCOSE METER ^{MM}	2	
ACCU-CHEK GUIDE TEST STRIPS ^{MM}	2	QL(150 cada 30 días)
ACCU-CHEK MULTICLIX LANCET KIT ^{MM}	2	
ACCU-CHEK SAFE-T-PRO 23 GAUGE ^{MM}	2	
ACCU-CHEK SAFE-T-PRO PLUS 23 GAUGE ^{MM}	2	
ACCU-CHEK SMARTVIEW CONTROL SOLUTION ^{MM}	3	
ACCU-CHEK SMARTVIEW TEST STRIPS ^{MM}	2	QL(150 cada 30 días)
ACCU-CHEK SOFTCLIX LANCETS ^{MM}	2	
ACCU-CHEK SOFTCLIX LANCING DEVICE+LANCETS KIT ^{MM}	2	
ACCUPRIL 10 MG TABLET ^{MM}	3	
ACCUPRIL 20 MG TABLET ^{MM}	3	
ACCUPRIL 40 MG TABLET ^{MM}	3	
ACCUPRIL 5 MG TABLET ^{MM}	3	
ACCURETIC 10 MG-12.5 MG TABLET ^{MM}	3	
ACCURETIC 20 MG-12.5 MG TABLET ^{MM}	3	
ACCURETIC 20 MG-25 MG TABLET ^{MM}	3	
accutane 10 mg capsule	1	QL(60 cada 30 días)
accutane 20 mg capsule	1	QL(60 cada 30 días)
accutane 30 mg capsule	1	QL(60 cada 30 días)
accutane 40 mg capsule	1	QL(120 cada 30 días)

ST - Terapia por fases • QL - Límite de cantidad • PA - Autorización previa

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DEL USO
ACCUTREND GLUCOSE CONTROL SOLUTION ^{MM}	3	
ACCUTREND GLUCOSE TEST STRIPS ^{MM}	2	QL(150 cada 30 días)
ACE AEROSOL CLOUD ENHANCER SPACER	2	
acebutolol 200 mg capsule ^{MM}	1	
acebutolol 400 mg capsule ^{MM}	1	
acetamin-caf-dihydrocodein 325 ^{DL}	1	QL(300 cada 30 días)
acetamin-codein 300-30 mg/12.5 ^{DL}	1	QL(2700 cada 30 días)
acetaminop-codeine 120-12 mg/5 ^{DL}	1	QL(2700 cada 30 días)
acetaminop-codeine 120-12 mg/5 ^{DL}	1	QL(2700 cada 30 días)
acetaminophen-cod #2 tablet ^{DL}	1	QL(390 cada 30 días)
acetaminophen-cod #3 tablet ^{DL}	1	QL(360 cada 30 días)
acetaminophen-cod #4 tablet ^{DL}	1	QL(180 cada 30 días)
acetamn-caf-dihydrcodein 320.5 ^{DL}	1	QL(300 cada 30 días)
acetazolamide 125 mg tablet ^{MM}	1	QL(120 cada 30 días)
acetazolamide 250 mg tablet ^{MM}	1	QL(120 cada 30 días)
acetazolamide er 500 mg cap ^{MM}	1	QL(60 cada 30 días)
acetic acid 2% ear solution	1	
acetylcysteine 10% vial	1	
acetylcysteine 20% vial	1	
ACIPHEX 20 MG TABLET,DELAYED RELEASE ^{MM}	3	ST,QL(60 cada 30 días)
ACIPHEX SPRINKLE 10 MG CAPSULE,DELAYED RELEASE ^{MM}	3	ST,QL(60 cada 30 días)
ACIPHEX SPRINKLE 5 MG CAPSULE,DELAYED RELEASE ^{MM}	3	ST,QL(30 cada 30 días)
acitretin 10 mg capsule ^{SP,DL}	*	PA
acitretin 17.5 mg capsule ^{SP,DL}	*	PA
acitretin 25 mg capsule ^{SP,DL}	*	PA
ACTEMRA 162 MG/0.9 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE ^{MM,SP,LD,DL}	*	PA,QL(3.6 cada 28 días)
ACTEMRA ACTPEN 162 MG/0.9 ML SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR ^{MM,SP,LD,DL}	*	PA,QL(3.6 cada 28 días)
ACTHAR 80 UNIT/ML INJECTION GEL ^{SP,LD,DL}	*	PA,QL(30 cada 30 días)
ACTI-LANCE LANCETS 17 GAUGE ^{MM}	2	
ACTI-LANCE LANCETS 23 GAUGE ^{MM}	2	
ACTI-LANCE LANCETS 28 GAUGE ^{MM}	2	
ACTICLATE 150 MG TABLET	3	ST,QL(30 cada 30 días)
ACTICLATE 75 MG TABLET	3	ST,QL(60 cada 30 días)
ACTIGALL 300 MG CAPSULE ^{MM}	3	
ACTIMMUNE 100 MCG (2 MILLION UNIT)/0.5 ML SUBCUTANEOUS SOLUTION ^{SP,DL}	*	PA,QL(12 cada 30 días)
ACTIQ 1,200 MCG LOZENGE ON A HANDLE ^{DL}	3	PA,QL(120 cada 30 días)
ACTIQ 1,600 MCG LOZENGE ON A HANDLE ^{DL}	3	PA,QL(120 cada 30 días)
ACTIQ 200 MCG LOZENGE ON A HANDLE ^{DL}	3	PA,QL(120 cada 30 días)
ACTIQ 400 MCG LOZENGE ON A HANDLE ^{DL}	3	PA,QL(120 cada 30 días)
ACTIQ 600 MCG LOZENGE ON A HANDLE ^{DL}	3	PA,QL(120 cada 30 días)
ACTIQ 800 MCG LOZENGE ON A HANDLE ^{DL}	3	PA,QL(120 cada 30 días)
ACTIVE FE 75 MG IRON-1,250 MCG TABLET	3	
ACTIVELLA 0.5-0.1 MG TABLET ^{MM}	3	
ACTIVELLA 1 MG-0.5 MG TABLET ^{MM}	3	
ACTONEL 150 MG TABLET ^{MM}	3	QL(1 cada 30 días)
ACTONEL 35 MG TABLET ^{MM}	3	QL(4 cada 28 días)
ACTONEL 5 MG TABLET ^{MM}	3	QL(30 cada 30 días)
ACTOPLUS MET 15 MG-500 MG TAB ^{MM}	3	ST,QL(90 cada 30 días)
ACTOPLUS MET 15 MG-850 MG TABLET ^{MM}	3	ST,QL(90 cada 30 días)
ACTOPLUS MET XR 15-1,000 MG TB ^{MM}	3	ST,QL(60 cada 30 días)
ACTOS 15 MG TABLET ^{MM}	3	QL(30 cada 30 días)
ACTOS 30 MG TABLET ^{MM}	3	QL(30 cada 30 días)
ACTOS 45 MG TABLET ^{MM}	3	QL(30 cada 30 días)
ACULAR 0.5 % EYE DROPS	3	ST
ACULAR LS 0.4 % EYE DROPS	3	ST

ST - Terapia por fases • QL - Límite de cantidad • PA - Autorización previa

8 - LISTA DE MEDICAMENTOS Actualizada 06/2022

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DEL USO
ACUVAIL (PF) 0.45 % EYE DROPS IN A DROPPERETTE	3	ST
acyclovir 200 mg capsule ^{MM}	1	
acyclovir 200 mg/5 ml susp ^{MM}	1	
acyclovir 400 mg tablet ^{MM}	1	
acyclovir 5% cream	1	PA
acyclovir 5% ointment	1	PA
acyclovir 800 mg tablet ^{MM}	1	
ACZONE 5 % TOPICAL GEL	3	ST
ACZONE 7.5 % TOPICAL GEL WITH PUMP	3	ST
ADACEL (TDAP ADOLESN/ADULT)(PF)2 LF-(2.5-5-3-5)-5 LF/0.5 ML IM SYRINGE	3	
ADACEL (TDAP ADOLESN/ADULT)(PF)2LF-(2.5-5-3-5MCG)-5 LF/0.5 ML IM SUSP	3	
ADALAT CC 30 MG TABLET,EXTENDED RELEASE ^{MM}	3	QL(60 cada 30 días)
ADALAT CC 60 MG TABLET,EXTENDED RELEASE ^{MM}	3	QL(60 cada 30 días)
ADALAT CC 90 MG TABLET,EXTENDED RELEASE ^{MM}	3	QL(60 cada 30 días)
adapalene 0.1% cream	1	
adapalene 0.1% gel	1	
adapalene 0.1% lotion	1	ST
adapalene 0.1% solution ^{SP,DL}	*	ST
adapalene 0.1% swab	1	ST,QL(30 cada 30 días)
adapalene 0.3% gel	1	ST
adapalene 0.3% gel pump	1	ST
adapalene-bnzyl perox 0.1-2.5%	1	
adapalene-bnzyl perox 0.3-2.5%	1	ST
ADBRY 150 MG/ML SUBCUTANEOUS SYRINGE ^{MM,SP,DL}	*	PA,QL(6 cada 28 días)
ADCIRCA 20 MG TABLET ^{MM}	3	PA,QL(60 cada 30 días)
ADDERALL 10 MG TABLET ^{MM}	3	ST,QL(90 cada 30 días)
ADDERALL 12.5 MG TABLET ^{MM}	3	ST,QL(90 cada 30 días)
ADDERALL 15 MG TABLET ^{MM}	3	ST,QL(90 cada 30 días)
ADDERALL 20 MG TABLET ^{MM}	3	ST,QL(90 cada 30 días)
ADDERALL 30 MG TABLET ^{MM}	3	ST,QL(60 cada 30 días)
ADDERALL 5 MG TABLET ^{MM}	3	ST,QL(90 cada 30 días)
ADDERALL 7.5 MG TABLET ^{MM}	3	ST,QL(90 cada 30 días)
ADDERALL XR 10 MG CAPSULE,EXTENDED RELEASE ^{MM}	3	ST,QL(30 cada 30 días)
ADDERALL XR 15 MG CAPSULE,EXTENDED RELEASE ^{MM}	3	ST,QL(30 cada 30 días)
ADDERALL XR 20 MG CAPSULE,EXTENDED RELEASE ^{MM}	3	ST,QL(60 cada 30 días)
ADDERALL XR 25 MG CAPSULE,EXTENDED RELEASE ^{MM}	3	ST,QL(60 cada 30 días)
ADDERALL XR 30 MG CAPSULE,EXTENDED RELEASE ^{MM}	3	ST,QL(60 cada 30 días)
ADDERALL XR 5 MG CAPSULE,EXTENDED RELEASE ^{MM}	3	ST,QL(30 cada 30 días)
adefovir dipivoxil 10 mg tab ^{SP,DL}	*	
ADEMPAS 0.5 MG TABLET ^{MM,SP,DL}	*	PA,QL(90 cada 30 días)
ADEMPAS 1 MG TABLET ^{MM,SP,DL}	*	PA,QL(90 cada 30 días)
ADEMPAS 1.5 MG TABLET ^{MM,SP,DL}	*	PA,QL(90 cada 30 días)
ADEMPAS 2 MG TABLET ^{MM,SP,DL}	*	PA,QL(90 cada 30 días)
ADEMPAS 2.5 MG TABLET ^{MM,SP,DL}	*	PA,QL(90 cada 30 días)
ADHANSIA XR 25 MG CAPSULE,EXTENDED RELEASE ^{MM}	3	ST,QL(30 cada 30 días)
ADHANSIA XR 35 MG CAPSULE,EXTENDED RELEASE ^{MM}	3	ST,QL(30 cada 30 días)
ADHANSIA XR 45 MG CAPSULE,EXTENDED RELEASE ^{MM}	3	ST,QL(30 cada 30 días)
ADHANSIA XR 55 MG CAPSULE,EXTENDED RELEASE ^{MM}	3	ST,QL(30 cada 30 días)
ADHANSIA XR 70 MG CAPSULE,EXTENDED RELEASE ^{MM}	3	ST,QL(30 cada 30 días)
ADHANSIA XR 85 MG CAPSULE,EXTENDED RELEASE ^{MM}	3	ST,QL(30 cada 30 días)
ADJUSTABLE LANCING DEVICE	3	
ADLYXIN 10 MCG/0.2 ML-20 MCG/0.2 ML SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR	3	ST,QL(6 cada 28 días)
ADLYXIN 20 MCG/0.2 ML SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR ^{MM}	3	ST,QL(6 cada 28 días)
ADMELOG SOLOSTAR U-100 INSULIN LISPRO 100 UNIT/ML SUBCUTANEOUS PEN ^{MM}	3	ST
ADMELOG U-100 INSULIN LISPRO 100 UNIT/ML SUBCUTANEOUS SOLUTION ^{MM}	3	ST

ST - Terapia por fases • QL - Límite de cantidad • PA - Autorización previa

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DEL USO
ADVAIR DISKUS 100 MCG-50 MCG/DOSE POWDER FOR INHALATION ^{MM}	3	ST,QL(60 cada 30 días)
ADVAIR DISKUS 250 MCG-50 MCG/DOSE POWDER FOR INHALATION ^{MM}	3	ST,QL(60 cada 30 días)
ADVAIR DISKUS 500 MCG-50 MCG/DOSE POWDER FOR INHALATION ^{MM}	3	ST,QL(60 cada 30 días)
ADVAIR HFA 115 MCG-21 MCG/ACTUATION AEROSOL INHALER ^{MM}	2	QL(12 cada 30 días)
ADVAIR HFA 230 MCG-21 MCG/ACTUATION AEROSOL INHALER ^{MM}	2	QL(12 cada 30 días)
ADVAIR HFA 45 MCG-21 MCG/ACTUATION AEROSOL INHALER ^{MM}	2	QL(12 cada 30 días)
ADVANCED GLUCOSE METER ^{MM}	3	ST
ADVANCED GLUCOSE METER TEST STRIPS ^{MM}	3	ST,QL(150 cada 30 días)
ADVANCED LANCING DEVICE KIT ^{MM}	2	
ADVANCED TRAVEL LANCETS 28 GAUGE ^{MM}	2	
ADVANCED TRAVEL LANCETS 30 GAUGE ^{MM}	2	
ADVOCATE BLOOD GLUCOSE MONITOR ^{MM}	3	ST
ADVOCATE CONTROL SOLUTION HIGH ^{MM}	3	
ADVOCATE DUO DEVICE	3	ST
ADVOCATE LANCET 26 GAUGE ^{MM}	2	
ADVOCATE LANCET 30 GAUGE ^{MM}	2	
ADVOCATE LANCING DEVICE	2	
ADVOCATE LOW CONTROL SOLUTION ^{MM}	3	
ADVOCATE PEN NEEDLE 29 GAUGE X 1/2" ^{MM}	3	
ADVOCATE PEN NEEDLE 31 GAUGE X 3/16" ^{MM}	3	
ADVOCATE PEN NEEDLE 31 GAUGE X 5/16" ^{MM}	3	
ADVOCATE PEN NEEDLE 33 GAUGE X 5/32" ^{MM}	2	
ADVOCATE RAPID-SAFE LANCING DEVICE	3	
ADVOCATE REDI-CODE DUO METER	3	ST
ADVOCATE REDI-CODE GLUCOSE MONITOR ^{MM}	3	ST
ADVOCATE REDI-CODE GLUCOSE MONITOR KIT ^{MM}	3	ST
ADVOCATE REDI-CODE PLUS ^{MM}	3	ST
ADVOCATE REDI-CODE PLUS CTRL LOW SOLUTION ^{MM}	3	
ADVOCATE REDI-CODE PLUS STRIPS ^{MM}	3	ST,QL(150 cada 30 días)
ADVOCATE REDI-CODE STRIPS ^{MM}	3	ST,QL(150 cada 30 días)
ADVOCATE REDI-CODE+ CTRL HIGH SOLUTION ^{MM}	3	
ADVOCATE SYRINGES 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2" ^{MM}	3	
ADVOCATE SYRINGES 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16" ^{MM}	3	
ADVOCATE SYRINGES 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16" ^{MM}	3	
ADVOCATE SYRINGES 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2" ^{MM}	3	
ADVOCATE SYRINGES 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16" ^{MM}	3	
ADVOCATE SYRINGES 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16" ^{MM}	3	
ADVOCATE SYRINGES 1 ML 29 GAUGE X 1/2" ^{MM}	3	
ADVOCATE SYRINGES 1 ML 30 GAUGE X 5/16" ^{MM}	3	
ADVOCATE SYRINGES 1 ML 31 GAUGE X 5/16" ^{MM}	3	
ADVOCATE TEST STRIPS ^{MM}	3	ST,QL(150 cada 30 días)
ADZENYS ER 1.25 MG/ML SUSP ^{MM}	3	ST,QL(450 cada 30 días)
ADZENYS XR-ODT 12.5 MG EXTENDED RELEASE DISINTEGRATING TABLET ^{MM}	3	ST,QL(30 cada 30 días)
ADZENYS XR-ODT 15.7 MG EXTENDED RELEASE DISINTEGRATING TABLET ^{MM}	3	ST,QL(30 cada 30 días)
ADZENYS XR-ODT 18.8 MG EXTENDED RELEASE DISINTEGRATING TABLET ^{MM}	3	ST,QL(30 cada 30 días)
ADZENYS XR-ODT 3.1 MG EXTENDED RELEASE DISINTEGRATING TABLET ^{MM}	3	ST,QL(30 cada 30 días)
ADZENYS XR-ODT 6.3 MG EXTENDED RELEASE DISINTEGRATING TABLET ^{MM}	3	ST,QL(30 cada 30 días)
ADZENYS XR-ODT 9.4 MG EXTENDED RELEASE DISINTEGRATING TABLET ^{MM}	3	ST,QL(30 cada 30 días)
AEMCOLO 194 MG TABLET,DELAYED RELEASE	3	PA,QL(12 cada 30 días)
AEROCHAMBER MINI	3	
AEROCHAMBER MV SPACER	2	
AEROCHAMBER PLUS FLOW-VU	3	
AEROCHAMBER PLUS FLOW-VU,LARGE MASK	2	
AEROCHAMBER PLUS FLOW-VU,MEDIUM MASK	2	
AEROCHAMBER PLUS FLOW-VU,SMALL MASK	2	

ST - Terapia por fases • QL - Límite de cantidad • PA - Autorización previa

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DEL USO
AEROCHAMBER PLUS W-FLOWSIGNAL	2	
AEROCHAMBER PLUS Z STAT LARGE MASK	2	
AEROCHAMBER PLUS Z STAT MEDIUM MASK	2	
AEROCHAMBER PLUS Z STAT SMALL MASK	2	
AEROCHAMBER PLUS Z STAT SPACER	2	
AEROCHAMBER Z-STAT PLUS-FLOW SIGNAL	2	
AEROGEAR ACTION ASTHMA KIT	3	
AEROTRACH PLUS SPACER	2	
AEROVENT PLUS SPACER	2	
AFINITOR 10 MG TABLET ^{MM,SP,DL}	*	PA,QL(30 cada 30 días)
AFINITOR 2.5 MG TABLET ^{MM,SP,DL}	*	PA,QL(30 cada 30 días)
AFINITOR 5 MG TABLET ^{MM,SP,DL}	*	PA,QL(30 cada 30 días)
AFINITOR 7.5 MG TABLET ^{MM,SP,DL}	*	PA,QL(30 cada 30 días)
AFINITOR DISPERZ 2 MG TABLET FOR ORAL SUSPENSION ^{MM,SP,DL}	*	PA,QL(30 cada 30 días)
AFINITOR DISPERZ 3 MG TABLET FOR ORAL SUSPENSION ^{MM,SP,DL}	*	PA,QL(30 cada 30 días)
AFINITOR DISPERZ 5 MG TABLET FOR ORAL SUSPENSION ^{MM,SP,DL}	*	PA,QL(30 cada 30 días)
afirmelle 0.1 mg-20 mcg tablet ^{MM}	1	
AFLURIA QD 2021-22 (36 MOS UP)(PF)60 MCG (15 MCG X4)/0.5 ML IM SYRINGE	3	
AFLURIA QD 2021-22 (6-35 MOS)(PF) 30 MCG(7.5 MCGX4)/0.25 ML IM SYRINGE	3	
AFLURIA QUAD 2021-2022 60 MCG (15 MCG X 4)/0.5 ML INTRAMUSCULAR SUSP.	3	
AFREZZA (REGULAR INSULIN) 8 UNIT (90)/12 UNIT (90) CARTRIDGE,INHALER ^{MM}	3	PA,QL(180 cada 30 días)
AFREZZA 12 UNIT CARTRIDGE WITH INHALER ^{MM}	3	PA,QL(90 cada 30 días)
AFREZZA 4 UNIT (60)/8 UNIT (60)/12 UNIT (60) CARTRIDGE WITH INHALER ^{MM}	3	PA,QL(180 cada 30 días)
AFREZZA 4 UNIT (90)/8 UNIT (90) CARTRIDGE WITH INHALER ^{MM}	3	PA,QL(180 cada 30 días)
AFREZZA 4 UNIT CARTRIDGE WITH INHALER ^{MM}	3	PA,QL(90 cada 30 días)
AFREZZA 8 UNIT CARTRIDGE WITH INHALER ^{MM}	3	PA,QL(90 cada 30 días)
AGAMATRIX AMP GLUCOSE MONITORING SYSTEM ^{MM}	3	ST
AGAMATRIX AMP TEST STRIPS ^{MM}	3	ST,QL(150 cada 30 días)
AGAMATRIX CONTROL HIGH SOLUTION ^{MM}	3	
AGAMATRIX CONTROL NORM-HI SOLUTION ^{MM}	3	
AGAMATRIX PRESTO TEST STRIPS ^{MM}	3	ST,QL(150 cada 30 días)
AGGRENOX 25 MG-200 MG CAPSULE ^{MM}	3	ST
AGRYLIN 0.5 MG CAPSULE ^{MM}	3	
AIMOVIG AUTOINJECTOR 140 MG/ML SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR ^{MM}	2	PA,QL(1 cada 30 días)
AIMOVIG AUTOINJECTOR 70 MG/ML SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR ^{MM}	2	PA,QL(2 cada 30 días)
AIRDUO DIGIHALER 113 MCG-14 MCG/ACTUATION BREATH ACT,POWDER SENSOR ^{MM}	3	ST,QL(1 cada 30 días)
AIRDUO DIGIHALER 232 MCG-14 MCG/ACTUATION BREATH ACT,POWDER SENSOR ^{MM}	3	ST,QL(1 cada 30 días)
AIRDUO DIGIHALER 55 MCG-14 MCG/ACTUATION BREATH ACT,POWDER SENSOR ^{MM}	3	ST,QL(1 cada 30 días)
AIRDUO RESPICLICK 113 MCG-14 MCG/ACTUATION BREATH ACTIVATED ^{MM}	3	ST,QL(1 cada 30 días)
AIRDUO RESPICLICK 232 MCG-14 MCG/ACTUATION BREATH ACTIVATED ^{MM}	3	ST,QL(1 cada 30 días)
AIRDUO RESPICLICK 55 MCG-14 MCG/ACTUATION BREATH ACTIVATED ^{MM}	3	ST,QL(1 cada 30 días)
AJOVY 225 MG/1.5 ML SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR ^{MM}	3	PA,QL(1.5 cada 30 días)
AJOVY SYRINGE 225 MG/1.5 ML SUBCUTANEOUS ^{MM}	3	PA,QL(1.5 cada 30 días)
ak-poly-bac 500 unit-10,000 unit/gram eye ointment	1	
AKLIEF 0.005 % TOPICAL CREAM	3	PA
AKTEN (PF) 3.5 % EYE GEL	3	
AKYNZEO (NETUPITANT) 300 MG-0.5 MG CAPSULE	3	PA,QL(4 cada 28 días)
ALA-CORT 1 % TOPICAL CREAM	3	
ALA-SCALP 2 % LOTION	3	
albendazole 200 mg tablet	1	
ALBENZA 200 MG TABLET	3	
albuterol 2.5 mg/0.5 ml sol ^{MM}	1	
albuterol 5 mg/ml solution ^{MM}	1	
albuterol hfa 90 mcg inhaler ^{MM}	1	QL(36 cada 30 días)

ST - Terapia por fases • QL - Límite de cantidad • PA - Autorización previa

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DEL USO
albuterol sul 0.63 mg/3 ml sol ^{MM}	1	
albuterol sul 1.25 mg/3 ml sol ^{MM}	1	
albuterol sul 2.5 mg/3 ml soln ^{MM}	1	
albuterol sulf 2 mg/5 ml syrup ^{MM}	1	
albuterol sulfate 2 mg tab ^{MM}	1	
albuterol sulfate 4 mg tab ^{MM}	1	
albuterol sulfate er 4 mg tab ^{MM}	1	
albuterol sulfate er 8 mg tab ^{MM}	1	
ALCAINE 0.5 % EYE DROPS	1	
alclometasone dipr 0.05% oint	1	
alclometasone dipro 0.05% crm	1	
ALDACTAZIDE 25 MG-25 MG TABLET ^{MM}	3	
ALDACTAZIDE 50 MG-50 MG TABLET ^{MM}	3	
ALDACTONE 100 MG TABLET ^{MM}	3	
ALDACTONE 25 MG TABLET ^{MM}	3	
ALDACTONE 50 MG TABLET ^{MM}	3	
ALDARA 5% CREAM	3	QL(12 cada 30 días)
ALECENSA 150 MG CAPSULE ^{MM,SP,LD,DL}	*	PA,QL(240 cada 30 días)
alendronate sod 70 mg/75 ml ^{MM}	1	QL(300 cada 28 días)
alendronate sodium 10 mg tab ^{MM}	1	QL(30 cada 30 días)
alendronate sodium 35 mg tab ^{MM}	1	QL(4 cada 28 días)
alendronate sodium 5 mg tablet ^{MM}	1	QL(30 cada 30 días)
alendronate sodium 70 mg tab ^{MM}	1	QL(4 cada 28 días)
alfuzosin hcl er 10 mg tablet ^{MM}	1	QL(30 cada 30 días)
ALINIA 100 MG/5 ML ORAL SUSPENSION ^{SP,DL}	*	QL(150 cada 30 días)
ALINIA 500 MG TABLET ^{SP,DL}	*	QL(40 cada 30 días)
aliskiren 150 mg tablet ^{MM}	1	ST,QL(30 cada 30 días)
aliskiren 300 mg tablet ^{MM}	1	ST,QL(30 cada 30 días)
ALKERAN 2 MG TABLET ^{SP,DL}	*	QL(80 cada 30 días)
ALKINDI SPRINKLE 0.5 MG CAPSULE ^{MM,SP,DL}	*	PA
ALKINDI SPRINKLE 1 MG CAPSULE ^{MM,SP,DL}	*	PA
ALKINDI SPRINKLE 2 MG CAPSULE ^{MM,SP,DL}	*	PA
ALKINDI SPRINKLE 5 MG CAPSULE ^{MM,SP,DL}	*	PA
ALLERGIST TRAY 1/2 ML 27 GAUGE X 3/8" SYRINGE	3	
ALLERGIST TRAY INTRADERMAL BEVEL 1 ML 26 GAUGE X 1/2" SYRINGE	3	
ALLERGIST TRAY INTRADERMAL BEVEL 1 ML 26 GAUGE X 3/8" SYRINGE	3	
ALLERGIST TRAY INTRADERMAL BEVEL 1 ML 27 GAUGE X 3/8" SYRINGE	3	
ALLERGIST TRAY REGULAR BEVEL 1 ML 27 GAUGE X 3/8" SYRINGE	3	
allopurinol 100 mg tablet ^{MM}	1	
allopurinol 300 mg tablet ^{MM}	1	
ALLZITAL 25 MG-325 MG TABLET	3	QL(360 cada 30 días)
almotriptan malate 12.5 mg tab	1	ST,QL(9 cada 30 días)
almotriptan malate 6.25 mg tab	1	ST,QL(9 cada 30 días)
ALOCRI 2 % EYE DROPS	3	ST
alogliptin 12.5 mg tablet ^{MM}	3	PA,QL(30 cada 30 días)
alogliptin 25 mg tablet ^{MM}	3	PA,QL(30 cada 30 días)
alogliptin 6.25 mg tablet ^{MM}	3	PA,QL(30 cada 30 días)
alogliptin-metformin 12.5-1000 ^{MM}	3	PA,QL(60 cada 30 días)
alogliptin-metformin 12.5-500 ^{MM}	3	PA,QL(60 cada 30 días)
alogliptin-pioglit 12.5-15 mg ^{MM}	3	PA,QL(30 cada 30 días)
alogliptin-pioglit 12.5-30 mg ^{MM}	3	PA,QL(30 cada 30 días)
alogliptin-pioglit 12.5-45 mg ^{MM}	3	PA,QL(30 cada 30 días)
alogliptin-pioglit 25-15 mg tb ^{MM}	3	PA,QL(30 cada 30 días)
alogliptin-pioglit 25-30 mg tb ^{MM}	3	PA,QL(30 cada 30 días)
alogliptin-pioglit 25-45 mg tb ^{MM}	3	PA,QL(30 cada 30 días)

ST - Terapia por fases • QL - Límite de cantidad • PA - Autorización previa

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DEL USO
ALOMIDE 0.1 % EYE DROPS	3	ST
ALORA 0.025 MG/24 HR TRANSDERMAL PATCH ^{MM}	3	QL(8 cada 28 días)
ALORA 0.05 MG/24 HR TRANSDERMAL PATCH ^{MM}	3	QL(8 cada 28 días)
ALORA 0.075 MG/24 HR TRANSDERMAL PATCH ^{MM}	3	QL(8 cada 28 días)
ALORA 0.1 MG/24 HR TRANSDERMAL PATCH ^{MM}	3	QL(8 cada 28 días)
alose tron hcl 0.5 mg tablet ^{SP,DL}	*	PA,QL(60 cada 30 días)
alose tron hcl 1 mg tablet ^{SP,DL}	*	PA,QL(60 cada 30 días)
ALPHAGAN P 0.1 % EYE DROPS ^{MM}	3	ST,QL(10 cada 30 días)
ALPHAGAN P 0.15 % EYE DROPS ^{MM}	3	ST,QL(10 cada 30 días)
alprazolam 0.25 mg tablet ^{DL}	1	QL(120 cada 30 días)
alprazolam 0.5 mg tablet ^{DL}	1	QL(120 cada 30 días)
alprazolam 1 mg tablet ^{DL}	1	QL(120 cada 30 días)
alprazolam 2 mg tablet ^{DL}	1	QL(150 cada 30 días)
alprazolam er 0.5 mg tablet ^{DL}	1	QL(60 cada 30 días)
alprazolam er 1 mg tablet ^{DL}	1	QL(60 cada 30 días)
alprazolam er 2 mg tablet ^{DL}	1	QL(60 cada 30 días)
alprazolam er 3 mg tablet ^{DL}	1	QL(60 cada 30 días)
alprazolam intensol 1 mg/ml oral concentrate ^{DL}	1	
alprazolam odt 0.25 mg tab ^{DL}	1	QL(120 cada 30 días)
alprazolam odt 0.5 mg tab ^{DL}	1	QL(120 cada 30 días)
alprazolam odt 1 mg tab ^{DL}	1	QL(120 cada 30 días)
alprazolam odt 2 mg tab ^{DL}	1	QL(90 cada 30 días)
ALREX 0.2 % EYE DROPS,SUSPENSION	3	ST
ALTABAX 1 % TOPICAL OINTMENT	3	
ALTACE 1.25 MG CAPSULE ^{MM}	3	
ALTACE 10 MG CAPSULE ^{MM}	3	
ALTACE 2.5 MG CAPSULE ^{MM}	3	
ALTACE 5 MG CAPSULE ^{MM}	3	
altavera (28) 0.15 mg-0.03 mg tablet ^{MM}	1	
ALTERNATE SITE LANCET 26 GAUGE ^{MM}	2	
ALTERNATE SITE LANCING DEVICE	3	
ALTOPREV 20 MG TABLET,EXTENDED RELEASE ^{MM,SP,DL}	*	ST,QL(30 cada 30 días)
ALTOPREV 40 MG TABLET,EXTENDED RELEASE ^{MM,SP,DL}	*	ST,QL(30 cada 30 días)
ALTOPREV 60 MG TABLET,EXTENDED RELEASE ^{MM,SP,DL}	*	ST,QL(30 cada 30 días)
ALTRENO 0.05 % LOTION	3	PA
ALUNBRIG 180 MG TABLET ^{MM,SP,DL}	*	PA,QL(30 cada 30 días)
ALUNBRIG 30 MG TABLET ^{MM,SP,DL}	*	PA,QL(180 cada 30 días)
ALUNBRIG 90 MG (7)-180 MG (23) TABLETS IN A DOSE PACK ^{SP,DL}	*	PA,QL(30 cada 30 días)
ALUNBRIG 90 MG TABLET ^{MM,SP,DL}	*	PA,QL(30 cada 30 días)
ALVESCO 160 MCG/ACTUATION AEROSOL INHALER ^{MM}	3	ST,QL(18.3 cada 28 días)
ALVESCO 80 MCG/ACTUATION AEROSOL INHALER ^{MM}	3	ST,QL(18.3 cada 28 días)
alvimopan 12 mg capsule	1	QL(15 cada 365 días)
alyacen 1/35 (28) 1 mg-35 mcg tablet ^{MM}	1	
alyacen 7/7/7 (28) 0.5 mg/0.75 mg/1 mg-35 mcg tablet ^{MM}	1	
alyq 20 mg tablet ^{MM}	1	PA,QL(60 cada 30 días)
amabelz 0.5 mg-0.1 mg tablet ^{MM}	1	
amabelz 1 mg-0.5 mg tablet ^{MM}	1	
amantadine 100 mg capsule ^{MM}	1	
amantadine 100 mg tablet ^{MM}	1	
amantadine 50 mg/5 ml solution ^{MM}	1	
AMARYL 1 MG TABLET ^{MM}	3	
AMARYL 2 MG TABLET ^{MM}	3	
AMARYL 4 MG TABLET ^{MM}	3	
AMBIEN 10 MG TABLET	3	ST,QL(30 cada 30 días)
AMBIEN 5 MG TABLET	3	ST,QL(30 cada 30 días)

ST - Terapia por fases • QL - Límite de cantidad • PA - Autorización previa

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DEL USO
AMBIEN CR 12.5 MG TABLET,EXTENDED RELEASE	3	ST,QL(30 cada 30 días)
AMBIEN CR 6.25 MG TABLET,EXTENDED RELEASE	3	ST,QL(30 cada 30 días)
ambrisentan 10 mg tablet ^{MM,SP,DL}	*	PA,QL(30 cada 30 días)
ambrisentan 5 mg tablet ^{MM,SP,DL}	*	PA,QL(30 cada 30 días)
amcinonide 0.1% cream	1	
amcinonide 0.1% lotion	1	
AMERGE 1 MG TABLET	3	ST,QL(9 cada 30 días)
AMERGE 2.5 MG TABLET	3	ST,QL(9 cada 30 días)
amethia 0.15 mg-30 mcg (84)/10 mcg(7) tablets,3 month dose pack ^{MM}	1	QL(91 cada 90 días)
amethia lo tablet ^{MM}	1	QL(91 cada 90 días)
amethyst (28) 90 mcg-20 mcg tablet ^{MM}	1	
AMICAR 1,000 MG TABLET	3	
AMICAR 250 MG/ML (25 %) ORAL SOLUTION ^{SP,DL}	*	
AMICAR 500 MG TABLET	3	
amiloride hcl 5 mg tablet ^{MM}	1	
amiloride hcl-hctz 5-50 mg tab ^{MM}	1	
aminocaproic acid 0.25 gram/ml ^{SP,DL}	*	
aminocaproic acid 1,000 mg tab	1	
aminocaproic acid 500 mg tab	1	
AMINOSYN 7 % WITH ELECTROLYTES INTRAVENOUS SOLUTION	3	
AMINOSYN 8.5 % WITH ELECTROLYTES INTRAVENOUS SOLUTION	3	
AMINOSYN II 8.5 % WITH ELECTROLYTES INTRAVENOUS SOLUTION	3	
AMINOSYN M 3.5 % INTRAVENOUS SOLUTION	3	
AMINOSYN-HBC 7% INTRAVENOUS SOLUTION	3	
amiodarone hcl 100 mg tablet ^{MM}	1	
amiodarone hcl 200 mg tablet ^{MM}	1	
amiodarone hcl 400 mg tablet ^{MM}	1	
AMITIZA 24 MCG CAPSULE ^{MM}	3	PA,QL(60 cada 30 días)
AMITIZA 8 MCG CAPSULE ^{MM}	3	PA,QL(60 cada 30 días)
amitriptyline hcl 10 mg tab ^{MM}	1	
amitriptyline hcl 100 mg tab ^{MM}	1	
amitriptyline hcl 150 mg tab ^{MM}	1	
amitriptyline hcl 25 mg tab ^{MM}	1	
amitriptyline hcl 50 mg tab ^{MM}	1	
amitriptyline hcl 75 mg tab ^{MM}	1	
amlod-vals-hctz 10-160-12.5mg ^{MM}	1	ST,QL(30 cada 30 días)
amlod-vals-hctz 10-160-25 mg ^{MM}	1	ST,QL(30 cada 30 días)
amlod-vals-hctz 10-320-25 mg ^{MM}	1	ST,QL(30 cada 30 días)
amlod-vals-hctz 5-160-12.5 mg ^{MM}	1	ST,QL(30 cada 30 días)
amlod-vals-hctz 5-160-25 mg ^{MM}	1	ST,QL(30 cada 30 días)
amlodipine besylate 10 mg tab ^{MM}	1	QL(30 cada 30 días)
amlodipine besylate 2.5 mg tab ^{MM}	1	QL(30 cada 30 días)
amlodipine besylate 5 mg tab ^{MM}	1	QL(30 cada 30 días)
amlodipine-atorvast 10-10 mg ^{MM}	1	QL(30 cada 30 días)
amlodipine-atorvast 10-20 mg ^{MM}	1	QL(30 cada 30 días)
amlodipine-atorvast 10-40 mg ^{MM}	1	QL(30 cada 30 días)
amlodipine-atorvast 10-80 mg ^{MM}	1	QL(30 cada 30 días)
amlodipine-atorvast 2.5-10 mg ^{MM}	1	QL(30 cada 30 días)
amlodipine-atorvast 2.5-20 mg ^{MM}	1	QL(30 cada 30 días)
amlodipine-atorvast 2.5-40 mg ^{MM}	1	QL(30 cada 30 días)
amlodipine-atorvast 5-10 mg ^{MM}	1	QL(30 cada 30 días)
amlodipine-atorvast 5-20 mg ^{MM}	1	QL(30 cada 30 días)
amlodipine-atorvast 5-40 mg ^{MM}	1	QL(30 cada 30 días)
amlodipine-atorvast 5-80 mg ^{MM}	1	QL(30 cada 30 días)
amlodipine-benazepril 10-20 mg ^{MM}	1	QL(60 cada 30 días)

ST - Terapia por fases • QL - Límite de cantidad • PA - Autorización previa

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DEL USO
amlodipine-benazepril 10-40 mg ^{MM}	1	QL(30 cada 30 días)
amlodipine-benazepril 2.5-10 ^{MM}	1	QL(60 cada 30 días)
amlodipine-benazepril 5-10 mg ^{MM}	1	QL(60 cada 30 días)
amlodipine-benazepril 5-20 mg ^{MM}	1	QL(60 cada 30 días)
amlodipine-benazepril 5-40 mg ^{MM}	1	QL(30 cada 30 días)
amlodipine-olmesartan 10-20 mg ^{MM}	1	ST,QL(30 cada 30 días)
amlodipine-olmesartan 10-40 mg ^{MM}	1	ST,QL(30 cada 30 días)
amlodipine-olmesartan 5-20 mg ^{MM}	1	ST,QL(30 cada 30 días)
amlodipine-olmesartan 5-40 mg ^{MM}	1	ST,QL(30 cada 30 días)
amlodipine-valsartan 10-160 mg ^{MM}	1	QL(30 cada 30 días)
amlodipine-valsartan 10-320 mg ^{MM}	1	QL(30 cada 30 días)
amlodipine-valsartan 5-160 mg ^{MM}	1	QL(30 cada 30 días)
amlodipine-valsartan 5-320 mg ^{MM}	1	QL(30 cada 30 días)
ammonium lactate 12% cream	1	
ammonium lactate 12% lotion	1	
amnestem 10 mg capsule	1	QL(60 cada 30 días)
amnestem 20 mg capsule	1	QL(60 cada 30 días)
amnestem 40 mg capsule	1	QL(120 cada 30 días)
amox-clav 200-28.5 mg tab chew	1	
amox-clav 200-28.5 mg/5 ml sus	1	
amox-clav 250-125 mg tablet	1	
amox-clav 250-62.5 mg/5 ml sus	1	
amox-clav 400-57 mg tab chew	1	
amox-clav 400-57 mg/5 ml susp	1	
amox-clav 500-125 mg tablet	1	
amox-clav 600-42.9 mg/5 ml sus	1	
amox-clav 875-125 mg tablet	1	
amox-clav er 1,000-62.5 mg tab	1	
amoxapine 100 mg tablet ^{MM}	1	
amoxapine 150 mg tablet ^{MM}	1	
amoxapine 25 mg tablet ^{MM}	1	
amoxapine 50 mg tablet ^{MM}	1	
amoxicillin 125 mg tab chew	1	
amoxicillin 125 mg/5 ml susp	1	
amoxicillin 200 mg/5 ml susp	1	
amoxicillin 250 mg capsule	1	
amoxicillin 250 mg tab chew	1	
amoxicillin 250 mg/5 ml susp	1	
amoxicillin 400 mg/5 ml susp	1	
amoxicillin 500 mg capsule	1	
amoxicillin 500 mg tablet	1	
amoxicillin 875 mg tablet	1	
amphetamine er 1.25 mg/ml susp ^{MM}	3	ST,QL(450 cada 30 días)
amphetamine sulfate 10 mg tab ^{MM}	1	ST,QL(90 cada 30 días)
amphetamine sulfate 5 mg tab ^{MM}	1	ST,QL(90 cada 30 días)
ampicillin 250 mg capsule	1	
ampicillin 500 mg capsule	1	
AMPYRA 10 MG TABLET,EXTENDED RELEASE ^{MM,LD}	3	PA,QL(60 cada 30 días)
AMRIX 15 MG CAPSULE,EXTENDED RELEASE	3	PA,QL(21 cada 30 días)
AMRIX 30 MG CAPSULE,EXTENDED RELEASE	3	PA,QL(21 cada 30 días)
AMZEEQ 4 % TOPICAL FOAM	3	PA
ANAFRANIL 25 MG CAPSULE ^{MM}	3	
ANAFRANIL 50 MG CAPSULE ^{MM}	3	
ANAFRANIL 75 MG CAPSULE ^{MM}	3	
anagrelide hcl 0.5 mg capsule ^{MM}	1	
anagrelide hcl 1 mg capsule ^{MM}	1	
ANALPRAM-HC 1 %-1 % RECTAL CREAM	3	

ST - Terapia por fases • QL - Límite de cantidad • PA - Autorización previa

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DEL USO
ANALPRAM-HC 2.5 %-1 % LOTION	3	
ANAPROX DS 550 MG TABLET ^{MM}	3	
ANASPAZ 0.125 MG DISINTEGRATING TABLET ^{MM}	3	
anastrozole 1 mg tablet ^{MM}	1	QL(30 cada 30 días)
ANCOBON 250 MG CAPSULE	3	
ANCOBON 500 MG CAPSULE	3	
ANDRODERM 2 MG/24 HOUR TRANSDERMAL 24 HOUR PATCH ^{MM}	3	PA,QL(90 cada 30 días)
ANDRODERM 4 MG/24 HR TRANSDERMAL 24 HOUR PATCH ^{MM}	3	PA,QL(30 cada 30 días)
ANDROGEL 1 % (25 MG/2.5 GRAM) TRANSDERMAL GEL PACKET ^{MM}	3	PA,QL(300 cada 30 días)
ANDROGEL 1 % (50 MG/5 GRAM) TRANSDERMAL GEL PACKET ^{MM}	3	PA,QL(300 cada 30 días)
ANDROGEL 1.62 % (20.25 MG/1.25 GRAM) TRANSDERMAL GEL PACKET ^{MM}	3	PA,QL(37.5 cada 30 días)
ANDROGEL 1.62 % (40.5 MG/2.5 GRAM) TRANSDERMAL GEL PACKET ^{MM}	3	PA,QL(150 cada 30 días)
ANDROGEL 20.25 MG/1.25 GRAM (1.62 %) TRANSDERMAL GEL PUMP ^{MM}	3	PA,QL(150 cada 30 días)
ANDROID 10 MG CAPSULE ^{MM,SP,DL}	*	
ANGELIQ 0.25 MG-0.5 MG TABLET ^{MM}	3	
ANGELIQ 0.5 MG-1 MG TABLET ^{MM}	3	
ANNOVERA 0.15 MG-0.013 MG/24 HR VAGINAL RING ^{MM}	3	QL(1 cada 365 días)
ANORO ELLIPTA 62.5 MCG-25 MCG/ACTUATION POWDER FOR INHALATION ^{MM}	2	QL(60 cada 30 días)
ANTABUSE 250 MG TABLET ^{MM}	3	
ANTABUSE 500 MG TABLET ^{MM}	3	
ANTARA 30 MG CAPSULE ^{MM}	3	ST,QL(30 cada 30 días)
ANTARA 90 MG CAPSULE ^{MM}	3	ST,QL(30 cada 30 días)
ANTIVERT 25 MG CHEWABLE TABLET	3	
ANTIVERT 50 MG TABLET	3	
anusol-hc 2.5 % topical cream with perineal applicator	1	
ANZEMET 50 MG TABLET	3	PA
APADAZ 4.08 MG-325 MG TABLET ^{DL}	3	PA,QL(168 cada 30 días)
APADAZ 6.12 MG-325 MG TABLET ^{DL}	3	PA,QL(168 cada 30 días)
APADAZ 8.16 MG-325 MG TABLET ^{DL}	3	PA,QL(168 cada 30 días)
apexicon e 0.05 % topical cream	1	ST
APIDRA SOLOSTAR U-100 INSULIN 100 UNIT/ML SUBCUTANEOUS PEN ^{MM}	3	ST
APIDRA U-100 INSULIN 100 UNIT/ML SUBCUTANEOUS SOLUTION ^{MM}	3	ST
APLENZIN 174 MG TABLET,EXTENDED RELEASE ^{MM,SP,DL}	*	PA,QL(30 cada 30 días)
APLENZIN 348 MG TABLET,EXTENDED RELEASE ^{MM,SP,DL}	*	PA,QL(30 cada 30 días)
APLENZIN 522 MG TABLET,EXTENDED RELEASE ^{MM,SP,DL}	*	PA,QL(30 cada 30 días)
APOKYN 10 MG/ML SUBCUTANEOUS CARTRIDGE ^{MM,SP,DL}	*	QL(84 cada 28 días)
apomorphine 30 mg/3 ml cartrdg ^{MM,SP,DL}	*	QL(84 cada 28 días)
apraclonidine hcl 0.5% drops	1	
aprepitant 125 mg capsule	1	PA,QL(2 cada 28 días)
aprepitant 125-80-80 mg pack	1	PA,QL(6 cada 28 días)
aprepitant 40 mg capsule	1	PA,QL(2 cada 28 días)
aprepitant 80 mg capsule	1	PA,QL(4 cada 28 días)
APRETUDE 600 MG/3 ML (200 MG/ML) IM SUSPENSION, EXTENDED RELEASE ^{MM,SP,DL}	*	QL(21 cada 365 días)
apri 0.15 mg-0.03 mg tablet ^{MM}	1	
APRISO 0.375 GRAM CAPSULE,EXTENDED RELEASE ^{MM}	3	ST,QL(120 cada 30 días)
APTENSIO XR 10 MG CAPSULE,EXTENDED RELEASE SPRINKLE ^{MM}	3	ST,QL(30 cada 30 días)
APTENSIO XR 15 MG CAPSULE,EXTENDED RELEASE SPRINKLE ^{MM}	3	ST,QL(30 cada 30 días)
APTENSIO XR 20 MG CAPSULE,EXTENDED RELEASE SPRINKLE ^{MM}	3	ST,QL(30 cada 30 días)
APTENSIO XR 30 MG CAPSULE,EXTENDED RELEASE SPRINKLE ^{MM}	3	ST,QL(30 cada 30 días)
APTENSIO XR 40 MG CAPSULE,EXTENDED RELEASE SPRINKLE ^{MM}	3	ST,QL(30 cada 30 días)
APTENSIO XR 50 MG CAPSULE,EXTENDED RELEASE SPRINKLE ^{MM}	3	ST,QL(30 cada 30 días)
APTENSIO XR 60 MG CAPSULE,EXTENDED RELEASE SPRINKLE ^{MM}	3	ST,QL(30 cada 30 días)
APTIOM 200 MG TABLET ^{MM,SP,DL}	*	PA,QL(30 cada 30 días)
APTIOM 400 MG TABLET ^{MM,SP,DL}	*	PA,QL(30 cada 30 días)
APTIOM 600 MG TABLET ^{MM,SP,DL}	*	PA,QL(60 cada 30 días)

ST - Terapia por fases • QL - Límite de cantidad • PA - Autorización previa

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DEL USO
APTIOM 800 MG TABLET ^{MM,SP,DL}	*	PA,QL(60 cada 30 días)
APTIVUS 100 MG/ML SOLUTION ^{MM,SP}	*	QL(285 cada 28 días)
APTIVUS 250 MG CAPSULE ^{MM,SP}	*	QL(120 cada 30 días)
AQUA LANCE LANCING DEVICE	3	
ARAKODA 100 MG TABLET	3	QL(56 cada 180 días)
aranelle (28) 0.5 mg/1 mg/0.5 mg-35 mcg tablet ^{MM}	1	
ARANESP 10 MCG/0.4 ML (IN POLYSORBATE) INJECTION SYRINGE ^{MM,SP,DL}	*	PA,QL(1.6 cada 30 días)
ARANESP 100 MCG/0.5 ML (IN POLYSORBATE) INJECTION SYRINGE ^{MM,SP,DL}	*	PA,QL(2 cada 30 días)
ARANESP 100 MCG/ML (IN POLYSORBATE) INJECTION ^{MM,SP,DL}	*	PA,QL(4 cada 30 días)
ARANESP 150 MCG/0.3 ML (IN POLYSORBATE) INJECTION SYRINGE ^{MM,SP,DL}	*	PA,QL(1.2 cada 30 días)
ARANESP 200 MCG/0.4 ML (IN POLYSORBATE) INJECTION SYRINGE ^{MM,SP,DL}	*	PA,QL(1.6 cada 30 días)
ARANESP 200 MCG/ML (IN POLYSORBATE) INJECTION ^{MM,SP,DL}	*	PA,QL(4 cada 30 días)
ARANESP 25 MCG/0.42 ML (IN POLYSORBATE) INJECTION SYRINGE ^{MM,SP,DL}	*	PA,QL(1.68 cada 30 días)
ARANESP 25 MCG/ML (IN POLYSORBATE) INJECTION ^{MM,SP,DL}	*	PA,QL(4 cada 30 días)
ARANESP 300 MCG/0.6 ML (IN POLYSORBATE) INJECTION SYRINGE ^{MM,SP,DL}	*	PA,QL(2.4 cada 30 días)
ARANESP 40 MCG/0.4 ML (IN POLYSORBATE) INJECTION SYRINGE ^{MM,SP,DL}	*	PA,QL(1.6 cada 30 días)
ARANESP 40 MCG/ML (IN POLYSORBATE) INJECTION ^{MM,SP,DL}	*	PA,QL(4 cada 30 días)
ARANESP 500 MCG/ML (IN POLYSORBATE) INJECTION SYRINGE ^{MM,SP,DL}	*	PA,QL(4 cada 30 días)
ARANESP 60 MCG/0.3 ML (IN POLYSORBATE) INJECTION SYRINGE ^{MM,SP,DL}	*	PA,QL(1.2 cada 30 días)
ARANESP 60 MCG/ML (IN POLYSORBATE) INJECTION ^{MM,SP,DL}	*	PA,QL(4 cada 30 días)
ARAVA 10 MG TABLET ^{MM}	3	QL(30 cada 30 días)
ARAVA 20 MG TABLET ^{MM}	3	QL(30 cada 30 días)
ARAZLO 0.045 % LOTION	3	PA
ARCALYST 220 MG SUBCUTANEOUS SOLUTION ^{MM,SP,DL}	*	PA,QL(1 cada 30 días)
arformoterol 15 mcg/2 ml soln ^{MM,SP,DL}	*	PA,QL(120 cada 30 días)
ARICEPT 10 MG TABLET ^{MM}	3	ST,QL(60 cada 30 días)
ARICEPT 23 MG TABLET ^{MM}	3	ST,QL(30 cada 30 días)
ARICEPT 5 MG TABLET ^{MM}	3	ST,QL(30 cada 30 días)
ARIKAYCE 590 MG/8.4 ML SUSPENSION FOR INHALATION VIA NEBULIZATION ^{SP,DL}	*	PA,QL(235.2 cada 28 días)
ARIMIDEX 1 MG TABLET ^{MM}	3	QL(30 cada 30 días)
aripiprazole 1 mg/ml solution ^{MM}	1	QL(750 cada 30 días)
aripiprazole 10 mg tablet ^{MM}	1	QL(30 cada 30 días)
aripiprazole 15 mg tablet ^{MM}	1	QL(30 cada 30 días)
aripiprazole 2 mg tablet ^{MM}	1	QL(30 cada 30 días)
aripiprazole 20 mg tablet ^{MM}	1	QL(30 cada 30 días)
aripiprazole 30 mg tablet ^{MM}	1	QL(30 cada 30 días)
aripiprazole 5 mg tablet ^{MM}	1	QL(30 cada 30 días)
aripiprazole odt 10 mg tablet ^{MM}	1	PA,QL(60 cada 30 días)
aripiprazole odt 15 mg tablet ^{MM}	1	PA,QL(60 cada 30 días)
ARISTADA 1,064 MG/3.9 ML SUSPENSION, EXTEND.REL. IM SYRINGE ^{MM,SP}	*	QL(3.9 cada 56 días)
ARISTADA 441 MG/1.6 ML SUSPENSION, EXTEND.REL. IM SYRINGE ^{MM,SP,DL}	*	QL(1.6 cada 28 días)
ARISTADA 662 MG/2.4 ML SUSPENSION, EXTEND.REL. IM SYRINGE ^{MM,SP,DL}	*	QL(2.4 cada 28 días)
ARISTADA 882 MG/3.2 ML SUSPENSION, EXTEND.REL. IM SYRINGE ^{MM,SP,DL}	*	QL(3.2 cada 28 días)
ARISTADA INITIO 675 MG/2.4 ML SUSPENSION, EXTEND.REL. IM SYRINGE ^{SP}	*	QL(2.4 cada 42 días)
ARIXTRA 10 MG/0.8 ML SUBCUTANEOUS SOLUTION SYRINGE ^{SP,DL}	*	QL(24 cada 30 días)
ARIXTRA 2.5 MG/0.5 ML SUBCUTANEOUS SOLUTION SYRINGE ^{SP,DL}	*	QL(15 cada 30 días)
ARIXTRA 5 MG/0.4 ML SUBCUTANEOUS SOLUTION SYRINGE ^{SP,DL}	*	QL(12 cada 30 días)
ARIXTRA 7.5 MG/0.6 ML SUBCUTANEOUS SOLUTION SYRINGE ^{SP,DL}	*	QL(18 cada 30 días)
armodafinil 150 mg tablet ^{MM}	1	PA,QL(30 cada 30 días)
armodafinil 200 mg tablet ^{MM}	1	PA,QL(30 cada 30 días)
armodafinil 250 mg tablet ^{MM}	1	PA,QL(30 cada 30 días)
armodafinil 50 mg tablet ^{MM}	1	PA,QL(60 cada 30 días)
ARMONAIR DIGIHALER 113 MCG/ACTUATION AEROSOL POWDER BREATH ACT, SENSOR ^{MM}	3	ST,QL(1 cada 30 días)

ST - Terapia por fases • QL - Limite de cantidad • PA - Autorización previa

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DEL USO
ARMONAIR DIGIHALER 232 MCG/ACTUATION AEROSOL POWDER BREATH ACT, SENSOR ^{MM}	3	ST,QL(1 cada 30 días)
ARMONAIR DIGIHALER 55 MCG/ACTUATION AEROSOL POWDER BREATH ACT, SENSOR ^{MM}	3	ST,QL(1 cada 30 días)
ARMOUR THYROID 120 MG TABLET ^{MM}	3	
ARMOUR THYROID 15 MG TABLET ^{MM}	3	
ARMOUR THYROID 180 MG TABLET ^{MM}	3	
ARMOUR THYROID 240 MG TABLET ^{MM}	3	
ARMOUR THYROID 30 MG TABLET ^{MM}	3	
ARMOUR THYROID 300 MG TABLET ^{MM}	3	
ARMOUR THYROID 60 MG TABLET ^{MM}	3	
ARMOUR THYROID 90 MG TABLET ^{MM}	3	
ARNUITY ELLIPTA 100 MCG/ACTUATION POWDER FOR INHALATION ^{MM}	2	QL(30 cada 30 días)
ARNUITY ELLIPTA 200 MCG/ACTUATION POWDER FOR INHALATION ^{MM}	2	QL(30 cada 30 días)
ARNUITY ELLIPTA 50 MCG/ACTUATION POWDER FOR INHALATION ^{MM}	2	QL(30 cada 30 días)
AROMASIN 25 MG TABLET ^{MM}	3	ST,QL(60 cada 30 días)
ARTHROTEC 50 MG-200 MCG TABLET,FILM-COATED	3	ST
ARTHROTEC 75 75 MG-200 MCG TABLET,FILM-COATED	3	ST
asa-butalb-caff-cod #3 capsule ^{DL}	1	QL(360 cada 30 días)
ASACOL HD 800 MG TABLET,DELAYED RELEASE ^{MM,SP,DL}	*	ST,QL(180 cada 30 días)
ascomp with codeine 30 mg-50 mg-325 mg-40 mg capsule ^{DL}	1	QL(360 cada 30 días)
asenapine 10 mg tablet sl ^{MM,SP}	*	PA,QL(60 cada 30 días)
asenapine 2.5 mg tablet sl ^{MM,SP}	*	PA,QL(60 cada 30 días)
asenapine 5 mg tablet sl ^{MM,SP}	*	PA,QL(60 cada 30 días)
ashlyna 0.15 mg-30 mcg (84)/10 mcg(7) tablets,3 month dose pack ^{MM}	1	QL(91 cada 90 días)
ASMANEX HFA 100 MCG/ACTUATION AEROSOL INHALER ^{MM}	3	ST,QL(13 cada 30 días)
ASMANEX HFA 200 MCG/ACTUATION AEROSOL INHALER ^{MM}	3	ST,QL(13 cada 30 días)
ASMANEX HFA 50 MCG/ACTUATION AEROSOL INHALER ^{MM}	3	ST,QL(13 cada 30 días)
ASMANEX TWISTHALER 110 MCG/ACTUATION(30 DOSES) BREATH ACTIVATED INHALR ^{MM}	3	ST,QL(1 cada 28 días)
ASMANEX TWISTHALER 220 MCG/ACTUATION(120 DOSES) BREATH ACTIVATED INHLR ^{MM}	3	ST,QL(1 cada 28 días)
ASMANEX TWISTHALER 220 MCG/ACTUATION(14 DOSES) BREATH ACTIVATED INHALR ^{MM}	3	ST,QL(1 cada 28 días)
ASMANEX TWISTHALER 220 MCG/ACTUATION(30 DOSES) BREATH ACTIVATED INHALR ^{MM}	3	ST,QL(1 cada 28 días)
ASMANEX TWISTHALER 220 MCG/ACTUATION(60 DOSES) BREATH ACTIVATED INHALR ^{MM}	3	ST,QL(1 cada 28 días)
aspirin-dipyridam er 25-200 mg ^{MM}	1	ST
aspirin-omeprazol dr 325-40 mg ^{MM}	1	PA,QL(30 cada 30 días)
aspirin-omeprazole dr 81-40 mg ^{MM}	1	PA,QL(30 cada 30 días)
ASSURE 4 CONTROL SOLUTION COMBO PACK ^{MM}	3	
ASSURE 4 STRIPS ^{MM}	3	ST,QL(150 cada 30 días)
ASSURE COMFORT 28G LANCETS ^{MM}	2	
ASSURE DOSE NORMAL CONTROL SOLUTION ^{MM}	3	
ASSURE DOSE NORMAL-HIGH CONTROL SOLUTION ^{MM}	3	
ASSURE HAEMOLANCE PLUS 18 GAUGE ^{MM}	3	
ASSURE HAEMOLANCE PLUS 21 GAUGE ^{MM}	3	
ASSURE HAEMOLANCE PLUS 25 GAUGE ^{MM}	3	
ASSURE HAEMOLANCE PLUS 28 GAUGE ^{MM}	3	
ASSURE ID DUO-SHIELD 30 GAUGE X 3/16" NEEDLE ^{MM}	2	
ASSURE ID DUO-SHIELD 30 GAUGE X 5/16" NEEDLE ^{MM}	2	
ASSURE ID INSULIN SAFETY 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2" SYRINGE ^{MM}	2	
ASSURE ID INSULIN SAFETY 0.5 ML 31 GAUGE X 15/64" SYRINGE ^{MM}	2	
ASSURE ID INSULIN SAFETY 1 ML 29 GAUGE X 1/2" SYRINGE ^{MM}	2	

ST - Terapia por fases • QL - Limite de cantidad • PA - Autorización previa

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DEL USO
ASSURE ID INSULIN SAFETY 1 ML 31 GAUGE X 15/64" SYRINGE ^{MM}	2	
ASSURE ID PEN NEEDLE 30 GAUGE X 3/16" ^{MM}	2	
ASSURE ID PEN NEEDLE 30 GAUGE X 5/16" ^{MM}	2	
ASSURE ID PEN NEEDLE 31 GAUGE X 3/16" ^{MM}	2	
ASSURE LANCE 25 GAUGE ^{MM}	2	
ASSURE LANCE 28 GAUGE ^{MM}	2	
ASSURE LANCE PLUS 21 GAUGE ^{MM}	2	
ASSURE LANCE PLUS 25 GAUGE ^{MM}	2	
ASSURE LANCE PLUS 30 GAUGE ^{MM}	2	
ASSURE PLATINUM GLUCOSE METER ^{MM}	3	ST
ASSURE PLATINUM TEST STRIP ^{MM}	3	ST,QL(150 cada 30 días)
ASSURE PRISM CONTROL 1-2 SOLUTION ^{MM}	3	
ASSURE PRISM MULTI METER ^{MM}	3	ST
ASSURE PRISM MULTI STRIP ^{MM}	3	ST,QL(150 cada 30 días)
ASTAGRAF XL 0.5 MG CAPSULE,EXTENDED RELEASE ^{MM}	3	
ASTAGRAF XL 1 MG CAPSULE,EXTENDED RELEASE ^{MM}	3	
ASTAGRAF XL 5 MG CAPSULE,EXTENDED RELEASE ^{MM}	3	
ASTHMAPACK CHILDREN'S KIT	3	
ATACAND 16 MG TABLET ^{MM}	3	ST,QL(60 cada 30 días)
ATACAND 32 MG TABLET ^{MM}	3	ST,QL(30 cada 30 días)
ATACAND 4 MG TABLET ^{MM}	3	ST,QL(60 cada 30 días)
ATACAND 8 MG TABLET ^{MM}	3	ST,QL(60 cada 30 días)
ATACAND HCT 16 MG-12.5 MG TABLET ^{MM}	3	ST,QL(30 cada 30 días)
ATACAND HCT 32 MG-12.5 MG TABLET ^{MM}	3	ST,QL(30 cada 30 días)
ATACAND HCT 32 MG-25 MG TABLET ^{MM}	3	ST,QL(30 cada 30 días)
atazanavir sulfate 150 mg cap ^{MM}	1	QL(60 cada 30 días)
atazanavir sulfate 200 mg cap ^{MM}	1	QL(60 cada 30 días)
atazanavir sulfate 300 mg cap ^{MM}	1	QL(30 cada 30 días)
ATELVIA 35 MG TABLET,DELAYED RELEASE ^{MM}	3	QL(4 cada 28 días)
atenolol 100 mg tablet ^{MM}	1	
atenolol 25 mg tablet ^{MM}	1	
atenolol 50 mg tablet ^{MM}	1	
atenolol-chlorthalidone 100-25 ^{MM}	1	
atenolol-chlorthalidone 50-25 ^{MM}	1	
ATIVAN 0.5 MG TABLET ^{DL}	3	QL(90 cada 30 días)
ATIVAN 1 MG TABLET ^{DL}	3	QL(90 cada 30 días)
ATIVAN 2 MG TABLET ^{DL}	3	QL(150 cada 30 días)
atomoxetine hcl 10 mg capsule ^{MM}	1	QL(60 cada 30 días)
atomoxetine hcl 100 mg capsule ^{MM}	1	QL(30 cada 30 días)
atomoxetine hcl 18 mg capsule ^{MM}	1	QL(60 cada 30 días)
atomoxetine hcl 25 mg capsule ^{MM}	1	QL(60 cada 30 días)
atomoxetine hcl 40 mg capsule ^{MM}	1	QL(60 cada 30 días)
atomoxetine hcl 60 mg capsule ^{MM}	1	QL(30 cada 30 días)
atomoxetine hcl 80 mg capsule ^{MM}	1	QL(30 cada 30 días)
atorvastatin 10 mg tablet ^{MM}	1	
atorvastatin 20 mg tablet ^{MM}	1	
atorvastatin 40 mg tablet ^{MM}	1	
atorvastatin 80 mg tablet ^{MM}	1	
atovaquone 750 mg/5 ml susp ^{SP,DL}	*	QL(600 cada 30 días)
atovaquone-proguanil 250-100	1	QL(30 cada 30 días)
atovaquone-proguanil 62.5-25	1	QL(30 cada 30 días)
ATRALIN 0.05 % TOPICAL GEL	3	PA
ATRIPLA 600 MG-200 MG-300 MG TABLET ^{MM,SP}	*	QL(30 cada 30 días)
atropine 1% eye drops ^{MM}	1	

ST - Terapia por fases • QL - Límite de cantidad • PA - Autorización previa

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DEL USO
ATROVENT HFA 17 MCG/ACTUATION AEROSOL INHALER ^{MM}	3	ST,QL(25.8 cada 30 días)
AUBAGIO 14 MG TABLET ^{MM,SP,LD,DL}	*	PA,QL(30 cada 30 días)
AUBAGIO 7 MG TABLET ^{MM,SP,LD,DL}	*	PA,QL(30 cada 30 días)
aubra 0.1 mg-20 mcg tablet ^{MM}	1	
aubra eq 0.1 mg-20 mcg tablet ^{MM}	1	
AUGMENTIN 125 MG-31.25 MG/5 ML ORAL SUSPENSION	3	
AUGMENTIN 250 MG-62.5 MG/5 ML ORAL SUSPENSION	3	
AUGMENTIN 500 MG-125 MG TABLET	3	
AUGMENTIN ES-600 600 MG-42.9 MG/5 ML ORAL SUSPENSION	3	
AUGMENTIN XR 1,000 MG-62.5 MG TABLET,EXTENDED RELEASE	3	
aurovela 1.5/30 (21) 1.5 mg-30 mcg tablet ^{MM}	1	
aurovela 1/20 (21) 1 mg-20 mcg tablet ^{MM}	1	
aurovela 24 fe 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4) tablet ^{MM}	1	
aurovela fe 1-20 (28) 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7) tablet ^{MM}	1	
aurovela fe 1.5/30 (28) 1.5 mg-30 mcg (21)/75 mg (7) tablet ^{MM}	1	
AURYXIA 210 MG IRON TABLET ^{MM,SP,DL}	*	PA,QL(360 cada 30 días)
AUSTEDO 12 MG TABLET ^{MM,SP,LD,DL}	*	PA,QL(120 cada 30 días)
AUSTEDO 6 MG TABLET ^{MM,SP,LD,DL}	*	PA,QL(60 cada 30 días)
AUSTEDO 9 MG TABLET ^{MM,SP,LD,DL}	*	PA,QL(120 cada 30 días)
AUTO-LANCET MINI	3	
AUTOJECT 2 INJECTION DEVICE SUBCUTANEOUS INSULIN PEN ^{MM}	3	
AUTOLET IMPRESSION LANCING DEVICE KIT ^{MM}	3	
AUTOLET LANCING DEVICE	2	
AUTOLET PLUS LANCING DEVICE	3	
AUTOPEN 1 TO 21 UNITS SUBCUTANEOUS ^{MM}	3	
AUTOPEN 2 TO 42 UNITS SUBCUTANEOUS ^{MM}	3	
AUVI-Q 0.1 MG/0.1 ML INJECTION,AUTO-INJECTOR	3	QL(4 cada 30 días)
AUVI-Q 0.15 MG/0.15 ML AUTO-INJECTOR (FOR 33 LB TO 66 LB PATIENTS)	3	QL(4 cada 30 días)
AUVI-Q 0.3 MG/0.3 ML INJECTION, AUTO-INJECTOR	3	QL(4 cada 30 días)
AVALIDE 150 MG-12.5 MG TABLET ^{MM}	3	ST,QL(60 cada 30 días)
AVALIDE 300 MG-12.5 MG TABLET ^{MM}	3	ST,QL(30 cada 30 días)
AVANDIA 2 MG TABLET ^{MM}	3	QL(60 cada 30 días)
AVANDIA 4 MG TABLET ^{MM}	3	QL(60 cada 30 días)
AVAPRO 150 MG TABLET ^{MM}	3	ST,QL(30 cada 30 días)
AVAPRO 300 MG TABLET ^{MM}	3	ST,QL(30 cada 30 días)
AVAPRO 75 MG TABLET ^{MM}	3	ST,QL(30 cada 30 días)
aviane 0.1 mg-20 mcg tablet ^{MM}	1	
avidoxy 100 mg tablet	1	
AVITA 0.025 % TOPICAL CREAM	3	PA
AVITA 0.025 % TOPICAL GEL	3	PA
AVODART 0.5 MG CAPSULE ^{MM}	3	ST,QL(30 cada 30 días)
AVONEX 30 MCG/0.5 ML INTRAMUSCULAR PEN KIT ^{MM,SP,DL}	*	PA,QL(1 cada 28 días)
AVONEX 30 MCG/0.5 ML INTRAMUSCULAR SYRINGE KIT ^{MM,SP,DL}	*	PA,QL(1 cada 28 días)
AYGESTIN 5 MG TABLET ^{MM}	3	
ayuna 0.15 mg-0.03 mg tablet ^{MM}	1	
AYVAKIT 100 MG TABLET ^{MM,SP,DL}	*	PA,QL(30 cada 30 días)
AYVAKIT 200 MG TABLET ^{MM,SP,DL}	*	PA,QL(30 cada 30 días)
AYVAKIT 25 MG TABLET ^{MM,SP,DL}	*	PA,QL(30 cada 30 días)
AYVAKIT 300 MG TABLET ^{MM,SP,DL}	*	PA,QL(30 cada 30 días)
AYVAKIT 50 MG TABLET ^{MM,SP,DL}	*	PA,QL(30 cada 30 días)
AZASAN 100 MG TABLET ^{MM}	3	
AZASAN 75 MG TABLET ^{MM}	3	
AZASITE 1 % EYE DROPS	3	ST,QL(2.5 cada 25 días)
azathioprine 100 mg tablet ^{MM}	1	
azathioprine 50 mg tablet ^{MM}	1	

ST - Terapia por fases • QL - Límite de cantidad • PA - Autorización previa

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DEL USO
azathioprine 75 mg tablet ^{MM}	1	
azelaic acid 15% gel	1	ST
azelastin-flutic 137-50mcg spr	1	ST,QL(23 cada 28 días)
azelastine 0.1% (137 mcg) spry ^{MM}	1	QL(30 cada 25 días)
azelastine 0.15% nasal spray ^{MM}	1	QL(30 cada 25 días)
azelastine hcl 0.05% drops	1	
AZELEX 20 % TOPICAL CREAM	3	
AZILECT 0.5 MG TABLET ^{MM}	3	ST
AZILECT 1 MG TABLET ^{MM}	3	ST
azithromycin 1 gm pwd packet	1	
azithromycin 100 mg/5 ml susp	1	
azithromycin 200 mg/5 ml susp	1	
azithromycin 250 mg tablet	1	
azithromycin 500 mg tablet	1	
azithromycin 600 mg tablet	1	QL(16 cada 60 días)
AZOPT 1 % EYE DROPS,SUSPENSION ^{MM}	3	ST,QL(10 cada 28 días)
AZOR 10 MG-20 MG TABLET ^{MM}	3	ST,QL(30 cada 30 días)
AZOR 10 MG-40 MG TABLET ^{MM}	3	ST,QL(30 cada 30 días)
AZOR 5 MG-20 MG TABLET ^{MM}	3	ST,QL(30 cada 30 días)
AZOR 5 MG-40 MG TABLET ^{MM}	3	ST,QL(30 cada 30 días)
AZSTARYS 26.1 MG-5.2 MG CAPSULE ^{MM}	3	ST,QL(30 cada 30 días)
AZSTARYS 39.2 MG-7.8 MG CAPSULE ^{MM}	3	ST,QL(30 cada 30 días)
AZSTARYS 52.3 MG-10.4 MG CAPSULE ^{MM}	3	ST,QL(30 cada 30 días)
AZULFIDINE 500 MG TABLET ^{MM}	3	QL(240 cada 30 días)
AZULFIDINE EN-TABS 500 MG TABLET,DELAYED RELEASE ^{MM}	3	QL(240 cada 30 días)
azurette (28) 0.15 mg-0.02 mg (21)/0.01 mg (5) tablet ^{MM}	1	
BACIGUENT 500 UNIT/GM EYE OINT	1	
bacitracin 500 unit/gm ophth	1	
bacitracin-polymyxin eye oint	1	
baclofen 10 mg tablet ^{MM}	1	QL(240 cada 30 días)
baclofen 20 mg tablet ^{MM}	1	QL(120 cada 30 días)
baclofen 5 mg tablet ^{MM}	1	QL(90 cada 30 días)
baclofen 5 mg/5 ml solution ^{MM,SP,DL}	*	PA,QL(2400 cada 30 días)
BACTRIM 400 MG-80 MG TABLET	3	
BACTRIM DS 800 MG-160 MG TABLET	3	
BAFIERTAM 95 MG CAPSULE,DELAYED RELEASE ^{MM,SP,LD,DL}	*	PA,QL(120 cada 30 días)
bal-care dha 27 mg-1 mg-430 mg tablet-capsule,delayered release ^{MM}	1	
BAL-CARE DHA ESSENTIAL 27 MG IRON-1 MG-374 MG TABLET,CAPSULE,DELAY REL ^{MM}	3	
BALCOLTRA 0.1 MG-0.02 MG(21)/36.5 MG(7) TABLET ^{MM}	3	
balsalazide disodium 750 mg cp	1	QL(270 cada 30 días)
BALVERSA 3 MG TABLET ^{MM,SP,DL}	*	PA,QL(90 cada 30 días)
BALVERSA 4 MG TABLET ^{MM,SP,DL}	*	PA,QL(60 cada 30 días)
BALVERSA 5 MG TABLET ^{MM,SP,DL}	*	PA,QL(30 cada 30 días)
balziva (28) 0.4 mg-35 mcg tablet ^{MM}	1	
BANZEL 200 MG TABLET ^{MM,SP,DL}	*	PA,QL(480 cada 30 días)
BANZEL 40 MG/ML ORAL SUSPENSION ^{MM,SP,DL}	*	PA,QL(2760 cada 30 días)
BANZEL 400 MG TABLET ^{MM,SP,DL}	*	PA,QL(240 cada 30 días)
BAQSIMI 3 MG/ACTUATION NASAL SPRAY	2	
BARACLUDGE 0.05 MG/ML ORAL SOLUTION ^{MM,SP,DL}	*	QL(630 cada 30 días)
BARACLUDGE 0.5 MG TABLET ^{MM}	3	ST,QL(30 cada 30 días)
BARACLUDGE 1 MG TABLET ^{MM}	3	ST,QL(30 cada 30 días)
BASAGLAR KWIKPEN U-100 INSULIN 100 UNIT/ML (3 ML) SUBCUTANEOUS ^{MM}	3	ST
BAXDELA 450 MG TABLET	3	QL(28 cada 14 días)
BD 1 ML SYRINGE-NEEDLE 25GX5/8	3	
BD ALLERGIST TRAY REG BEVEL 1 ML 26 GAUGE X 1/2" SYRINGE	3	

ST - Terapia por fases • QL - Límite de cantidad • PA - Autorización previa

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DEL USO
BD ALLERGIST TRAY REG BEVEL 1 ML 27 X 1/2" SYRINGE	3	
BD ALLERGIST TRAY REG BEVEL 1/2 ML 27 X 1/2"	3	
BD AUTOSHIELD DUO PEN NEEDLE 30 GAUGE X 3/16" ^{MM}	2	
BD BLUNT NEEDLE 18GX1-1/2"	3	
BD ECLIPSE LUER-LOK 1 ML 30 GAUGE X 1/2" SYRINGE ^{MM}	2	
BD ECLIPSE NEEDLE 18GX1 1/2"	3	
BD ECLIPSE SYRINGE 3 ML 22GX1"	3	
BD FILTER NEEDLE-5 MICRON 19 X 1 1/2"	3	
BD INSULIN SYR 1 ML 28GX1/2" ^{MM}	2	
BD INSULIN SYRINGE 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2" ^{MM}	2	
BD INSULIN SYRINGE 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2" ^{MM}	2	
BD INSULIN SYRINGE 1 ML 25 GAUGE X 5/8" ^{MM}	2	
BD INSULIN SYRINGE 1 ML 25 X 1" ^{MM}	2	
BD INSULIN SYRINGE 1 ML 26 X 1/2" ^{MM}	2	
BD INSULIN SYRINGE 1 ML 27 GAUGE X 1/2" ^{MM}	2	
BD INSULIN SYRINGE 1 ML 28 GAUGE X 1/2" ^{MM}	2	
BD INSULIN SYRINGE 1 ML 29 GAUGE X 1/2" ^{MM}	2	
BD INSULIN SYRINGE MICRO-FINE 1 ML 28 GAUGE X 1/2" ^{MM}	2	
BD INSULIN SYRINGE SAFETY-LOK 1 ML 29 GAUGE X 1/2" ^{MM}	2	
BD INSULIN SYRINGE SLIP TIP 1 ML ^{MM}	2	
BD INSULIN SYRINGE U-500 1/2 ML 31 GAUGE X 15/64"	2	
BD INSULIN SYRINGE ULTRA-FINE (HALF UNIT) 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16" ^{MM}	2	
BD INSULIN SYRINGE ULTRA-FINE 0.3 ML 30 GAUGE X 1/2" ^{MM}	2	
BD INSULIN SYRINGE ULTRA-FINE 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16" ^{MM}	2	
BD INSULIN SYRINGE ULTRA-FINE 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2" ^{MM}	2	
BD INSULIN SYRINGE ULTRA-FINE 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16" ^{MM}	2	
BD INSULIN SYRINGE ULTRA-FINE 1 ML 30 GAUGE X 1/2" ^{MM}	2	
BD INSULIN SYRINGE ULTRA-FINE 1 ML 31 GAUGE X 5/16" ^{MM}	2	
BD INTEGRA SYRINGE 3 ML 25 GAUGE X 1"	3	
BD LANCETS 33G ^{MM}	2	
BD LO-DOSE MICRO-FINE IV 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2" SYRINGE ^{MM}	2	
BD LO-DOSE ULTRA-FINE 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2" SYRINGE ^{MM}	2	
BD LUER-LOK 5 ML SYRINGE	3	
BD LUER-LOK SYRINGE 1 ML ^{MM}	2	
BD MICROTAINER LANCET 21 GAUGE ^{MM}	2	
BD MICROTAINER LANCET 30 GAUGE ^{MM}	2	
BD NANO 2ND GEN PEN NEEDLE 32 GAUGE X 5/32" ^{MM}	2	
BD SAFETYGLIDE ALLERGIST TRAY 1 ML 27 X 1/2" SYRINGE	3	
BD SAFETYGLIDE INSULIN SYRINGE 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2" ^{MM}	2	
BD SAFETYGLIDE INSULIN SYRINGE 0.3 ML 31 GAUGE X 15/64" ^{MM}	2	
BD SAFETYGLIDE INSULIN SYRINGE 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16" ^{MM}	2	
BD SAFETYGLIDE INSULIN SYRINGE 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16" ^{MM}	2	
BD SAFETYGLIDE INSULIN SYRINGE 0.5 ML 31 GAUGE X 15/64" ^{MM}	2	
BD SAFETYGLIDE INSULIN SYRINGE 1 ML 29 GAUGE X 1/2" ^{MM}	2	
BD SAFETYGLIDE INSULIN SYRINGE 1 ML 31 GAUGE X 15/64" ^{MM}	2	
BD SAFETYGLIDE SYRINGE 1 ML 27 GAUGE X 5/8" ^{MM}	2	
BD SYRINGE 30 ML	3	
BD SYRINGE GLASS 3 ML	3	
BD ULTRA FINE LANCETS 33 GAUGE ^{MM}	2	
BD ULTRA-FINE II LANCETS 30 GAUGE ^{MM}	2	
BD ULTRA-FINE MICRO PEN NEEDLE 32 GAUGE X 1/4" ^{MM}	2	
BD ULTRA-FINE MINI PEN NEEDLE 31 GAUGE X 3/16" ^{MM}	2	
BD ULTRA-FINE NANO PEN NEEDLE 32 GAUGE X 5/32" ^{MM}	2	
BD ULTRA-FINE ORIGINAL PEN NEEDLE 29 GAUGE X 1/2" ^{MM}	2	
BD ULTRA-FINE SHORT PEN NEEDLE 31 GAUGE X 5/16" ^{MM}	2	

ST - Terapia por fases • QL - Limite de cantidad • PA - Autorización previa

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DEL USO
BD VEO INSULIN SYRINGE ULTRA-FINE (HALF UNIT) 0.3 ML 31 GAUGE X 15/64 ^{MM}	2	
BD VEO INSULIN SYRINGE ULTRA-FINE 0.3 ML 31 GAUGE X 15/64 ^{MM}	2	
BD VEO INSULIN SYRINGE ULTRA-FINE 1 ML 31 GAUGE X 15/64 ^{MM}	2	
BD VEO INSULIN SYRINGE ULTRA-FINE 1/2 ML 31 GAUGE X 15/64 ^{MM}	2	
BD VERITOR AT-HOME COVID-19 TEST KIT	3	
BECONASE AQ 42 MCG (0.042 %) NASAL SPRAY ^{MM}	3	ST,QL(50 cada 30 días)
bekyree 28 day tablet ^{MM}	1	
BELBUCA 150 MCG BUCCAL FILM ^{DL}	2	QL(60 cada 30 días)
BELBUCA 300 MCG BUCCAL FILM ^{DL}	2	QL(60 cada 30 días)
BELBUCA 450 MCG BUCCAL FILM ^{DL}	2	QL(60 cada 30 días)
BELBUCA 600 MCG BUCCAL FILM ^{DL}	2	QL(60 cada 30 días)
BELBUCA 75 MCG BUCCAL FILM ^{DL}	2	QL(60 cada 30 días)
BELBUCA 750 MCG BUCCAL FILM ^{DL}	2	QL(60 cada 30 días)
BELBUCA 900 MCG BUCCAL FILM ^{DL}	2	QL(60 cada 30 días)
BELSOMRA 10 MG TABLET	3	ST,QL(30 cada 30 días)
BELSOMRA 15 MG TABLET	3	ST,QL(30 cada 30 días)
BELSOMRA 20 MG TABLET	3	ST,QL(30 cada 30 días)
BELSOMRA 5 MG TABLET	3	ST,QL(30 cada 30 días)
benazepril hcl 10 mg tablet ^{MM}	1	
benazepril hcl 20 mg tablet ^{MM}	1	
benazepril hcl 40 mg tablet ^{MM}	1	
benazepril hcl 5 mg tablet ^{MM}	1	
benazepril-hctz 10-12.5 mg tab ^{MM}	1	
benazepril-hctz 20-12.5 mg tab ^{MM}	1	
benazepril-hctz 20-25 mg tab ^{MM}	1	
benazepril-hctz 5-6.25 mg tab ^{MM}	1	
BENICAR 20 MG TABLET ^{MM}	3	ST,QL(30 cada 30 días)
BENICAR 40 MG TABLET ^{MM}	3	ST,QL(30 cada 30 días)
BENICAR 5 MG TABLET ^{MM}	3	ST,QL(30 cada 30 días)
BENICAR HCT 20 MG-12.5 MG TABLET ^{MM}	3	ST,QL(30 cada 30 días)
BENICAR HCT 40 MG-12.5 MG TABLET ^{MM}	3	ST,QL(30 cada 30 días)
BENICAR HCT 40 MG-25 MG TABLET ^{MM}	3	ST,QL(30 cada 30 días)
BENLYSTA 200 MG/ML SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR ^{MM,SP,LD,DL}	*	PA,QL(8 cada 28 días)
BENLYSTA 200 MG/ML SUBCUTANEOUS SYRINGE ^{MM,SP,LD,DL}	*	PA,QL(8 cada 28 días)
BENZAFLIN GEL	3	
BENZAFLIN GEL 50G PUMP	3	
BENZAMYCIN 3 %-5 % TOPICAL GEL	3	
benzhydrocod-acetamin 4.08-325 ^{DL}	1	PA,QL(168 cada 30 días)
benzhydrocod-acetamin 6.12-325 ^{DL}	1	PA,QL(168 cada 30 días)
benzhydrocod-acetamin 8.16-325 ^{DL}	1	PA,QL(168 cada 30 días)
benznidazole 100 mg tablet	3	QL(240 cada 365 días)
benznidazole 12.5 mg tablet	3	QL(720 cada 365 días)
benzonatate 100 mg capsule	1	
benzonatate 150 mg capsule	1	
benzonatate 200 mg capsule	1	
benztropine mes 0.5 mg tab ^{MM}	1	
benztropine mes 1 mg tablet ^{MM}	1	
benztropine mes 2 mg tablet ^{MM}	1	
bepotastine 1.5% eye drop	1	ST,QL(5 cada 25 días)
BEPREVE 1.5 % EYE DROPS	3	ST,QL(5 cada 25 días)
beseer 0.05 % lotion	1	ST
BESIVANCE 0.6 % EYE DROPS,SUSPENSION	3	ST
BESREMI 500 MCG/ML SUBCUTANEOUS SYRINGE ^{MM,SP,DL}	*	PA,QL(2 cada 28 días)
BETADINE OPHTHALMIC PREP 5 % SOLUTION	3	
betaine 1 gram/scoop powder ^{MM,SP,DL}	*	
betamethasone dp 0.05% crm	1	

ST - Terapia por fases • QL - Límite de cantidad • PA - Autorización previa

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DEL USO
betamethasone dp 0.05% lot	1	
betamethasone dp 0.05% oint	1	
betamethasone dp aug 0.05% crm	1	
betamethasone dp aug 0.05% gel	1	
betamethasone dp aug 0.05% lot	1	
betamethasone dp aug 0.05% oin	1	
betamethasone va 0.1% cream	1	
betamethasone va 0.1% lotion	1	
betamethasone valer 0.1% ointm	1	
betamethasone valer 0.12% foam	1	ST
BETAPACE 120 MG TABLET ^{MM}	3	
BETAPACE 160 MG TABLET ^{MM}	3	
BETAPACE 240 MG TABLET ^{MM}	3	
BETAPACE 80 MG TABLET ^{MM}	3	
BETAPACE AF 120 MG TABLET ^{MM}	3	
BETAPACE AF 160 MG TABLET ^{MM}	3	
BETAPACE AF 80 MG TABLET ^{MM}	3	
BETASERON 0.3 MG SUBCUTANEOUS KIT ^{MM,SP,DL}	*	PA,QL(15 cada 30 días)
BETASERON 0.3 MG SUBCUTANEOUS SOLUTION ^{MM,SP,DL}	*	PA,QL(15 cada 30 días)
betaxolol 10 mg tablet ^{MM}	1	
betaxolol 20 mg tablet ^{MM}	1	
betaxolol hcl 0.5% eye drop ^{MM}	1	
bethanechol 10 mg tablet ^{MM}	1	
bethanechol 25 mg tablet ^{MM}	1	
bethanechol 5 mg tablet ^{MM}	1	
bethanechol 50 mg tablet ^{MM}	1	
BETHKIS 300 MG/4 ML SOLUTION FOR NEBULIZATION ^{MM,SP,LD,DL}	*	PA,QL(224 cada 28 días)
BETIMOL 0.25 % EYE DROPS ^{MM}	3	ST
BETIMOL 0.5 % EYE DROPS ^{MM}	3	ST
BETOPTIC S 0.25 % EYE DROPS,SUSPENSION ^{MM}	3	ST
BEVESPI AEROSPHERE 9 MCG-4.8 MCG HFA AEROSOL INHALER ^{MM}	3	ST,QL(10.7 cada 30 días)
bexarotene 1% gel ^{SP,DL}	*	PA
bexarotene 75 mg capsule ^{MM,SP,DL}	*	PA,QL(300 cada 30 días)
BEYAZ (28) 3 MG-0.02 MG-0.451 MG (24)/0.451 MG (4) TABLET ^{MM}	3	
bicalutamide 50 mg tablet ^{MM}	1	QL(30 cada 30 días)
BIDIL 20 MG-37.5 MG TABLET ^{MM}	3	QL(180 cada 30 días)
BIJUVA 1 MG-100 MG CAPSULE ^{MM}	3	QL(30 cada 30 días)
BIKTARVY 30 MG-120 MG-15 MG TABLET ^{MM,SP}	*	QL(30 cada 30 días)
BIKTARVY 50 MG-200 MG-25 MG TABLET ^{MM,SP}	*	QL(30 cada 30 días)
BILTRICIDE 600 MG TABLET	3	
bimatoprost 0.03% eye drops ^{MM}	1	QL(2.5 cada 25 días)
BINAXNOW COVID-19 AG SELF TEST KIT	3	
BINOSTO 70 MG EFFERVESCENT TABLET ^{MM}	3	ST,QL(4 cada 28 días)
BIONIME RIGHTEST GM300 SYSTEM KIT ^{MM}	3	ST
BIONIME RIGHTEST TEST STRIPS ^{MM}	3	ST,QL(150 cada 30 días)
BIOTEL CARE BGM-4 METER ^{MM}	3	ST
bisoprolol fumarate 10 mg tab ^{MM}	1	
bisoprolol fumarate 5 mg tab ^{MM}	1	
bisoprolol-hctz 10-6.25 mg tab ^{MM}	1	
bisoprolol-hctz 2.5-6.25 mg tb ^{MM}	1	
bisoprolol-hctz 5-6.25 mg tab ^{MM}	1	
BLEPH-10 10 % EYE DROPS	3	
BLEPHAMIDE 10 %-0.2 % EYE DROPS,SUSPENSION	3	
BLEPHAMIDE S.O.P. 10 %-0.2 % EYE OINTMENT	3	
blisovi 24 fe 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4) tablet ^{MM}	1	

ST - Terapia por fases • QL - Límite de cantidad • PA - Autorización previa

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DEL USO
blisovi fe 1.5/30 (28) 1.5 mg-30 mcg (21)/75 mg (7) tablet ^{MM}	1	
blisovi fe 1/20 (28) 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7) tablet ^{MM}	1	
BLOOD GLUCOSE CONTROL SOLUTION ^{MM}	3	
BLOOD GLUCOSE MONITORING KIT ^{MM}	3	ST
BLOOD GLUCOSE MONITORING SYST ^{MM}	3	ST
BLOOD GLUCOSE TEST STRIPS ^{MM}	3	ST,QL(150 cada 30 días)
BONIVA 150 MG TABLET ^{MM}	3	QL(1 cada 28 días)
BONJESTA 20 MG-20 MG TABLET,IMMEDIATE AND DELAY RELEASE	3	QL(60 cada 30 días)
BOOSTRIX TDAP 2.5 LF UNIT-8 MCG-5 LF/0.5 ML INTRAMUSCULAR SUSPENSION	3	
BOOSTRIX TDAP 2.5 LF UNIT-8 MCG-5 LF/0.5 ML INTRAMUSCULAR SYRINGE	3	
BORTEZOMIB 1 MG VIAL ^{MM,SP,DL}	*	PA
BORTEZOMIB 2.5 MG VIAL ^{MM,SP,DL}	*	PA
bosentan 125 mg tablet ^{MM,SP,DL}	*	PA,QL(60 cada 30 días)
bosentan 62.5 mg tablet ^{MM,SP,DL}	*	PA,QL(60 cada 30 días)
BOSULIF 100 MG TABLET ^{MM,SP,LD,DL}	*	PA,QL(120 cada 30 días)
BOSULIF 400 MG TABLET ^{MM,SP,LD,DL}	*	PA,QL(30 cada 30 días)
BOSULIF 500 MG TABLET ^{MM,SP,LD,DL}	*	PA,QL(30 cada 30 días)
BRAFTOVI 50 MG CAPSULE ^{MM,SP,DL}	*	PA,QL(120 cada 30 días)
BRAFTOVI 75 MG CAPSULE ^{MM,SP,LD,DL}	*	PA,QL(180 cada 30 días)
BREATHERITE MDI SPACER	2	
BREATHERITE SPACER AND MASK, ADULT	2	
BREATHERITE SPACER AND MASK, CHILD	2	
BREATHERITE SPACER AND MASK, INFANT	2	
BREATHERITE SPACER AND MASK, NEONATE	2	
BREATHERITE SPACER AND MASK, SMALL CHILD	2	
BREATHERITE VALVED MDI CHAMBER SPACER	3	
BREATHERITE VALVED MDI SPACER	3	
BREEZE 2 CONTROL SOLUTION, HIGH ^{MM}	3	
BREEZE 2 CONTROL SOLUTION, LOW ^{MM}	3	
BREEZE 2 CONTROL SOLUTION, NORMAL ^{MM}	3	
BREEZE 2 TEST STRIPS ^{MM}	3	ST,QL(150 cada 30 días)
BREO ELLIPTA 100 MCG-25 MCG/DOSE POWDER FOR INHALATION ^{MM}	2	QL(60 cada 30 días)
BREO ELLIPTA 200 MCG-25 MCG/DOSE POWDER FOR INHALATION ^{MM}	2	QL(60 cada 30 días)
BREXAFEMME 150 MG TABLET	3	
BREZTRI AEROSPHERE 160 MCG-9MCG-4.8MCG/ACTUATION HFA AEROSOL INHALER ^{MM}	3	PA,QL(10.7 cada 30 días)
briellyn 0.4 mg-35 mcg tablet ^{MM}	1	
BRILINTA 60 MG TABLET ^{MM}	2	QL(60 cada 30 días)
BRILINTA 90 MG TABLET ^{MM}	2	QL(60 cada 30 días)
brimonidine 0.2% eye drop ^{MM}	1	QL(10 cada 30 días)
brimonidine tartrate 0.15% drp ^{MM}	1	QL(10 cada 30 días)
brimonidine-timolol 0.2%-0.5% ^{MM}	2	ST,QL(5 cada 25 días)
brinzolamide 1% eye drops ^{MM}	1	ST,QL(10 cada 28 días)
BRISDELLE 7.5 MG CAPSULE ^{MM}	3	ST,QL(30 cada 30 días)
BRIVIACT 10 MG TABLET ^{MM,SP,DL}	*	PA,QL(60 cada 30 días)
BRIVIACT 10 MG/ML ORAL SOLUTION ^{MM,SP,DL}	*	PA,QL(600 cada 30 días)
BRIVIACT 100 MG TABLET ^{MM,SP,DL}	*	PA,QL(60 cada 30 días)
BRIVIACT 25 MG TABLET ^{MM,SP,DL}	*	PA,QL(60 cada 30 días)
BRIVIACT 50 MG TABLET ^{MM,SP,DL}	*	PA,QL(60 cada 30 días)
BRIVIACT 75 MG TABLET ^{MM,SP,DL}	*	PA,QL(60 cada 30 días)
bromfed dm 2 mg-30 mg-10 mg/5 ml oral syrup	1	
bromfenac sodium 0.09% eye drp	1	ST,QL(1.7 cada 30 días)
bromocriptine 2.5 mg tablet ^{MM}	1	
bromocriptine 5 mg capsule ^{MM}	1	
bromphen-pse-dm 2-30-10 mg/5ml	1	

ST - Terapia por fases • QL - Límite de cantidad • PA - Autorización previa

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DEL USO
BROMSITE 0.075 % EYE DROPS	3	ST,QL(5 cada 30 días)
BRONCHITOL 40 MG CAPSULE WITH INHALATION DEVICE ^{MM,SP,DL}	*	PA,QL(560 cada 28 días)
BROVANA 15 MCG/2 ML SOLUTION FOR NEBULIZATION ^{MM,SP,DL}	*	PA,QL(120 cada 30 días)
BRUKINSA 80 MG CAPSULE ^{MM,SP,DL}	*	PA,QL(120 cada 30 días)
BRYHALI 0.01 % LOTION	3	ST
budesonide 0.25 mg/2 ml susp ^{MM}	1	QL(240 cada 30 días)
budesonide 0.5 mg/2 ml susp ^{MM}	1	QL(240 cada 30 días)
budesonide 1 mg/2 ml inh susp ^{MM}	1	QL(120 cada 30 días)
budesonide ec 3 mg capsule	1	
budesonide er 9 mg tablet ^{SP,DL}	*	PA,QL(30 cada 30 días)
budesonide-formoterol 160-4.5 ^{MM}	3	PA,QL(10.2 cada 30 días)
budesonide-formoterol 80-4.5 ^{MM}	3	PA,QL(10.2 cada 30 días)
BULLSEYE MINI SAFETY LANCETS 21 GAUGE ^{MM}	3	
BULLSEYE MINI SAFETY LANCETS 25 GAUGE ^{MM}	3	
BULLSEYE MINI SAFETY LANCETS 28 GAUGE ^{MM}	3	
bumetanide 0.5 mg tablet ^{MM}	1	
bumetanide 1 mg tablet ^{MM}	1	
bumetanide 2 mg tablet ^{MM}	1	
BUNAVAIL 2.1 MG-0.3 MG BUCCAL FILM ^{MM}	3	PA,QL(60 cada 30 días)
BUNAVAIL 4.2-0.7 MG FILM ^{MM}	3	PA,QL(60 cada 30 días)
BUNAVAIL 6.3 MG-1 MG BUCCAL FILM ^{MM}	3	PA,QL(60 cada 30 días)
bupap 50 mg-300 mg tablet	1	QL(180 cada 30 días)
BUPHENYL 0.94 GRAM/GRAM ORAL POWDER ^{MM,SP,DL}	*	
BUPHENYL 500 MG TABLET ^{MM,SP,DL}	*	
buprenorphine 10 mcg/hr patch ^{DL}	1	QL(4 cada 28 días)
buprenorphine 15 mcg/hr patch ^{DL}	1	QL(4 cada 28 días)
buprenorphine 150 mcg film ^{DL}	1	ST,QL(60 cada 30 días)
buprenorphine 2 mg tablet sl	1	QL(90 cada 30 días)
buprenorphine 20 mcg/hr patch ^{DL}	1	QL(4 cada 28 días)
buprenorphine 300 mcg film ^{DL}	1	ST,QL(60 cada 30 días)
buprenorphine 450 mcg film ^{DL}	1	ST,QL(60 cada 30 días)
buprenorphine 5 mcg/hr patch ^{DL}	1	QL(4 cada 28 días)
buprenorphine 600 mcg film ^{DL}	1	ST,QL(60 cada 30 días)
buprenorphine 7.5 mcg/hr patch ^{DL}	1	QL(4 cada 28 días)
buprenorphine 75 mcg film ^{DL}	1	ST,QL(60 cada 30 días)
buprenorphine 750 mcg film ^{DL}	1	ST,QL(60 cada 30 días)
buprenorphine 8 mg tablet sl	1	QL(90 cada 30 días)
buprenorphine 900 mcg film ^{DL}	1	ST,QL(60 cada 30 días)
buprenorphine-nalox 12-3mg flm ^{MM}	1	QL(60 cada 30 días)
buprenorphine-nalox 2-0.5mg fm ^{MM}	1	QL(90 cada 30 días)
buprenorphine-nalox 2-0.5mg tb ^{MM}	1	PA,QL(90 cada 30 días)
buprenorphine-nalox 4-1mg film ^{MM}	1	QL(90 cada 30 días)
buprenorphine-nalox 8-2 mg tab ^{MM}	1	PA,QL(90 cada 30 días)
buprenorphine-nalox 8-2mg film ^{MM}	1	QL(90 cada 30 días)
bupropion hcl 100 mg tablet ^{MM}	1	QL(180 cada 30 días)
bupropion hcl 75 mg tablet ^{MM}	1	QL(180 cada 30 días)
bupropion hcl sr 100 mg tablet ^{MM}	1	QL(120 cada 30 días)
bupropion hcl sr 150 mg tablet ^{MM}	1	QL(90 cada 30 días)
bupropion hcl sr 150 mg tablet	1	QL(90 cada 30 días)
bupropion hcl sr 200 mg tablet ^{MM}	1	QL(60 cada 30 días)
bupropion hcl xl 150 mg tablet ^{MM}	1	QL(90 cada 30 días)
bupropion hcl xl 300 mg tablet ^{MM}	1	QL(30 cada 30 días)
bupropion hcl xl 450 mg tablet ^{MM}	3	PA,QL(30 cada 30 días)
buspiron hcl 10 mg tablet ^{MM}	1	

ST - Terapia por fases • QL - Limite de cantidad • PA - Autorización previa

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DEL USO
buspirone hcl 15 mg tablet ^{MM}	1	
buspirone hcl 30 mg tablet ^{MM}	1	
buspirone hcl 5 mg tablet ^{MM}	1	
buspirone hcl 7.5 mg tablet ^{MM}	1	
butalb-acetamin-caf-cod 50-300 ^{DL}	1	QL(180 cada 30 días)
butalb-acetamin-caf-cod 50-325 ^{DL}	1	QL(360 cada 30 días)
butalb-acetamin-caff 50-300-40	1	QL(180 cada 30 días)
butalb-acetamin-caff 50-325-40	1	QL(180 cada 30 días)
butalb-acetamin-caff 50-325-40	1	QL(180 cada 30 días)
butalbital compound with codeine 30 mg-50 mg-325 mg-40 mg capsule ^{DL}	1	QL(360 cada 30 días)
butalbital-acetaminophn 25-325	1	QL(360 cada 30 días)
butalbital-acetaminophn 50-300	1	QL(180 cada 30 días)
butalbital-acetaminophn 50-300	1	QL(180 cada 30 días)
butalbital-acetaminophn 50-325	1	QL(180 cada 30 días)
butalbital-aspirin-caffeine cp	1	QL(180 cada 30 días)
butalbital-aspirin-caffeine tb	1	QL(180 cada 30 días)
butorphanol 10 mg/ml spray ^{DL}	1	QL(5 cada 28 días)
BUTRANS 10 MCG/HOUR TRANSDERMAL PATCH ^{DL}	3	ST,QL(4 cada 28 días)
BUTRANS 15 MCG/HOUR TRANSDERMAL PATCH ^{DL}	3	ST,QL(4 cada 28 días)
BUTRANS 20 MCG/HOUR TRANSDERMAL PATCH ^{DL}	3	ST,QL(4 cada 28 días)
BUTRANS 5 MCG/HOUR TRANSDERMAL PATCH ^{DL}	3	ST,QL(4 cada 28 días)
BUTRANS 7.5 MCG/HOUR TRANSDERMAL PATCH ^{DL}	3	ST,QL(4 cada 28 días)
BUTTERFLY TOUCH LANCET 30 GAUGE ^{MM}	2	
BYDUREON 2 MG PEN INJECT ^{MM}	3	ST,QL(4 cada 28 días)
BYDUREON BCISE 2 MG/0.85 ML SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR ^{MM}	3	ST,QL(3.4 cada 28 días)
BYETTA 10 MCG/DOSE(250 MCG/ML)2.4 ML SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR ^{MM}	3	ST,QL(2.4 cada 30 días)
BYETTA 5 MCG/DOSE (250 MCG/ML)1.2 ML SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR ^{MM}	3	ST,QL(2.4 cada 30 días)
BYLVAY 1,200 MCG CAPSULE ^{MM,SP,DL}	*	PA,QL(150 cada 30 días)
BYLVAY 200 MCG ORAL PELLETT ^{MM,SP,DL}	*	PA,QL(360 cada 30 días)
BYLVAY 400 MCG CAPSULE ^{MM,SP,DL}	*	PA,QL(420 cada 30 días)
BYLVAY 600 MCG ORAL PELLETT ^{MM,SP,DL}	*	PA,QL(120 cada 30 días)
BYNFEZIA 2,500 MCG/ML PEN ^{MM,SP,DL}	*	PA
BYSTOLIC 10 MG TABLET ^{MM}	3	PA,QL(120 cada 30 días)
BYSTOLIC 2.5 MG TABLET ^{MM}	3	PA,QL(30 cada 30 días)
BYSTOLIC 20 MG TABLET ^{MM}	3	PA,QL(60 cada 30 días)
BYSTOLIC 5 MG TABLET ^{MM}	3	PA,QL(30 cada 30 días)
c-nate dha 28 mg iron-1 mg-200 mg capsule ^{MM}	1	
cabergoline 0.5 mg tablet ^{MM}	1	QL(16 cada 28 días)
CABLIVI 11 MG INJECTION KIT ^{SP,DL}	*	PA,QL(30 cada 30 días)
CABOMETYX 20 MG TABLET ^{MM,SP,LD,DL}	*	PA,QL(30 cada 30 días)
CABOMETYX 40 MG TABLET ^{MM,SP,LD,DL}	*	PA,QL(30 cada 30 días)
CABOMETYX 60 MG TABLET ^{MM,SP,LD,DL}	*	PA,QL(30 cada 30 días)
CADEAU DHA 29 MG IRON-1 MG-150 MG CAPSULE ^{MM}	3	
CADUET 10 MG-10 MG TABLET ^{MM}	3	QL(30 cada 30 días)
CADUET 10 MG-20 MG TABLET ^{MM}	3	QL(30 cada 30 días)
CADUET 10 MG-40 MG TABLET ^{MM}	3	QL(30 cada 30 días)
CADUET 10 MG-80 MG TABLET ^{MM}	3	QL(30 cada 30 días)
CADUET 5 MG-10 MG TABLET ^{MM}	3	QL(30 cada 30 días)
CADUET 5 MG-20 MG TABLET ^{MM}	3	QL(30 cada 30 días)
CADUET 5 MG-40 MG TABLET ^{MM}	3	QL(30 cada 30 días)
CADUET 5 MG-80 MG TABLET ^{MM}	3	QL(30 cada 30 días)
CAFERGOT TABLET	3	
caffeine cit 60 mg/3 ml oral	1	
CALAN SR 120 MG TABLET,EXTENDED RELEASE ^{MM}	3	QL(30 cada 30 días)
CALAN SR 180 MG TABLET,EXTENDED RELEASE ^{MM}	3	QL(30 cada 30 días)

ST - Terapia por fases • QL - Límite de cantidad • PA - Autorización previa

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DEL USO
CALAN SR 240 MG TABLET,EXTENDED RELEASE ^{MM}	3	QL(60 cada 30 días)
calcipotriene 0.005% cream	1	PA,QL(120 cada 30 días)
calcipotriene 0.005% foam ^{SP,DL}	*	QL(120 cada 28 días)
calcipotriene 0.005% ointment	1	PA
calcipotriene 0.005% solution	1	PA,QL(60 cada 30 días)
calcipotriene-betameth dp oint	1	PA,QL(60 cada 30 días)
calcipotriene-betameth dp susp ^{SP,DL}	*	PA,QL(420 cada 30 días)
calcitonin-salmon 200 units sp ^{MM}	1	QL(3.7 cada 28 días)
calcitonin-salmon 400 unit/2ml	1	QL(4 cada 28 días)
calcitriol 0.25 mcg capsule ^{MM}	1	
calcitriol 0.5 mcg capsule ^{MM}	1	
calcitriol 1 mcg/ml solution ^{MM}	1	
calcitriol 3 mcg/g ointment	1	PA,QL(800 cada 28 días)
calcium acetate 667 mg gelcap ^{MM}	1	
calcium acetate 667 mg tablet ^{MM}	1	
CALQUENCE 100 MG CAPSULE ^{MM,SP,DL}	*	PA,QL(60 cada 30 días)
CAMBIA 50 MG ORAL POWDER PACKET ^{SP,DL}	*	ST,QL(9 cada 30 días)
CAMCEVI (6 MONTH) 42 MG SUBCUTANEOUS SYRINGE ^{MM}	3	PA,QL(1 cada 180 días)
camila 0.35 mg tablet ^{MM}	1	
camrese 0.15 mg-30 mcg (84)/10 mcg(7) tablets,3 month dose pack ^{MM}	1	QL(91 cada 90 días)
camrese lo 0.10 mg-20 mcg (84)/10 mcg(7) tablets,3 month dose pack ^{MM}	1	QL(91 cada 90 días)
CAMZYOS 10 MG CAPSULE ^{MM,SP,DL}	*	PA,QL(30 cada 30 días)
CAMZYOS 15 MG CAPSULE ^{MM,SP,DL}	*	PA,QL(30 cada 30 días)
CAMZYOS 2.5 MG CAPSULE ^{MM,SP,DL}	*	PA,QL(30 cada 30 días)
CAMZYOS 5 MG CAPSULE ^{MM,SP,DL}	*	PA,QL(30 cada 30 días)
CANASA 1,000 MG RECTAL SUPPOSITORY ^{MM}	3	ST,QL(30 cada 30 días)
candesartan cilexetil 16 mg tb ^{MM}	1	ST,QL(60 cada 30 días)
candesartan cilexetil 32 mg tb ^{MM}	1	ST,QL(30 cada 30 días)
candesartan cilexetil 4 mg tab ^{MM}	1	ST,QL(60 cada 30 días)
candesartan cilexetil 8 mg tab ^{MM}	1	ST,QL(60 cada 30 días)
candesartan-hctz 16-12.5 mg tb ^{MM}	1	ST,QL(30 cada 30 días)
candesartan-hctz 32-12.5 mg tb ^{MM}	1	ST,QL(30 cada 30 días)
candesartan-hctz 32-25 mg tab ^{MM}	1	ST,QL(30 cada 30 días)
capecitabine 150 mg tablet	1	PA,QL(630 cada 30 días)
capecitabine 500 mg tablet	1	PA,QL(189 cada 30 días)
CAPEX 0.01 % SHAMPOO	3	
CAPLYTA 42 MG CAPSULE ^{MM,SP,DL}	*	PA,QL(30 cada 30 días)
CAPRELSA 100 MG TABLET ^{MM,SP,DL}	*	PA,QL(60 cada 30 días)
CAPRELSA 300 MG TABLET ^{MM,SP,DL}	*	PA,QL(30 cada 30 días)
captopril 100 mg tablet ^{MM}	1	
captopril 12.5 mg tablet ^{MM}	1	
captopril 25 mg tablet ^{MM}	1	
captopril 50 mg tablet ^{MM}	1	
captopril-hctz 25-15 mg tablet ^{MM}	1	
captopril-hctz 25-25 mg tablet ^{MM}	1	
captopril-hctz 50-15 mg tablet ^{MM}	1	
captopril-hctz 50-25 mg tablet ^{MM}	1	
CARAC 0.5 % TOPICAL CREAM	3	
CARAFATE 1 GRAM TABLET ^{MM}	3	
CARAFATE 100 MG/ML ORAL SUSPENSION ^{MM}	3	
CARBAGLU 200 MG DISPERSIBLE TABLET ^{MM,SP,DL}	*	PA
carbamazepine 100 mg tab chew ^{MM}	1	
carbamazepine 100 mg/5 ml susp ^{MM}	1	
carbamazepine 200 mg tablet ^{MM}	1	
carbamazepine 200 mg/10 ml cup ^{MM}	1	

ST - Terapia por fases • QL - Límite de cantidad • PA - Autorización previa

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DEL USO
carbamazepine er 100 mg cap ^{MM}	1	
carbamazepine er 100 mg tablet ^{MM}	1	QL(120 cada 30 días)
carbamazepine er 200 mg cap ^{MM}	1	
carbamazepine er 200 mg tablet ^{MM}	1	QL(120 cada 30 días)
carbamazepine er 300 mg cap ^{MM}	1	
carbamazepine er 400 mg tablet ^{MM}	1	QL(120 cada 30 días)
CARBATROL 100 MG CAPSULE, EXTENDED RELEASE ^{MM}	3	
CARBATROL 200 MG CAPSULE, EXTENDED RELEASE ^{MM}	3	
CARBATROL 300 MG CAPSULE, EXTENDED RELEASE ^{MM}	3	
carbidopa 25 mg tablet ^{MM}	1	
carbidopa-levo 10-100 mg odt ^{MM}	1	
carbidopa-levo 25-100 mg odt ^{MM}	1	
carbidopa-levo 25-250 mg odt ^{MM}	1	
carbidopa-levo er 25-100 tab ^{MM}	1	
carbidopa-levo er 50-200 tab ^{MM}	1	
carbidopa-levodopa 10-100 tab ^{MM}	1	
carbidopa-levodopa 100 mg-enta ^{MM}	1	
carbidopa-levodopa 125 mg-enta ^{MM}	1	
carbidopa-levodopa 150 mg-enta ^{MM}	1	
carbidopa-levodopa 200 mg-enta ^{MM}	1	
carbidopa-levodopa 25-100 tab ^{MM}	1	
carbidopa-levodopa 25-250 tab ^{MM}	1	
carbidopa-levodopa 50 mg-enta ^{MM}	1	
carbidopa-levodopa 75 mg-enta ^{MM}	1	
carbinoxamine 4 mg/5 ml liquid	1	
carbinoxamine maleate 4 mg tab	1	
carbinoxamine maleate 6 mg tab	1	ST,QL(120 cada 30 días)
CARDIZEM 120 MG TABLET ^{MM}	3	
CARDIZEM 30 MG TABLET ^{MM}	3	
CARDIZEM 60 MG TABLET ^{MM}	3	
CARDIZEM CD 120 MG CAPSULE,EXTENDED RELEASE ^{MM}	3	QL(60 cada 30 días)
CARDIZEM CD 180 MG CAPSULE,EXTENDED RELEASE ^{MM}	3	QL(60 cada 30 días)
CARDIZEM CD 240 MG CAPSULE,EXTENDED RELEASE ^{MM}	3	QL(60 cada 30 días)
CARDIZEM CD 300 MG CAPSULE,EXTENDED RELEASE ^{MM}	3	QL(30 cada 30 días)
CARDIZEM CD 360 MG CAPSULE,EXTENDED RELEASE ^{MM}	3	QL(30 cada 30 días)
CARDIZEM LA 120 MG TABLET,EXTENDED RELEASE ^{MM}	3	QL(30 cada 30 días)
CARDIZEM LA 180 MG TABLET,EXTENDED RELEASE ^{MM}	3	QL(60 cada 30 días)
CARDIZEM LA 240 MG TABLET,EXTENDED RELEASE ^{MM}	3	QL(60 cada 30 días)
CARDIZEM LA 300 MG TABLET,EXTENDED RELEASE ^{MM}	3	QL(30 cada 30 días)
CARDIZEM LA 360 MG TABLET,EXTENDED RELEASE ^{MM}	3	QL(30 cada 30 días)
CARDIZEM LA 420 MG TABLET,EXTENDED RELEASE ^{MM}	3	QL(30 cada 30 días)
CARDURA 1 MG TABLET ^{MM}	3	
CARDURA 2 MG TABLET ^{MM}	3	
CARDURA 4 MG TABLET ^{MM}	3	
CARDURA 8 MG TABLET ^{MM}	3	
CARDURA XL 4 MG TABLET,EXTENDED RELEASE ^{MM}	3	QL(30 cada 30 días)
CARDURA XL 8 MG TABLET,EXTENDED RELEASE ^{MM}	3	QL(30 cada 30 días)
CAREFINE PEN NEEDLE 29 GAUGE X 1/2" ^{MM}	2	
CAREFINE PEN NEEDLE 30 GAUGE X 5/16" ^{MM}	2	
CAREFINE PEN NEEDLE 31 GAUGE X 1/4" ^{MM}	2	
CAREFINE PEN NEEDLE 31 GAUGE X 5/16" ^{MM}	2	
CAREFINE PEN NEEDLE 32 GAUGE X 1/4" ^{MM}	2	
CAREFINE PEN NEEDLE 32 GAUGE X 3/16" ^{MM}	2	
CAREFINE PEN NEEDLE 32 GAUGE X 5/32" ^{MM}	2	

ST - Terapia por fases • QL - Límite de cantidad • PA - Autorización previa

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DEL USO
CARELANCE ULTIMATE COMFORT LANCING DEVICE	3	
CAREONE LANCING DEVICE	2	
CAREONE THIN LANCET ^{MM}	2	
CAREONE ULTRA THIN LANCET ^{MM}	2	
CARESENS CONTROL A AND B SOLUTION ^{MM}	3	
CARESENS CONTROL A NORMAL SOLUTION ^{MM}	3	
CARESENS LANCETS 30 GAUGE ^{MM}	3	
CARESENS N ^{MM}	3	ST
CARESENS N KIT ^{MM}	3	ST
CARESENS N TEST STRIPS ^{MM}	3	ST,QL(150 cada 30 días)
CARESENS N VOICE ^{MM}	3	ST
CARESENS N VOICE KIT ^{MM}	3	ST
CARESENS PREMIUM COMFORT LANCING DEVICE	3	
CARESTART COVID-19 ANTIGEN HOME TEST KIT	3	
CARETOUCH GLUCOSE MONITORING SYSTEM KIT ^{MM}	3	ST
CARETOUCH INSULIN SYRINGE 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16" ^{MM}	2	
CARETOUCH INSULIN SYRINGE 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16" ^{MM}	2	
CARETOUCH INSULIN SYRINGE 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16" ^{MM}	2	
CARETOUCH INSULIN SYRINGE 1 ML 28 GAUGE X 5/16" ^{MM}	2	
CARETOUCH INSULIN SYRINGE 1 ML 29 GAUGE X 5/16" ^{MM}	2	
CARETOUCH INSULIN SYRINGE 1 ML 30 GAUGE X 5/16" ^{MM}	2	
CARETOUCH INSULIN SYRINGE 1 ML 31 GAUGE X 5/16" ^{MM}	2	
CARETOUCH KETONE-GLUCOSE MONITOR ^{MM}	3	ST
CARETOUCH LANCING DEVICE	3	
CARETOUCH PEN NEEDLE 29 GAUGE X 1/2" ^{MM}	2	
CARETOUCH PEN NEEDLE 31 GAUGE X 1/4" ^{MM}	2	
CARETOUCH PEN NEEDLE 31 GAUGE X 3/16" ^{MM}	2	
CARETOUCH PEN NEEDLE 31 GAUGE X 5/16" ^{MM}	2	
CARETOUCH PEN NEEDLE 32 GAUGE X 3/16" ^{MM}	2	
CARETOUCH PEN NEEDLE 32 GAUGE X 5/32" ^{MM}	2	
CARETOUCH SAFETY LANCETS 26 GAUGE ^{MM}	2	
CARETOUCH SAFETY LANCETS 28 GAUGE ^{MM}	2	
CARETOUCH TEST STRIP ^{MM}	3	ST,QL(150 cada 30 días)
CARETOUCH TWIST LANCET 28 GAUGE ^{MM}	2	
CARETOUCH TWIST LANCET 30 GAUGE ^{MM}	2	
CARETOUCH TWIST LANCET 33 GAUGE ^{MM}	2	
carglumic acid 200 mg tab susp ^{MM,SP,DL}	*	PA
carisoprodol-aspirin 200-325 mg	1	
carisoprodol 250 mg tablet	1	QL(120 cada 30 días)
carisoprodol 350 mg tablet	1	QL(120 cada 30 días)
carisoprodol-aspirin-codein tb ^{DL}	1	QL(360 cada 30 días)
CARNITOR (SUGAR-FREE) 100 MG/ML ORAL SOLUTION ^{MM}	3	
CARNITOR 100 MG/ML ORAL SOLUTION ^{MM}	3	
CARNITOR 330 MG TABLET ^{MM}	3	
CAROSPIR 25 MG/5 ML ORAL SUSPENSION ^{MM,SP,DL}	*	PA,QL(450 cada 30 días)
carteolol hcl 1% eye drops ^{MM}	1	
cartia xt 120 mg capsule,extended release ^{MM}	1	QL(60 cada 30 días)
cartia xt 180 mg capsule,extended release ^{MM}	1	QL(60 cada 30 días)
cartia xt 240 mg capsule,extended release ^{MM}	1	QL(60 cada 30 días)
cartia xt 300 mg capsule,extended release ^{MM}	1	QL(30 cada 30 días)
carvedilol 12.5 mg tablet ^{MM}	1	
carvedilol 25 mg tablet ^{MM}	1	
carvedilol 3.125 mg tablet ^{MM}	1	
carvedilol 6.25 mg tablet ^{MM}	1	
carvedilol er 10 mg capsule ^{MM}	1	ST,QL(30 cada 30 días)

ST - Terapia por fases • QL - Límite de cantidad • PA - Autorización previa

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DEL USO
carvedilol er 20 mg capsule ^{MM}	1	ST,QL(30 cada 30 días)
carvedilol er 40 mg capsule ^{MM}	1	ST,QL(30 cada 30 días)
carvedilol er 80 mg capsule ^{MM}	1	ST,QL(30 cada 30 días)
CASODEX 50 MG TABLET ^{MM}	3	ST,QL(30 cada 30 días)
cataflam 50 mg tablet	1	
CATAPRES 0.1 MG TABLET ^{MM}	3	
CATAPRES 0.2 MG TABLET ^{MM}	3	
CATAPRES 0.3 MG TABLET ^{MM}	3	
CATAPRES-TTS-1 0.1 MG/24 HR TRANSDERMAL PATCH ^{MM}	3	QL(4 cada 28 días)
CATAPRES-TTS-2 0.2 MG/24 HR TRANSDERMAL PATCH ^{MM}	3	QL(4 cada 28 días)
CATAPRES-TTS-3 0.3 MG/24 HR TRANSDERMAL PATCH ^{MM}	3	QL(4 cada 28 días)
CAYA CONTOURED 65 MM-80 MM VAGINAL DIAPHRAGM	3	
CAYSTON 75 MG/ML SOLUTION FOR NEBULIZATION ^{SP,DL}	*	PA,QL(84 cada 28 días)
caziant (28) 0.1 mg/0.125 mg/0.15 mg-25 mcg tablet ^{MM}	1	
cefaclor 125 mg/5 ml susp	1	
cefaclor 250 mg capsule	1	
cefaclor 250 mg/5 ml susp	1	
cefaclor 375 mg/5 ml suspen	1	
cefaclor 500 mg capsule	1	
cefaclor er 500 mg tablet	1	
cefadroxil 1 gm tablet	1	
cefadroxil 250 mg/5 ml susp	1	
cefadroxil 500 mg capsule	1	
cefadroxil 500 mg/5 ml susp	1	
cefdinir 125 mg/5 ml susp	1	
cefdinir 250 mg/5 ml susp	1	
cefdinir 300 mg capsule	1	
cefditoren pivoxil 200 mg tab	1	
cefditoren pivoxil 400 mg tab	1	
cefixime 100 mg/5 ml susp	1	
cefixime 200 mg/5 ml susp	1	
cefixime 400 mg capsule	1	
cefpodoxime 100 mg tablet	1	
cefpodoxime 100 mg/5 ml susp	1	
cefpodoxime 200 mg tablet	1	
cefpodoxime 50 mg/5 ml susp	1	
cefprozil 125 mg/5 ml susp	1	
cefprozil 250 mg tablet	1	
cefprozil 250 mg/5 ml susp	1	
cefprozil 500 mg tablet	1	
cefuroxime axetil 250 mg tab	1	
cefuroxime axetil 500 mg tab	1	
CELEBREX 100 MG CAPSULE ^{MM}	3	ST,QL(60 cada 30 días)
CELEBREX 200 MG CAPSULE ^{MM}	3	ST,QL(60 cada 30 días)
CELEBREX 400 MG CAPSULE ^{MM}	3	ST,QL(60 cada 30 días)
CELEBREX 50 MG CAPSULE ^{MM}	3	ST,QL(60 cada 30 días)
celecoxib 100 mg capsule ^{MM}	1	QL(60 cada 30 días)
celecoxib 200 mg capsule ^{MM}	1	QL(60 cada 30 días)
celecoxib 400 mg capsule ^{MM}	1	QL(60 cada 30 días)
celecoxib 50 mg capsule ^{MM}	1	QL(60 cada 30 días)
CELEXA 10 MG TABLET ^{MM}	3	ST,QL(30 cada 30 días)
CELEXA 20 MG TABLET ^{MM}	3	ST,QL(60 cada 30 días)
CELEXA 40 MG TABLET ^{MM}	3	ST,QL(30 cada 30 días)
CELLCEPT 200 MG/ML ORAL SUSPENSION ^{MM}	3	
CELLCEPT 250 MG CAPSULE ^{MM}	3	QL(360 cada 30 días)
CELLCEPT 500 MG TABLET ^{MM}	3	QL(180 cada 30 días)
CELLTRION DIATRUST COVID-19 AG HOME TEST KIT	3	

ST - Terapia por fases • QL - Límite de cantidad • PA - Autorización previa

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DEL USO
CELONTIN 300 MG CAPSULE ^{MM}	3	
CENTANY 2 % TOPICAL OINTMENT	3	
cephalexin 125 mg/5 ml susp	1	
cephalexin 250 mg capsule	1	
cephalexin 250 mg tablet	1	
cephalexin 250 mg/5 ml susp	1	
cephalexin 500 mg capsule	1	
cephalexin 500 mg tablet	1	
cephalexin 750 mg capsule	1	
CEQUA 0.09 % EYE DROPS IN A DROPPERETTE ^{MM}	3	PA,QL(60 cada 30 días)
CERDELGA 84 MG CAPSULE ^{MM,SP,DL}	*	PA
cetirizine hcl 1 mg/ml soln	1	QL(300 cada 30 días)
CETRAXAL 0.2 % EAR DROPS IN A DROPPERETTE	3	ST
cevimeline hcl 30 mg capsule ^{MM}	1	
charlotte 24 fe 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4) chewable tablet ^{MM}	1	
chateal (28) 0.15 mg-0.03 mg tablet ^{MM}	1	
chateal eq (28) 0.15 mg-0.03 mg tablet ^{MM}	1	
CHEMET 100 MG CAPSULE	3	
CHEMSTRIP 10 MD	2	
CHENODAL 250 MG TABLET ^{SP,DL}	*	
chlordiazepo-amitriptyl 5-12.5 ^{MM,DL}	1	
chlordiazepox-amitriptyl 10-25 ^{MM,DL}	1	
chlordiazepoxide 10 mg capsule ^{DL}	1	QL(120 cada 30 días)
chlordiazepoxide 25 mg capsule ^{DL}	1	QL(120 cada 30 días)
chlordiazepoxide 5 mg capsule ^{DL}	1	QL(120 cada 30 días)
chlordiazepoxide-clidinium cap	1	
chlorhexidine 0.12% rinse	1	
chloroquine ph 250 mg tablet	1	
chloroquine ph 500 mg tablet	1	
chlorpromazine 10 mg tablet ^{MM}	1	
chlorpromazine 100 mg tablet ^{MM}	1	
chlorpromazine 100 mg/ml conc ^{MM}	1	
chlorpromazine 200 mg tablet ^{MM}	1	
chlorpromazine 25 mg tablet ^{MM}	1	
chlorpromazine 30 mg/ml conc ^{MM}	1	
chlorpromazine 50 mg tablet ^{MM}	1	
chlorthalidone 25 mg tablet ^{MM}	1	
chlorthalidone 50 mg tablet ^{MM}	1	
chlorzoxazone 250 mg tablet	1	ST,QL(120 cada 30 días)
chlorzoxazone 375 mg tablet	1	ST,QL(120 cada 30 días)
chlorzoxazone 500 mg tablet	1	ST,QL(120 cada 30 días)
chlorzoxazone 750 mg tablet	1	ST,QL(120 cada 30 días)
CHOICE DM CLARUS NORMAL CONTROL SOLUTION ^{MM}	3	
CHOICEDM CLARUS ^{MM}	3	ST
CHOICEDM CLARUS STRIPS ^{MM}	3	ST,QL(150 cada 30 días)
CHOLBAM 250 MG CAPSULE ^{MM,SP,DL}	*	PA,QL(120 cada 30 días)
CHOLBAM 50 MG CAPSULE ^{MM,SP,DL}	*	PA,QL(120 cada 30 días)
cholestyramine light 4 gram oral powder ^{MM}	1	
cholestyramine light 4 gram powder for susp in a packet ^{MM}	1	
cholestyramine light packet ^{MM}	1	
cholestyramine packet ^{MM}	1	
cholestyramine powder ^{MM}	1	
choline mag trisal liquid	1	
CIBINQO 100 MG TABLET ^{MM,SP,DL}	*	PA,QL(30 cada 30 días)
CIBINQO 200 MG TABLET ^{MM,SP,DL}	*	PA,QL(30 cada 30 días)
CIBINQO 50 MG TABLET ^{MM,SP,DL}	*	PA,QL(30 cada 30 días)

ST - Terapia por fases • QL - Límite de cantidad • PA - Autorización previa

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DEL USO
ciclodan 0.77 % topical cream	1	
ciclopirox 0.77% cream	1	
ciclopirox 0.77% gel	1	
ciclopirox 0.77% topical susp	1	
ciclopirox 1% shampoo	1	
cilostazol 100 mg tablet ^{MM}	1	
cilostazol 50 mg tablet ^{MM}	1	
CILOXAN 0.3 % EYE DROPS	3	
CILOXAN 0.3 % EYE OINTMENT	3	
CIMDUO 300 MG-300 MG TABLET ^{MM,SP}	*	QL(30 cada 30 días)
cimetidine 200 mg tablet ^{MM}	1	
cimetidine 300 mg tablet ^{MM}	1	
cimetidine 300 mg/5 ml soln ^{MM}	1	
cimetidine 400 mg tablet ^{MM}	1	
cimetidine 800 mg tablet ^{MM}	1	
CIMZIA 400 MG/2 ML (200 MG/ML X 2) SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT ^{MM,SP,DL}	*	PA,QL(3 cada 30 días)
CIMZIA STARTER KIT 400 MG/2 ML (200 MG/ML X2) SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT ^{MM,SP,DL}	*	PA,QL(3 cada 30 días)
cinacalcet hcl 30 mg tablet ^{MM}	1	QL(60 cada 30 días)
cinacalcet hcl 60 mg tablet ^{MM}	1	QL(60 cada 30 días)
cinacalcet hcl 90 mg tablet ^{MM}	1	QL(120 cada 30 días)
CIPRO 250 MG TABLET	3	
CIPRO 250 MG/5 ML ORAL SUSPENSION	3	
CIPRO 500 MG TABLET	3	
CIPRO 500 MG/5 ML ORAL SUSPENSION	3	
CIPRO HC 0.2 %-1 % EAR DROPS,SUSPENSION	3	ST
CIPRODEX 0.3 %-0.1 % EAR DROPS,SUSPENSION	3	ST
ciproflox-dexameth otic susp	1	
ciproflox-fluocinln 0.3-0.025%	1	ST
ciprofloxacin 0.2% otic soln	1	
ciprofloxacin 0.3% eye drop	1	
ciprofloxacin 250 mg/5 ml susp	1	
ciprofloxacin 500 mg/5 ml susp	1	
ciprofloxacin hcl 100 mg tab	1	
ciprofloxacin hcl 250 mg tab	1	
ciprofloxacin hcl 500 mg tab	1	
ciprofloxacin hcl 750 mg tab	1	
citalopram hbr 10 mg tablet ^{MM}	1	QL(30 cada 30 días)
citalopram hbr 10 mg/5 ml soln ^{MM}	1	
citalopram hbr 20 mg tablet ^{MM}	1	QL(60 cada 30 días)
CITALOPRAM HBR 30 MG CAPSULE ^{MM}	3	ST,QL(30 cada 30 días)
citalopram hbr 40 mg tablet ^{MM}	1	QL(30 cada 30 días)
CITRANATAL B-CALM (FE GLUC) 20 MG IRON-1 MG-25 MG/25 MG TABLETS ^{MM}	3	
claravis 10 mg capsule	1	QL(60 cada 30 días)
claravis 20 mg capsule	1	QL(60 cada 30 días)
claravis 30 mg capsule	1	QL(60 cada 30 días)
claravis 40 mg capsule	1	QL(120 cada 30 días)
CLARINEX 5 MG TABLET ^{MM}	3	ST,QL(30 cada 30 días)
CLARINEX-D 12 HOUR 2.5 MG-120 MG TABLET,EXTENDED RELEASE	3	ST,QL(60 cada 30 días)
clarithromycin 125 mg/5 ml sus	1	
clarithromycin 250 mg tablet	1	
clarithromycin 250 mg/5 ml sus	1	
clarithromycin 500 mg tablet	1	
clarithromycin er 500 mg tab	1	
clemastine 0.5 mg/5 ml syrup ^{SP,DL}	*	PA,QL(1800 cada 30 días)
clemastine fum 2.68 mg tab	1	
CLENPIQ 10 MG-3.5 GRAM-12 GRAM/160 ML ORAL SOLUTION	2	

ST - Terapia por fases • QL - Límite de cantidad • PA - Autorización previa

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DEL USO
CLEOCIN 100 MG VAGINAL SUPPOSITORY	3	
CLEOCIN 2 % VAGINAL CREAM	3	
CLEOCIN HCL 150 MG CAPSULE	3	
CLEOCIN HCL 300 MG CAPSULE	3	
CLEOCIN HCL 75 MG CAPSULE	3	
CLEOCIN PEDIATRIC 75 MG/5 ML ORAL SOLUTION	3	
CLEOCIN T 1 % LOTION	3	
CLEOCIN T 1 % SOLUTION	3	
CLEOCIN T 1% GEL	3	
CLEVER CHEK BLOOD GLUCOSE ^{MM}	3	ST
CLEVER CHEK BLOOD GLUCOSE SYST KIT ^{MM}	3	ST
CLEVER CHEK LANCETS 30 GAUGE ^{MM}	2	
CLEVER CHOICE BLOOD GLUCOSE SYSTEM ^{MM}	3	ST
CLEVER CHOICE HOLDING CHAMBER-LARGE MASK	3	
CLEVER CHOICE HOLDING CHAMBER-MEDIUM MASK	3	
CLEVER CHOICE HOLDING CHAMBER-SMALL MASK	3	
CLEVER CHOICE LEVEL 1 CONTROL SOLUTION ^{MM}	3	
CLEVER CHOICE LEVEL 2 CONTROL SOLUTION ^{MM}	3	
CLEVER CHOICE LEVEL 3 CONTROL SOLUTION ^{MM}	3	
CLEVER CHOICE MICRO ^{MM}	3	ST
CLEVER CHOICE MICRO TEST STRIP ^{MM}	3	ST,QL(150 cada 30 días)
CLEVER CHOICE MINI BLOOD GLUCOSE MONITOR ^{MM}	3	ST
CLEVER CHOICE PRO BLOOD GLUCOSE MONITOR ^{MM}	3	ST
CLEVER CHOICE PRO BLOOD GLUCOSE MONITOR STRIPS ^{MM}	3	ST,QL(150 cada 30 días)
CLEVER CHOICE TALK BLOOD GLUCOSE SYSTEM ^{MM}	3	ST
CLEVER CHOICE TALK TEST STRIPS ^{MM}	3	ST,QL(150 cada 30 días)
CLEVER CHOICE TEST STRIPS ^{MM}	3	ST,QL(150 cada 30 días)
CLEVER CHOICE VOICE PLUS TEST STRIPS ^{MM}	3	ST,QL(150 cada 30 días)
CLICKFINE PEN NEEDLE 31 GAUGE X 1/4" ^{MM}	2	
CLICKFINE PEN NEEDLE 31 GAUGE X 5/16" ^{MM}	2	
CLICKFINE PEN NEEDLE 32 GAUGE X 5/32" ^{MM}	2	
CLIMARA 0.025 MG/24 HR TRANSDERMAL PATCH ^{MM}	3	QL(4 cada 28 días)
CLIMARA 0.0375 MG/24 HR TRANSDERMAL PATCH ^{MM}	3	QL(4 cada 28 días)
CLIMARA 0.05 MG/24 HR TRANSDERMAL PATCH ^{MM}	3	QL(4 cada 28 días)
CLIMARA 0.06 MG/24 HR TRANSDERMAL PATCH ^{MM}	3	QL(4 cada 28 días)
CLIMARA 0.075 MG/24 HR TRANSDERMAL PATCH ^{MM}	3	QL(4 cada 28 días)
CLIMARA 0.1 MG/24 HR TRANSDERMAL PATCH ^{MM}	3	QL(4 cada 28 días)
CLIMARA PRO 0.045 MG-0.015 MG/24 HR TRANSDERMAL PATCH ^{MM}	3	QL(4 cada 28 días)
clind ph-benzoyl pero 1.2-2.5%	1	ST
clind ph-benzoyl perox 1.2-5%	1	
clinda-tretinoin 1.2%-0.025%	1	ST
clindacin etz 1 % topical swab	1	
clindacin p 1 % topical swab	1	
CLINDAGEL 1 % TOPICAL GEL, ONCE DAILY ^{SP,DL}	*	PA
clindamycin 2% vaginal cream	1	
clindamycin hcl 150 mg capsule	1	
clindamycin hcl 300 mg capsule	1	
clindamycin hcl 75 mg capsule	1	
clindamycin pediatric 75 mg/5 ml oral solution	1	
clindamycin ph 1% gel	1	PA
clindamycin ph 1% solution	1	
clindamycin phos 1% pledget	1	
clindamycin phosp 1% lotion	1	
clindamycin phosphate 1% foam	1	ST
clindamycin phosphate 1% gel ^{SP,DL}	*	PA
clindamycin-benzoyl perox 1-5%	1	
clindamycin-bnz perox 1-5% pmp	1	

ST - Terapia por fases • QL - Límite de cantidad • PA - Autorización previa

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DEL USO
CLINDESSE 2 % VAGINAL CREAM,EXTENDED RELEASE	3	
CLINIMIX 4.25 % IN 10 % DEXTROSE SULFITE FREE INTRAVENOUS SOLUTION	3	
CLINIMIX 4.25 % IN 5 % DEXTROSE SULFITE FREE INTRAVENOUS SOLUTION	3	
CLINIMIX 5 % IN 15 % DEXTROSE SULFITE FREE INTRAVENOUS SOLUTION	3	
CLINIMIX 5 % IN 20 % DEXTROSE (SULFITE-FREE) INTRAVENOUS SOLUTION	3	
CLINIMIX E 2.75 % IN 5 % DEXTROSE SULFITE FREE INTRAVENOUS SOLUTION	3	
CLINIMIX E 4.25 % IN 10 % DEXTROSE SULFITE FREE INTRAVENOUS SOLUTION	3	
CLINIMIX E 4.25 % IN 5 % DEXTROSE SULFITE FREE INTRAVENOUS SOLUTION	3	
CLINIMIX E 5 % IN 15 % DEXTROSE SULFITE FREE INTRAVENOUS SOLUTION	3	
CLINIMIX E 5 % IN 20 % DEXTROSE SULFITE FREE INTRAVENOUS SOLUTION	3	
CLINITEST COVID-19 HOME TEST KIT	3	
clobazam 10 mg tablet ^{MM,DL}	1	PA,QL(60 cada 30 días)
clobazam 2.5 mg/ml suspension ^{MM,DL}	1	PA,QL(480 cada 30 días)
clobazam 20 mg tablet ^{MM,DL}	1	PA,QL(60 cada 30 días)
clobetasol 0.05% cream	1	
clobetasol 0.05% gel	1	
clobetasol 0.05% ointment	1	
clobetasol 0.05% shampoo	1	
clobetasol 0.05% solution	1	
clobetasol 0.05% topical lotn	1	
clobetasol emollient 0.05% crm	1	
clobetasol emollnt 0.05% foam	1	ST
clobetasol prop 0.05% foam	1	ST
clobetasol prop 0.05% spray	1	ST
CLOBEX 0.05 % LOTION	3	ST
CLOBEX 0.05 % SHAMPOO	3	ST
CLOBEX 0.05 % TOPICAL SPRAY	3	ST
clocortolone pivalate 0.1% crm	1	ST
clodan 0.05 % shampoo	1	
CLODERM 0.1 % TOPICAL CREAM	3	ST
clomipramine 25 mg capsule ^{MM}	1	
clomipramine 50 mg capsule ^{MM}	1	
clomipramine 75 mg capsule ^{MM}	1	
clonazepam 0.125 mg dis tab ^{MM,DL}	1	
clonazepam 0.25 mg odt ^{MM,DL}	1	
clonazepam 0.5 mg dis tablet ^{MM,DL}	1	
clonazepam 0.5 mg tablet ^{MM,DL}	1	
clonazepam 1 mg dis tablet ^{MM,DL}	1	
clonazepam 1 mg tablet ^{MM,DL}	1	
clonazepam 2 mg odt ^{MM,DL}	1	
clonazepam 2 mg tablet ^{MM,DL}	1	
clonidine 0.1 mg/day patch ^{MM}	1	QL(4 cada 28 días)
clonidine 0.2 mg/day patch ^{MM}	1	QL(4 cada 28 días)
clonidine 0.3 mg/day patch ^{MM}	1	QL(4 cada 28 días)
clonidine hcl 0.1 mg tablet ^{MM}	1	
clonidine hcl 0.2 mg tablet ^{MM}	1	
clonidine hcl 0.3 mg tablet ^{MM}	1	
clonidine hcl er 0.1 mg tablet ^{MM}	1	ST,QL(120 cada 30 días)
clopidogrel 300 mg tablet	1	QL(1 cada 30 días)
clopidogrel 75 mg tablet ^{MM}	1	QL(30 cada 30 días)
clorazepate 15 mg tablet ^{DL}	1	
clorazepate 3.75 mg tablet ^{DL}	1	
clorazepate 7.5 mg tablet ^{DL}	1	
clotrimazole 1% solution	1	
clotrimazole 1% topical cream	1	
clotrimazole 10 mg troche	1	
clotrimazole-betamethasone crm	1	

ST - Terapia por fases • QL - Límite de cantidad • PA - Autorización previa

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DEL USO
clotrimazole-betamethasone lot	1	
clovique 250 mg capsule ^{SP,DL}	*	PA
clozapine 100 mg tablet ^{MM}	1	
clozapine 200 mg tablet ^{MM}	1	
clozapine 25 mg tablet ^{MM}	1	
clozapine 50 mg tablet ^{MM}	1	
clozapine odt 100 mg tablet ^{MM}	1	
clozapine odt 12.5 mg tablet ^{MM}	1	
clozapine odt 150 mg tablet ^{MM}	1	
clozapine odt 200 mg tablet ^{MM}	1	
clozapine odt 25 mg tablet ^{MM}	1	
CLOZARIL 100 MG TABLET ^{MM}	3	
CLOZARIL 200 MG TABLET ^{MM}	3	
CLOZARIL 25 MG TABLET ^{MM}	3	
CLOZARIL 50 MG TABLET ^{MM}	3	
COAGUCHEK LANCETS ^{MM}	2	
COARTEM 20 MG-120 MG TABLET	3	QL(24 cada 30 días)
codeine sulfate 15 mg tablet ^{DL}	1	QL(360 cada 30 días)
codeine sulfate 30 mg tablet ^{DL}	1	QL(360 cada 30 días)
codeine sulfate 60 mg tablet ^{DL}	1	QL(180 cada 30 días)
COLAZAL 750 MG CAPSULE	3	ST,QL(270 cada 30 días)
colchicine 0.6 mg capsule ^{MM}	1	ST,QL(60 cada 30 días)
colchicine 0.6 mg tablet ^{MM}	1	QL(120 cada 30 días)
COLCRYS 0.6 MG TABLET ^{MM}	3	ST,QL(120 cada 30 días)
colesevelam 625 mg tablet ^{MM}	1	PA
colesevelam hcl 3.75 g packet ^{MM}	1	PA
COLESTID 1 GRAM TABLET ^{MM}	3	
COLESTID 5 GRAM ORAL GRANULES ^{MM}	3	
COLESTID 5 GRAM ORAL PACKET ^{MM}	3	
COLESTID FLAVORED 5 GRAM ORAL GRANULES ^{MM}	3	
COLESTID FLAVORED 7.5 GRAM PACKET ^{MM}	3	
colestipol hcl 1 gm tablet ^{MM}	1	
colestipol hcl granules ^{MM}	1	
colestipol hcl granules packet ^{MM}	1	
colocort 100 mg/60 ml enema	1	
COLOR LANCETS 21 GAUGE ^{MM}	2	
COMBIGAN 0.2 %-0.5 % EYE DROPS ^{MM}	2	QL(5 cada 25 días)
COMBIPATCH 0.05 MG-0.14 MG/24 HR TRANSDERMAL ^{MM}	3	QL(8 cada 28 días)
COMBIPATCH 0.05 MG-0.25 MG/24 HR TRANSDERMAL ^{MM}	3	QL(8 cada 28 días)
COMBIVENT RESPIMAT 20 MCG-100 MCG/ACTUATION SOLUTION FOR INHALATION ^{MM}	3	ST,QL(4 cada 20 días)
COMBIVIR 150 MG-300 MG TABLET ^{MM}	3	QL(60 cada 30 días)
COMETRIQ 100 MG/DAY (80 MG X 1-20 MG X 1) CAPSULES ^{MM,SP,DL}	*	PA,QL(56 cada 28 días)
COMETRIQ 140 MG/DAY (80 MG X 1-20 MG X 3) CAPSULES ^{MM,SP,DL}	*	PA,QL(112 cada 28 días)
COMETRIQ 60 MG/DAY (20 MG X 3/DAY) CAPSULES ^{MM,SP,DL}	*	PA,QL(84 cada 28 días)
COMFORT EZ INSULIN SYRINGE 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2" ^{MM}	2	
COMFORT EZ INSULIN SYRINGE 0.3 ML 30 GAUGE X 1/2" ^{MM}	2	
COMFORT EZ INSULIN SYRINGE 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16" ^{MM}	2	
COMFORT EZ INSULIN SYRINGE 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16" ^{MM}	2	
COMFORT EZ INSULIN SYRINGE 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2" ^{MM}	2	
COMFORT EZ INSULIN SYRINGE 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2" ^{MM}	2	
COMFORT EZ INSULIN SYRINGE 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16" ^{MM}	2	
COMFORT EZ INSULIN SYRINGE 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16" ^{MM}	2	
COMFORT EZ INSULIN SYRINGE 1 ML 28 GAUGE X 1/2" ^{MM}	2	

ST - Terapia por fases • QL - Límite de cantidad • PA - Autorización previa

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DEL USO
COMFORT EZ INSULIN SYRINGE 1 ML 29 GAUGE X 1/2"MM	2	
COMFORT EZ INSULIN SYRINGE 1 ML 30 GAUGE X 1/2"MM	2	
COMFORT EZ INSULIN SYRINGE 1 ML 30 GAUGE X 5/16"MM	2	
COMFORT EZ INSULIN SYRINGE 1 ML 31 GAUGE X 5/16"MM	2	
COMFORT EZ INSULIN SYRINGE 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2"MM	2	
COMFORT EZ LANCETS 21 GAUGE ^{MM}	2	
COMFORT EZ LANCETS 23 GAUGE ^{MM}	2	
COMFORT EZ LANCETS 28 GAUGE ^{MM}	2	
COMFORT EZ PEN NEEDLES 29 GAUGE X 1/2"MM	2	
COMFORT EZ PEN NEEDLES 31 GAUGE X 1/4"MM	2	
COMFORT EZ PEN NEEDLES 31 GAUGE X 3/16"MM	2	
COMFORT EZ PEN NEEDLES 31 GAUGE X 5/16"MM	2	
COMFORT EZ PEN NEEDLES 32 GAUGE X 1/4"MM	2	
COMFORT EZ PEN NEEDLES 32 GAUGE X 3/16"MM	2	
COMFORT EZ PEN NEEDLES 32 GAUGE X 5/16"MM	2	
COMFORT EZ PEN NEEDLES 32 GAUGE X 5/32"MM	2	
COMFORT EZ PEN NEEDLES 33 GAUGE X 1/4"MM	2	
COMFORT EZ PEN NEEDLES 33 GAUGE X 3/16"MM	2	
COMFORT EZ PEN NEEDLES 33 GAUGE X 5/16"MM	2	
COMFORT EZ PEN NEEDLES 33 GAUGE X 5/32"MM	2	
COMFORT LANCETS ^{MM}	3	
COMFORT POINT PEN NDL 31GX1/3"MM	2	
COMFORT POINT PEN NDL 31GX1/6"MM	2	
COMFORT TOUCH PEN NEEDLE 31 GAUGE X 1/4"MM	2	
COMFORT TOUCH PEN NEEDLE 31 GAUGE X 3/16"MM	2	
COMFORT TOUCH PEN NEEDLE 31 GAUGE X 5/16"MM	2	
COMFORT TOUCH PEN NEEDLE 31 GAUGE X 5/32"MM	2	
COMFORT TOUCH PEN NEEDLE 32 GAUGE X 1/4"MM	2	
COMFORT TOUCH PEN NEEDLE 32 GAUGE X 3/16"MM	2	
COMFORT TOUCH PEN NEEDLE 32 GAUGE X 5/16"MM	2	
COMFORT TOUCH PEN NEEDLE 32 GAUGE X 5/32"MM	2	
COMFORT TOUCH PEN NEEDLE 33 GAUGE X 1/4"MM	2	
COMFORT TOUCH PEN NEEDLE 33 GAUGE X 3/16"MM	2	
COMFORT TOUCH PEN NEEDLE 33 GAUGE X 5/32"MM	2	
COMFORT TOUCH PLUS PRESSURE ACTIVATED SAFETY LANCETS 30 GAUGE ^{MM}	2	
COMFORT TOUCH ULTRA THIN LANCETS 31 GAUGE ^{MM}	2	
COMIRNATY COVID-19 VACCINE VL	3	
COMIRNATY TRIS VACCINE(PF) 30 MCG/0.3 ML INTRAMUSCULAR SUSPENSION	3	
COMPACT SPACE CHAMBER	2	
COMPACT SPACE CHAMBER PLUS	2	
COMPACT SPACE CHAMBER-LRG MASK	2	
COMPACT SPACE CHAMBER-MED MASK	2	
COMPACT SPACE CHAMBER-SM MASK	2	
COMPAZINE 10 MG TABLET	3	
COMPAZINE 25 MG RECTAL SUPPOSITORY	3	
COMPAZINE 5 MG TABLET	3	
COMPLERA 200 MG-25 MG-300 MG TABLET ^{MM,SP}	*	QL(30 cada 30 días)
complete natal dha 29 mg-1 mg-250 mg-200 mg oral pack ^{MM}	1	
completenate 29 mg iron-1 mg chewable tablet ^{MM}	1	
compro 25 mg rectal suppository	1	
COMTAN 200 MG TABLET ^{MM}	3	QL(300 cada 30 días)
CONCEPT DHA 35 MG-1 MG-200 MG CAPSULE ^{MM}	3	
CONCEPT OB 85 MG-1 MG CAPSULE ^{MM}	3	
CONCERTA 18 MG TABLET,EXTENDED RELEASE ^{MM}	3	ST,QL(30 cada 30 días)
CONCERTA 27 MG TABLET,EXTENDED RELEASE ^{MM}	3	ST,QL(30 cada 30 días)

ST - Terapia por fases • QL - Límite de cantidad • PA - Autorización previa

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DEL USO
CONCERTA 36 MG TABLET,EXTENDED RELEASE ^{MM}	3	ST,QL(60 cada 30 días)
CONCERTA 54 MG TABLET,EXTENDED RELEASE ^{MM}	3	ST,QL(30 cada 30 días)
CONDYLOX 0.5 % TOPICAL GEL	3	
CONJUPRI 2.5 MG TABLET ^{MM}	3	PA,QL(30 cada 30 días)
CONJUPRI 5 MG TABLET ^{MM}	3	PA,QL(30 cada 30 días)
CONSENSI 10 MG-200 MG TABLET ^{MM,SP,DL}	*	ST,QL(30 cada 30 días)
CONSENSI 2.5 MG-200 MG TABLET ^{MM,SP,DL}	*	ST,QL(30 cada 30 días)
CONSENSI 5 MG-200 MG TABLET ^{MM,SP,DL}	*	ST,QL(30 cada 30 días)
constulose 10 gram/15 ml oral solution ^{MM}	1	
CONTOUR CONTROL SOLUTION, HIGH ^{MM}	3	
CONTOUR CONTROL SOLUTION, LOW ^{MM}	3	
CONTOUR CONTROL SOLUTION, NORMAL ^{MM}	3	
CONTOUR METER ^{MM}	3	ST
CONTOUR METER KIT ^{MM}	3	ST
CONTOUR NEXT EZ METER ^{MM}	3	ST
CONTOUR NEXT EZ METER KIT ^{MM}	3	ST
CONTOUR NEXT GLUCOSE METER KIT ^{MM}	3	ST
CONTOUR NEXT LEVEL 1 CONTROL SOLUTION ^{MM}	3	
CONTOUR NEXT LEVEL 2 CONTROL SOLUTION ^{MM}	3	
CONTOUR NEXT LINK 2.4 KIT ^{MM}	3	ST
CONTOUR NEXT LINK KIT ^{MM}	3	ST
CONTOUR NEXT METER ^{MM}	3	ST
CONTOUR NEXT ONE METER ^{MM}	3	ST
CONTOUR NEXT TEST STRIPS ^{MM}	3	ST,QL(150 cada 30 días)
CONTOUR TEST STRIPS ^{MM}	3	ST,QL(150 cada 30 días)
CONTROL AST MONITORING SYSTEM ^{MM}	3	ST
CONZIP 100 MG CAPSULE,EXTENDED RELEASE ^{DL}	3	ST,QL(30 cada 30 días)
CONZIP 200 MG CAPSULE,EXTENDED RELEASE ^{DL}	3	ST,QL(30 cada 30 días)
CONZIP 300 MG CAPSULE, EXTENDED RELEASE ^{DL}	3	ST,QL(30 cada 30 días)
COOL BLOOD GLUCOSE METER ^{MM}	3	ST
COOL BLOOD GLUCOSE METER KIT ^{MM}	3	ST
COOL CONTROL A SOLUTION ^{MM}	3	
COOL CONTROL B SOLUTION ^{MM}	3	
COOL GLUCOSE TEST STRIP ^{MM}	3	ST,QL(150 cada 30 días)
COPAXONE 20 MG/ML SUBCUTANEOUS SYRINGE ^{MM,SP,DL}	*	PA,QL(30 cada 30 días)
COPAXONE 40 MG/ML SUBCUTANEOUS SYRINGE ^{MM,SP,DL}	*	PA,QL(12 cada 28 días)
COPIKTRA 15 MG CAPSULE ^{MM,SP,DL}	*	PA,QL(56 cada 28 días)
COPIKTRA 25 MG CAPSULE ^{MM,SP,DL}	*	PA,QL(56 cada 28 días)
CORDRAN 0.025 % TOPICAL CREAM	3	ST
CORDRAN 0.05 % LOTION ^{SP,DL}	*	ST
CORDRAN 0.05 % TOPICAL CREAM	3	ST
CORDRAN 0.05 % TOPICAL OINTMENT	3	ST
COREG 12.5 MG TABLET ^{MM}	3	
COREG 25 MG TABLET ^{MM}	3	
COREG 3.125 MG TABLET ^{MM}	3	
COREG 6.25 MG TABLET ^{MM}	3	
COREG CR 10 MG CAPSULE, EXTENDED RELEASE ^{MM}	3	ST,QL(30 cada 30 días)
COREG CR 20 MG CAPSULE, EXTENDED RELEASE ^{MM}	3	ST,QL(30 cada 30 días)
COREG CR 40 MG CAPSULE, EXTENDED RELEASE ^{MM}	3	ST,QL(30 cada 30 días)
COREG CR 80 MG CAPSULE, EXTENDED RELEASE ^{MM}	3	ST,QL(30 cada 30 días)
coremino 135 mg tablet,extended release	1	ST,QL(30 cada 30 días)
coremino 45 mg tablet,extended release	1	ST,QL(30 cada 30 días)
coremino 90 mg tablet,extended release	1	ST,QL(30 cada 30 días)
CORGARD 20 MG TABLET ^{MM}	3	

ST - Terapia por fases • QL - Límite de cantidad • PA - Autorización previa

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DEL USO
CORGARD 40 MG TABLET ^{MM}	3	
CORGARD 80 MG TABLET ^{MM}	3	
CORLANOR 5 MG TABLET ^{MM}	3	PA,QL(60 cada 30 días)
CORLANOR 5 MG/5 ML ORAL SOLUTION ^{MM}	3	PA,QL(560 cada 28 días)
CORLANOR 7.5 MG TABLET ^{MM}	3	PA,QL(60 cada 30 días)
CORTEF 10 MG TABLET ^{MM}	3	
CORTEF 20 MG TABLET ^{MM}	3	
CORTEF 5 MG TABLET ^{MM}	3	
CORTENEMA 100 MG/60 ML	3	
CORTIFOAM 10 % (80 MG) RECTAL	3	
CORTISPORIN CREAM	3	
CORTISPORIN OINTMENT	3	
CORTISPORIN-TC 3.3 MG-3 MG-10 MG-0.5 MG/ML EAR DROPS,SUSPENSION	3	
CORTROPHIN GEL 80 UNIT/ML INJECTION ^{SP,DL}	*	PA,QL(30 cada 30 días)
corvita 150 150 mg-1.25 mg-120 mg-10 mg tablet	1	
CORVITE 150 150 MG IRON-1 MG TABLET	3	
CORVITE FE 150 MG IRON-1 MG TABLET	3	
COSENTYX 150 MG/ML SUBCUTANEOUS SYRINGE ^{MM,SP,LD,DL}	*	PA,QL(32 cada 365 días)
COSENTYX 300 MG/2 SYRINGES (150 MG/ML) SUBCUTANEOUS ^{MM,SP,LD,DL}	*	PA,QL(32 cada 365 días)
COSENTYX 75 MG/0.5 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE ^{MM,SP,DL}	*	PA,QL(8.5 cada 365 días)
COSENTYX PEN 150 MG/ML SUBCUTANEOUS ^{MM,SP,LD,DL}	*	PA,QL(32 cada 365 días)
COSENTYX PEN 300 MG/2 PENS (150 MG/ML) SUBCUTANEOUS ^{MM,SP,LD,DL}	*	PA,QL(32 cada 365 días)
COSOPT (PF) 2 %-0.5 % EYE DROPS IN A DROPPERETTE ^{MM}	3	ST,QL(60 cada 30 días)
COSOPT 22.3 MG-6.8 MG/ML EYE DROPS ^{MM}	3	ST,QL(10 cada 30 días)
COTELLIC 20 MG TABLET ^{MM,SP,LD,DL}	*	PA,QL(63 cada 28 días)
COTEMPLA XR-ODT 17.3 MG EXTENDED RELEASE DISINTEGRATING TABLET ^{MM}	3	ST,QL(30 cada 30 días)
COTEMPLA XR-ODT 25.9 MG EXTENDED RELEASE DISINTEGRATING TABLET ^{MM}	3	ST,QL(60 cada 30 días)
COTEMPLA XR-ODT 8.6 MG EXTENDED RELEASE DISINTEGRATING TABLET ^{MM}	3	ST,QL(30 cada 30 días)
COUMADIN 1 MG TABLET ^{MM}	3	
COUMADIN 2.5 MG TABLET ^{MM}	3	
COUMADIN 4 MG TABLET ^{MM}	3	
covaryx 1.25 mg-2.5 mg tablet ^{MM}	1	
covaryx h.s. 0.625 mg-1.25 mg tablet ^{MM}	1	
COVID-19 AT-HOME TEST KIT	3	
COZAAR 100 MG TABLET ^{MM}	3	ST,QL(60 cada 30 días)
COZAAR 25 MG TABLET ^{MM}	3	ST,QL(60 cada 30 días)
COZAAR 50 MG TABLET ^{MM}	3	ST,QL(60 cada 30 días)
CREON 12,000-38,000-60,000 UNIT CAPSULE,DELAYED RELEASE ^{MM}	2	
CREON 24,000-76,000-120,000 UNIT CAPSULE,DELAYED RELEASE ^{MM}	2	
CREON 3,000 UNIT-9,500 UNIT-15,000 UNIT CAPSULE,DELAYED RELEASE ^{MM}	2	
CREON 36,000 UNIT-114,000 UNIT-180,000 UNIT CAPSULE,DELAYED RELEASE ^{MM}	2	
CREON 6,000-19,000-30,000 UNIT CAPSULE,DELAYED RELEASE ^{MM}	2	
CRESEMBA 186 MG CAPSULE ^{SP,DL}	*	PA
CRESTOR 10 MG TABLET ^{MM}	3	ST
CRESTOR 20 MG TABLET ^{MM}	3	ST
CRESTOR 40 MG TABLET ^{MM}	3	ST
CRESTOR 5 MG TABLET ^{MM}	3	ST
CRINONE 4 % VAGINAL GEL	3	QL(8.7 cada 30 días)
CRIXIVAN 200 MG CAPSULE ^{MM}	3	QL(450 cada 30 días)
CRIXIVAN 400 MG CAPSULE ^{MM}	3	QL(270 cada 30 días)
cromolyn 100 mg/5 ml oral conc ^{SP,DL}	*	
cromolyn 20 mg/2 ml neb soln ^{MM,SP,DL}	*	
cromolyn 4% eye drops	1	
crotan 10 % lotion ^{SP,DL}	*	PA
cryselle (28) 0.3 mg-30 mcg tablet ^{MM}	1	

ST - Terapia por fases • QL - Límite de cantidad • PA - Autorización previa

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DEL USO
CUE COVID-19 HOME TEST KIT	3	
CUPRIMINE 250 MG CAPSULE ^{MM,SP,DL}	*	PA
CUROSURF 120 MG/1.5 ML INTRATRACHEAL SUSPENSION	3	
CUROSURF 240 MG/3 ML INTRATRACHEAL SUSPENSION	3	
CUTAQUIG 16.5 % SUBCUTANEOUS SOLUTION ^{MM,SP,DL}	*	PA
CUTIVATE 0.05% CREAM	3	
CUTIVATE 0.05% LOTION	3	ST
CUVITRU 1 GRAM/5 ML (20 %) SUBCUTANEOUS SOLUTION ^{MM,SP,DL}	*	PA
CUVITRU 10 GRAM/50 ML (20 %) SUBCUTANEOUS SOLUTION ^{MM,SP,DL}	*	PA
CUVITRU 2 GRAM/10 ML (20 %) SUBCUTANEOUS SOLUTION ^{MM,SP,DL}	*	PA
CUVITRU 4 GRAM/20 ML (20 %) SUBCUTANEOUS SOLUTION ^{MM,SP,DL}	*	PA
CUVITRU 8 GRAM/40 ML (20 %) SUBCUTANEOUS SOLUTION ^{MM,SP,DL}	*	PA
CUVPOSA 1 MG/5 ML (0.2 MG/ML) ORAL SOLUTION ^{MM}	3	
cvs glucose 40% gel	1	
CVS THIN 26G LANCETS ^{MM}	2	
cyanocobalamin 1,000 mcg/ml v1 ^{MM}	1	QL(30 cada 30 días)
cyclafem 1-35-28 tablet ^{MM}	1	
cyclafem 7-7-7-28 tablet ^{MM}	1	
cyclobenzaprine 10 mg tablet	1	
cyclobenzaprine 5 mg tablet	1	
cyclobenzaprine 7.5 mg tablet	1	PA,QL(90 cada 30 días)
cyclobenzaprine er 15 mg cap	1	PA,QL(21 cada 30 días)
cyclobenzaprine er 30 mg cap	1	PA,QL(21 cada 30 días)
CYCLOGYL 0.5 % EYE DROPS	3	
CYCLOGYL 1 % EYE DROPS	3	
CYCLOGYL 2 % EYE DROPS	3	
CYCLOMYDRIL 0.2 %-1 % EYE DROPS	3	
cyclopentolate 0.5% eye drops	1	
cyclopentolate 1% eye drops	1	
cyclopentolate hcl 2% drops	1	
cyclophosphamide 25 mg capsule ^{SP,DL}	*	QL(960 cada 30 días)
cyclophosphamide 25 mg tablet ^{SP,DL}	*	QL(960 cada 30 días)
cyclophosphamide 50 mg capsule ^{SP,DL}	*	QL(480 cada 30 días)
cyclophosphamide 50 mg tablet ^{SP,DL}	*	QL(480 cada 30 días)
cycloserine 250 mg capsule	1	
CYCLOSET 0.8 MG TABLET ^{MM}	3	ST,QL(180 cada 30 días)
cyclosporine 0.05% eye emuls ^{MM}	1	PA,QL(60 cada 30 días)
cyclosporine 100 mg capsule ^{MM}	1	QL(720 cada 30 días)
cyclosporine 25 mg capsule ^{MM}	1	
cyclosporine modified 100 mg ^{MM}	1	QL(720 cada 30 días)
cyclosporine modified 100mg/ml ^{MM}	1	
cyclosporine modified 25 mg ^{MM}	1	
cyclosporine modified 50 mg ^{MM}	1	
CYMBALTA 20 MG CAPSULE,DELAYED RELEASE ^{MM}	3	ST,QL(60 cada 30 días)
CYMBALTA 30 MG CAPSULE,DELAYED RELEASE ^{MM}	3	ST,QL(90 cada 30 días)
CYMBALTA 60 MG CAPSULE,DELAYED RELEASE ^{MM}	3	ST,QL(60 cada 30 días)
cyproheptadine 2 mg/5 ml syrup	1	
cyproheptadine 4 mg tablet	1	
cyred 0.15 mg-0.03 mg tablet ^{MM}	1	
cyred eq 0.15 mg-0.03 mg tablet ^{MM}	1	
CYSTADANE 1 GRAM/SCOOP ORAL POWDER ^{MM,SP,DL}	*	
CYSTADROPS 0.37 % EYE DROPS ^{MM,SP,DL}	*	PA,QL(20 cada 28 días)
CYSTAGON 150 MG CAPSULE ^{MM}	3	
CYSTAGON 50 MG CAPSULE ^{MM}	3	
CYSTARAN 0.44 % EYE DROPS ^{MM,SP,DL}	*	PA,QL(60 cada 28 días)
CYTOMEL 25 MCG TABLET ^{MM}	3	

ST - Terapia por fases • QL - Límite de cantidad • PA - Autorización previa

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DEL USO
CYTOMEL 5 MCG TABLET ^{MM}	3	
CYTOMEL 50 MCG TABLET ^{MM}	3	
CYTOTEC 100 MCG TABLET ^{MM}	3	
CYTOTEC 200 MCG TABLET ^{MM}	3	
D.H.E.45 1 MG/ML INJECTION SOLUTION ^{SP,DL}	*	
dalfampridine er 10 mg tablet ^{MM}	1	PA,QL(60 cada 30 días)
DALIRESP 250 MCG TABLET ^{MM}	3	QL(28 cada 365 días)
DALIRESP 500 MCG TABLET ^{MM}	3	QL(30 cada 30 días)
danazol 100 mg capsule	1	
danazol 200 mg capsule	1	
danazol 50 mg capsule	1	
DANTRIUM 25 MG CAPSULE ^{MM}	3	
DANTRIUM 50 MG CAPSULE ^{MM}	3	
dantrolene sodium 100 mg cap ^{MM}	1	
dantrolene sodium 25 mg cap ^{MM}	1	
dantrolene sodium 50 mg cap ^{MM}	1	
dapsone 100 mg tablet ^{MM}	1	
dapsone 25 mg tablet ^{MM}	1	
dapsone 5% gel	1	ST
dapsone 7.5% gel pump	1	ST
DARAPRIM 25 MG TABLET ^{SP,DL}	*	ST
darifenacin er 15 mg tablet ^{MM}	1	ST,QL(30 cada 30 días)
darifenacin er 7.5 mg tablet ^{MM}	1	ST,QL(30 cada 30 días)
DARIO BLOOD GLUCOSE MONITOR ^{MM}	3	ST
DARIO BLOOD GLUCOSE TEST STRIP ^{MM}	3	ST,QL(150 cada 30 días)
DARTISLA 1.7 MG DISINTEGRATING TABLET	3	ST,QL(120 cada 30 días)
dasetta 1/35 (28) 1 mg-35 mcg tablet ^{MM}	1	
dasetta 7/7/7 (28) 0.5 mg(7)/0.75 mg(7)/1 mg(7)-35 mcg tablet ^{MM}	1	
DAURISMO 100 MG TABLET ^{MM,SP,LD,DL}	*	PA,QL(30 cada 30 días)
DAURISMO 25 MG TABLET ^{MM,SP,LD,DL}	*	PA,QL(60 cada 30 días)
DAYPRO 600 MG TABLET	3	
daysee 0.15 mg-30 mcg (84)/10 mcg(7) tablets,3 month dose pack ^{MM}	1	QL(91 cada 90 días)
DAYTRANA 10 MG/9 HR DAILY PATCH ^{MM}	3	ST,QL(30 cada 30 días)
DAYTRANA 15 MG/9 HR DAILY PATCH ^{MM}	3	ST,QL(30 cada 30 días)
DAYTRANA 20 MG/9 HR DAILY PATCH ^{MM}	3	ST,QL(30 cada 30 días)
DAYTRANA 30 MG/9 HR DAILY PATCH ^{MM}	3	ST,QL(30 cada 30 días)
DAYVIGO 10 MG TABLET	3	ST,QL(30 cada 30 días)
DAYVIGO 5 MG TABLET	3	ST,QL(30 cada 30 días)
DDAVP 0.01% NASAL SPRAY ^{MM}	3	QL(25 cada 30 días)
DDAVP 0.1 MG TABLET ^{MM}	3	QL(180 cada 30 días)
DDAVP 0.2 MG TABLET ^{MM}	3	QL(180 cada 30 días)
DDAVP 10 MCG/0.1 ML SOLUTION ^{MM}	3	QL(10 cada 25 días)
DDAVP 4 MCG/ML INJECTION SOLUTION	3	
deblitane 0.35 mg tablet ^{MM}	1	
decadron 0.5 mg tablet	1	
decadron 0.75 mg tablet	1	
decadron 4 mg tablet	1	
decadron 6 mg tablet	1	
deferasirox 125 mg tb for susp ^{MM,SP,DL}	*	PA,QL(150 cada 30 días)
deferasirox 180 mg granule pkt ^{MM,SP,DL}	*	PA,QL(600 cada 30 días)
deferasirox 180 mg tablet ^{MM,SP,DL}	*	PA,QL(600 cada 30 días)
deferasirox 250 mg tb for susp ^{MM,SP,DL}	*	PA,QL(150 cada 30 días)
deferasirox 360 mg granule pkt ^{MM,SP,DL}	*	PA,QL(300 cada 30 días)
deferasirox 360 mg tablet ^{MM,SP,DL}	*	PA,QL(300 cada 30 días)
deferasirox 500 mg tb for susp ^{MM,SP,DL}	*	PA,QL(150 cada 30 días)

ST - Terapia por fases • QL - Limite de cantidad • PA - Autorización previa

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DEL USO
deferasirox 90 mg granule pkt ^{MM,SP,DL}	*	PA,QL(1200 cada 30 días)
deferasirox 90 mg tablet ^{MM,SP,DL}	*	PA,QL(1200 cada 30 días)
deferiprone 1,000 mg tb(3x/dy) ^{MM,SP,DL}	*	PA,QL(300 cada 30 días)
deferiprone 500 mg tablet ^{MM,SP,DL}	*	PA,QL(720 cada 30 días)
DELSTRIGO 100 MG-300 MG-300 MG TABLET ^{MM,SP}	*	QL(30 cada 30 días)
DELZICOL 400 MG CAPSULE (DR TABLETS INSIDE) ^{MM}	3	ST,QL(180 cada 30 días)
demeclocycline 150 mg tablet	1	
demeclocycline 300 mg tablet	1	
DEMSER 250 MG CAPSULE ^{LD}	3	
DENAVIR 1 % TOPICAL CREAM ^{SP,DL}	*	PA
DEPAKOTE 125 MG TABLET,DELAYED RELEASE ^{MM}	3	
DEPAKOTE 250 MG TABLET,DELAYED RELEASE ^{MM}	3	
DEPAKOTE 500 MG TABLET,DELAYED RELEASE ^{MM}	3	
DEPAKOTE ER 250 MG TABLET,EXTENDED RELEASE ^{MM}	3	
DEPAKOTE ER 500 MG TABLET,EXTENDED RELEASE ^{MM}	3	
DEPAKOTE SPRINKLES 125 MG CAPSULE,DELAYED RELEASE ^{MM}	3	
DEPEN TITRATABS 250 MG TABLET ^{MM,SP,DL}	*	PA
DEPO-PROVERA 150 MG/ML INTRAMUSCULAR SUSPENSION ^{MM}	3	QL(1 cada 90 días)
DEPO-PROVERA 150 MG/ML INTRAMUSCULAR SYRINGE ^{MM}	3	QL(1 cada 90 días)
DEPO-SUBQ PROVERA 104 104 MG/0.65 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE ^{MM}	3	QL(0.65 cada 90 días)
DEPO-TESTOSTERONE 100 MG/ML INTRAMUSCULAR OIL ^{MM}	3	QL(24 cada 90 días)
DEPO-TESTOSTERONE 200 MG/ML INTRAMUSCULAR OIL ^{MM}	3	QL(24 cada 90 días)
DERMA-SMOOTH/FS BODY OIL 0.01 %	3	ST
DERMA-SMOOTH/FS SCALP OIL 0.01 %	3	ST
DERMOTIC OIL 0.01 % EAR DROPS	3	
DESCOVY 120 MG-15 MG TABLET ^{MM,SP}	*	QL(30 cada 30 días)
DESCOVY 200 MG-25 MG TABLET ^{MM,SP}	*	QL(30 cada 30 días)
desflurane inhalation liquid	1	
desipramine 10 mg tablet ^{MM}	1	
desipramine 100 mg tablet ^{MM}	1	
desipramine 150 mg tablet ^{MM}	1	
desipramine 25 mg tablet ^{MM}	1	
desipramine 50 mg tablet ^{MM}	1	
desipramine 75 mg tablet ^{MM}	1	
desloratadine 2.5 mg odt ^{MM}	1	ST,QL(30 cada 30 días)
desloratadine 5 mg odt ^{MM}	1	ST,QL(30 cada 30 días)
desloratadine 5 mg tablet ^{MM}	1	QL(30 cada 30 días)
desmopressin 0.01% solution ^{MM}	1	QL(25 cada 30 días)
desmopressin 10 mcg/0.1 ml spr ^{MM}	1	QL(25 cada 30 días)
desmopressin 40 mcg/10 ml vial	1	
desmopressin acetate 0.1 mg tb ^{MM}	1	QL(180 cada 30 días)
desmopressin acetate 0.2 mg tb ^{MM}	1	QL(180 cada 30 días)
desogestr-eth estrad eth estra ^{MM}	1	
desogestrel-ee 0.15-0.03 mg tb ^{MM}	1	
DESONATE 0.05% GEL	3	
desonide 0.05% cream	1	
desonide 0.05% gel	1	
desonide 0.05% lotion	1	
desonide 0.05% ointment	1	
DESOWEN 0.05 % TOPICAL CREAM	3	
desoximetasone 0.05% cream	1	
desoximetasone 0.05% gel	1	
desoximetasone 0.05% ointment	1	
desoximetasone 0.25% cream	1	
desoximetasone 0.25% ointment	1	
desoximetasone 0.25% spray	1	ST

ST - Terapia por fases • QL - Limite de cantidad • PA - Autorización previa

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DEL USO
DESOXYN 5 MG TABLET ^{MM}	3	ST,QL(150 cada 30 días)
desrx 0.05 % topical gel	1	
desvenlafaxine er 100 mg tab ^{MM}	1	ST,QL(30 cada 30 días)
desvenlafaxine er 50 mg tab ^{MM}	1	ST,QL(30 cada 30 días)
desvenlafaxine succnt er 100mg ^{MM}	1	QL(30 cada 30 días)
desvenlafaxine succnt er 25 mg ^{MM}	1	QL(30 cada 30 días)
desvenlafaxine succnt er 50 mg ^{MM}	1	QL(30 cada 30 días)
DETROL 1 MG TABLET ^{MM}	3	QL(60 cada 30 días)
DETROL 2 MG TABLET ^{MM}	3	QL(60 cada 30 días)
DETROL LA 2 MG CAPSULE,EXTENDED RELEASE ^{MM}	3	QL(30 cada 30 días)
DETROL LA 4 MG CAPSULE,EXTENDED RELEASE ^{MM}	3	QL(30 cada 30 días)
dexabliss 1.5 mg (39 tabs) tablets in a dose pack	1	
dexamethasone 0.1% eye drop	1	
dexamethasone 0.5 mg tablet	1	
dexamethasone 0.5 mg/5 ml elx	1	
dexamethasone 0.5 mg/5 ml liq	1	
dexamethasone 0.75 mg tablet	1	
dexamethasone 1 mg tablet	1	
dexamethasone 1.5 mg tablet	1	
dexamethasone 10 day 1.5 mg tb	1	
dexamethasone 13 day 1.5 mg tb	1	
dexamethasone 2 mg tablet	1	
dexamethasone 4 mg tablet	1	
dexamethasone 6 day 1.5 mg tab	1	
dexamethasone 6 mg tablet	1	
dexamethasone intensol 1 mg/ml drops (concentrate)	1	
dexchlorpheniramine 2 mg/5 ml ^{DL}	1	PA
DEXCOM G4 (PED) RECEIVER KIT ^{MM}	3	PA
DEXCOM G4 RECEIVER KIT ^{MM}	3	PA
DEXCOM G4 RECEIVER-SHARE (PED) ^{MM}	3	PA
DEXCOM G4 RECEIVER-SHARE KIT ^{MM}	3	PA
DEXCOM G4 TRANSMITTER KIT ^{MM}	3	PA
DEXCOM G5 RECEIVER KIT ^{MM}	3	PA
DEXCOM G5 TRANSMITTER KIT ^{MM}	3	PA
DEXCOM G5-G4 SENSOR KIT ^{MM}	3	PA
DEXCOM G6 RECEIVER MISC ^{MM}	3	PA
DEXCOM G6 SENSOR DEVICE ^{MM}	3	PA
DEXCOM G6 TRANSMITTER DEVICE ^{MM}	3	PA
DEXCOM RECEIVER KIT ^{MM}	3	PA
DEXEDRINE SPANSULE 10 MG CAPSULE,EXTENDED RELEASE ^{MM}	3	ST,QL(180 cada 30 días)
DEXEDRINE SPANSULE 15 MG CAPSULE,EXTENDED RELEASE ^{MM}	3	ST,QL(120 cada 30 días)
DEXEDRINE SPANSULE 5 MG ^{MM}	3	ST,QL(60 cada 30 días)
DEXILANT 30 MG CAPSULE, DELAYED RELEASE ^{MM}	3	ST,QL(30 cada 30 días)
DEXILANT 60 MG CAPSULE, DELAYED RELEASE ^{MM}	3	ST,QL(30 cada 30 días)
dexlansoprazole dr 30 mg cap ^{MM}	3	ST,QL(30 cada 30 días)
dexlansoprazole dr 60 mg cap ^{MM}	3	ST,QL(30 cada 30 días)
dexamethylphenidate 10 mg tab ^{MM}	1	QL(60 cada 30 días)
dexamethylphenidate 2.5 mg tab ^{MM}	1	QL(60 cada 30 días)
dexamethylphenidate 5 mg tab ^{MM}	1	QL(60 cada 30 días)
dexamethylphenidate er 10 mg cp ^{MM}	1	QL(30 cada 30 días)
dexamethylphenidate er 15 mg cp ^{MM}	1	QL(30 cada 30 días)
dexamethylphenidate er 20 mg cp ^{MM}	1	QL(30 cada 30 días)
dexamethylphenidate er 25 mg cp ^{MM}	1	QL(30 cada 30 días)
dexamethylphenidate er 30 mg cp ^{MM}	1	QL(30 cada 30 días)
dexamethylphenidate er 35 mg cp ^{MM}	1	QL(30 cada 30 días)

ST - Terapia por fases • QL - Límite de cantidad • PA - Autorización previa

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DEL USO
dexmethylphenidate er 40 mg cp ^{MM}	1	QL(30 cada 30 días)
dexmethylphenidate er 5 mg cap ^{MM}	1	QL(30 cada 30 días)
DEXPAK 10 DAY 1.5 MG TABLET	3	
DEXPAK 13 DAY 1.5 MG TABLET	3	
DEXPAK 6 DAY 1.5 MG TABLET	3	
dextroamp-amphet er 10 mg cap ^{MM}	1	QL(30 cada 30 días)
dextroamp-amphet er 15 mg cap ^{MM}	1	QL(30 cada 30 días)
dextroamp-amphet er 20 mg cap ^{MM}	1	QL(60 cada 30 días)
dextroamp-amphet er 25 mg cap ^{MM}	1	QL(60 cada 30 días)
dextroamp-amphet er 30 mg cap ^{MM}	1	QL(60 cada 30 días)
dextroamp-amphet er 5 mg cap ^{MM}	1	QL(30 cada 30 días)
dextroamp-amphetam 12.5 mg tab ^{MM}	1	QL(90 cada 30 días)
dextroamp-amphetam 7.5 mg tab ^{MM}	1	QL(90 cada 30 días)
dextroamp-amphetamin 10 mg tab ^{MM}	1	QL(90 cada 30 días)
dextroamp-amphetamin 15 mg tab ^{MM}	1	QL(90 cada 30 días)
dextroamp-amphetamin 20 mg tab ^{MM}	1	QL(90 cada 30 días)
dextroamp-amphetamin 30 mg tab ^{MM}	1	QL(60 cada 30 días)
dextroamp-amphetamine 5 mg tab ^{MM}	1	QL(90 cada 30 días)
dextroamphetamine 10 mg tab ^{MM}	1	QL(180 cada 30 días)
dextroamphetamine 15 mg tab ^{MM}	1	ST,QL(120 cada 30 días)
dextroamphetamine 20 mg tab ^{MM}	1	ST,QL(90 cada 30 días)
dextroamphetamine 30 mg tab ^{MM}	1	ST,QL(60 cada 30 días)
dextroamphetamine 5 mg tab ^{MM}	1	QL(150 cada 30 días)
dextroamphetamine 5 mg/5 ml ^{MM}	1	ST,QL(1800 cada 30 días)
dextroamphetamine er 10 mg cap ^{MM}	1	ST,QL(180 cada 30 días)
dextroamphetamine er 15 mg cap ^{MM}	1	ST,QL(120 cada 30 días)
dextroamphetamine er 5 mg cap ^{MM}	1	ST,QL(60 cada 30 días)
DHIVY 25 MG-100 MG TABLET ^{MM}	3	
DIACOMIT 250 MG CAPSULE ^{MM,SP,DL}	*	PA,QL(180 cada 30 días)
DIACOMIT 250 MG ORAL POWDER PACKET ^{MM,SP,DL}	*	PA,QL(180 cada 30 días)
DIACOMIT 500 MG CAPSULE ^{MM,SP,DL}	*	PA,QL(180 cada 30 días)
DIACOMIT 500 MG ORAL POWDER PACKET ^{MM,SP,DL}	*	PA,QL(180 cada 30 días)
DIASTAT 2.5 MG RECTAL KIT ^{DL}	3	
DIASTAT ACUDIAL 12.5 MG-15 MG-17.5 MG-20 MG RECTAL KIT ^{DL}	3	
DIASTAT ACUDIAL 5 MG-7.5 MG-10 MG RECTAL KIT ^{DL}	3	
DIATRUE CONTROL SOLUTION HIGH ^{MM}	3	
DIATRUE CONTROL SOLUTION LOW ^{MM}	3	
DIATRUE CONTROL SOLUTION NORMAL ^{MM}	3	
DIATRUE PLUS BLOOD GLUCOSE METER SYSTEM ^{MM}	3	ST
DIATRUE PLUS TEST STRIP ^{MM}	3	ST,QL(150 cada 30 días)
diazepam 10 mg rectal gel syst ^{DL}	1	
diazepam 10 mg tablet ^{DL}	1	QL(120 cada 30 días)
diazepam 2 mg tablet ^{DL}	1	QL(90 cada 30 días)
diazepam 2.5 mg rectal gel syst ^{DL}	1	
diazepam 20 mg rectal gel syst ^{DL}	1	
diazepam 5 mg tablet ^{DL}	1	QL(90 cada 30 días)
diazepam 5 mg/5 ml oral soln ^{DL}	1	QL(1200 cada 30 días)
diazepam 5 mg/5 ml solution ^{DL}	1	QL(1200 cada 30 días)
diazepam 5 mg/ml oral conc ^{DL}	1	QL(240 cada 30 días)
diazepam intensol 5 mg/ml oral concentrate ^{DL}	1	QL(240 cada 30 días)
diazoxide 50 mg/ml oral susp ^{MM}	1	
DIBENZYLINE 10 MG CAPSULE ^{SP,DL}	*	
DICLEGIS 10 MG-10 MG TABLET,DELAYED RELEASE	3	ST,QL(120 cada 30 días)
diclofenac 0.1% eye drops	1	QL(5 cada 30 días)

ST - Terapia por fases • QL - Límite de cantidad • PA - Autorización previa

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DEL USO
diclofenac 1.5% topical soln ^{MM}	1	PA
diclofenac 2% solution pump ^{SP,DL}	*	PA
diclofenac 35 mg capsule	3	ST,QL(90 cada 30 días)
diclofenac epolamine 1.3% ptch ^{SP,DL}	*	PA,QL(60 cada 30 días)
diclofenac pot 25 mg tablet ^{SP,DL}	*	
diclofenac pot 50 mg tablet	1	
diclofenac potassium 25 mg cap ^{SP,DL}	*	ST,QL(120 cada 30 días)
diclofenac sod ec 25 mg tab	1	
diclofenac sod ec 50 mg tab	1	
diclofenac sod ec 75 mg tab	1	
diclofenac sod er 100 mg tab	1	
diclofenac sodium 1% gel ^{MM}	1	
diclofenac sodium 3% gel	1	PA
diclofenac-misoprost 50-0.2 mg	1	ST
diclofenac-misoprost 75-0.2 mg	1	ST
dicloxacillin 250 mg capsule	1	
dicloxacillin 500 mg capsule	1	
dicyclomine 10 mg capsule ^{MM}	1	
dicyclomine 10 mg/5 ml soln ^{MM}	1	
dicyclomine 20 mg tablet ^{MM}	1	
didanosine dr 250 mg capsule ^{MM}	1	QL(30 cada 30 días)
didanosine dr 400 mg capsule ^{MM}	1	QL(30 cada 30 días)
DIFFERIN 0.1 % LOTION	3	ST
DIFFERIN 0.1 % TOPICAL CREAM	3	ST
DIFFERIN 0.3 % TOPICAL GEL WITH PUMP	3	ST
DIFICID 200 MG TABLET ^{SP,DL}	*	QL(20 cada 10 días)
DIFICID 40 MG/ML ORAL SUSPENSION ^{SP,DL}	*	QL(100 cada 10 días)
diflorasone 0.05% cream	1	PA
diflorasone 0.05% ointment	1	PA
DIFLUCAN 10 MG/ML ORAL SUSPENSION	3	
DIFLUCAN 100 MG TABLET	3	
DIFLUCAN 150 MG TABLET	3	
DIFLUCAN 200 MG TABLET	3	
DIFLUCAN 40 MG/ML ORAL SUSPENSION	3	
DIFLUCAN 50 MG TABLET	3	
diflunisal 500 mg tablet	1	
difluprednate 0.05% eye drop	1	ST
digitek 125 mcg (0.125 mg) tablet ^{MM}	1	QL(30 cada 30 días)
digitek 250 mcg (0.25 mg) tablet ^{MM}	1	QL(30 cada 30 días)
digox 125 mcg (0.125 mg) tablet ^{MM}	1	QL(30 cada 30 días)
digox 250 mcg (0.25 mg) tablet ^{MM}	1	QL(30 cada 30 días)
digoxin 0.05 mg/ml solution ^{MM}	1	
digoxin 125 mcg tablet ^{MM}	1	QL(30 cada 30 días)
digoxin 250 mcg tablet ^{MM}	1	QL(30 cada 30 días)
digoxin 62.5 mcg tablet ^{MM}	1	QL(30 cada 30 días)
dihydroergotamine 1 mg/ml amp ^{SP,DL}	*	PA
dihydroergotamine 4 mg/ml spry ^{SP,DL}	*	PA,QL(8 cada 30 días)
DILANTIN 30 MG CAPSULE ^{MM}	3	
DILANTIN EXTENDED 100 MG CAPSULE ^{MM}	3	
DILANTIN INFATABS 50 MG CHEWABLE TABLET ^{MM}	3	
DILANTIN-125 125 MG/5 ML ORAL SUSPENSION ^{MM}	3	
DILATRATE-SR 40 MG CAPSULE ^{MM}	3	
DILAUDID 1 MG/ML ORAL LIQUID ^{DL}	3	QL(2400 cada 30 días)
DILAUDID 2 MG TABLET ^{DL}	3	QL(360 cada 30 días)
DILAUDID 4 MG TABLET ^{DL}	3	QL(360 cada 30 días)
DILAUDID 8 MG TABLET ^{DL}	3	QL(240 cada 30 días)

ST - Terapia por fases • QL - Límite de cantidad • PA - Autorización previa

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DEL USO
dilt-xr 120 mg capsule, extended release ^{MM}	1	QL(60 cada 30 días)
dilt-xr 180 mg capsule, extended release ^{MM}	1	QL(60 cada 30 días)
dilt-xr 240 mg capsule, extended release ^{MM}	1	QL(60 cada 30 días)
diltiazem 120 mg tablet ^{MM}	1	
diltiazem 12hr er 120 mg cap ^{MM}	1	QL(60 cada 30 días)
diltiazem 12hr er 60 mg cap ^{MM}	1	QL(60 cada 30 días)
diltiazem 12hr er 90 mg cap ^{MM}	1	QL(60 cada 30 días)
diltiazem 24h er(cd) 120 mg cp ^{MM}	1	QL(60 cada 30 días)
diltiazem 24h er(cd) 180 mg cp ^{MM}	1	QL(60 cada 30 días)
diltiazem 24h er(cd) 240 mg cp ^{MM}	1	QL(60 cada 30 días)
diltiazem 24h er(cd) 300 mg cp ^{MM}	1	QL(30 cada 30 días)
diltiazem 24h er(cd) 360 mg cp ^{MM}	1	QL(30 cada 30 días)
diltiazem 24h er(la) 180 mg tb ^{MM}	1	QL(60 cada 30 días)
diltiazem 24h er(la) 240 mg tb ^{MM}	1	QL(60 cada 30 días)
diltiazem 24h er(la) 300 mg tb ^{MM}	1	QL(30 cada 30 días)
diltiazem 24h er(la) 360 mg tb ^{MM}	1	QL(30 cada 30 días)
diltiazem 24h er(la) 420 mg tb ^{MM}	1	QL(30 cada 30 días)
diltiazem 24h er(xr) 120 mg cp ^{MM}	1	QL(60 cada 30 días)
diltiazem 24h er(xr) 180 mg cp ^{MM}	1	QL(60 cada 30 días)
diltiazem 24h er(xr) 240 mg cp ^{MM}	1	QL(60 cada 30 días)
diltiazem 24hr er 120 mg cap ^{MM}	1	QL(60 cada 30 días)
diltiazem 24hr er 180 mg cap ^{MM}	1	QL(60 cada 30 días)
diltiazem 24hr er 240 mg cap ^{MM}	1	QL(60 cada 30 días)
diltiazem 24hr er 300 mg cap ^{MM}	1	QL(30 cada 30 días)
diltiazem 24hr er 360 mg cap ^{MM}	1	QL(30 cada 30 días)
diltiazem 24hr er 420 mg cap ^{MM}	1	QL(30 cada 30 días)
diltiazem 30 mg tablet ^{MM}	1	
diltiazem 60 mg tablet ^{MM}	1	
diltiazem 90 mg tablet ^{MM}	1	
dimethyl fumarate 30d start pk ^{SP,DL}	*	PA,QL(60 cada 30 días)
dimethyl fumarate dr 120 mg cp ^{MM,SP,DL}	*	PA,QL(14 cada 30 días)
dimethyl fumarate dr 240 mg cp ^{MM,SP,DL}	*	PA,QL(60 cada 30 días)
DIOVAN 160 MG TABLET ^{MM}	3	ST,QL(60 cada 30 días)
DIOVAN 320 MG TABLET ^{MM}	3	ST,QL(60 cada 30 días)
DIOVAN 40 MG TABLET ^{MM}	3	ST,QL(60 cada 30 días)
DIOVAN 80 MG TABLET ^{MM}	3	ST,QL(60 cada 30 días)
DIOVAN HCT 160 MG-12.5 MG TABLET ^{MM}	3	ST,QL(30 cada 30 días)
DIOVAN HCT 160 MG-25 MG TABLET ^{MM}	3	ST,QL(30 cada 30 días)
DIOVAN HCT 320 MG-12.5 MG TABLET ^{MM}	3	ST,QL(30 cada 30 días)
DIOVAN HCT 320 MG-25 MG TABLET ^{MM}	3	ST,QL(30 cada 30 días)
DIOVAN HCT 80 MG-12.5 MG TABLET ^{MM}	3	ST,QL(30 cada 30 días)
DIPENTUM 250 MG CAPSULE ^{MM}	3	ST,QL(120 cada 30 días)
diphen 12.5 mg/5 ml oral elixir	3	
diphenhydramine 25 mg/10 ml	1	
diphenoxylat-atrop 2.5-0.025/5	1	
diphenoxylate-atrop 2.5-0.025	1	
DIPROLENE (AUGMENTED) 0.05 % TOPICAL OINTMENT	3	
dipyridamole 25 mg tablet ^{MM}	1	
dipyridamole 50 mg tablet ^{MM}	1	
dipyridamole 75 mg tablet ^{MM}	1	
DISKETS 40 MG SOLUBLE TABLET ^{DL}	2	QL(90 cada 30 días)
disopyramide 100 mg capsule ^{MM}	1	
disopyramide 150 mg capsule ^{MM}	1	
disulfiram 250 mg tablet ^{MM}	1	

ST - Terapia por fases • QL - Límite de cantidad • PA - Autorización previa

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DEL USO
disulfiram 500 mg tablet ^{MM}	1	
DITHOL 1.5 %-10 % TOPICAL COMBO PACK ^{SP,DL}	*	PA
DITROPAN XL 10 MG TABLET,EXTENDED RELEASE ^{MM}	3	QL(60 cada 30 días)
DITROPAN XL 5 MG TABLET,EXTENDED RELEASE ^{MM}	3	QL(60 cada 30 días)
DIURIL 250 MG/5 ML ORAL SUSPENSION ^{MM}	3	
divalproex dr 125 mg cp(sprnk) ^{MM}	1	
divalproex sod dr 125 mg tab ^{MM}	1	
divalproex sod dr 250 mg tab ^{MM}	1	
divalproex sod dr 500 mg tab ^{MM}	1	
divalproex sod er 250 mg tab ^{MM}	1	
divalproex sod er 500 mg tab ^{MM}	1	
DIVIGEL 0.25 MG/0.25 GRAM (0.1 %) TRANSDERMAL GEL PACKET ^{MM}	3	
DIVIGEL 0.5 MG/0.5 GRAM (0.1 %) TRANSDERMAL GEL PACKET ^{MM}	3	
DIVIGEL 0.75 MG/0.75 GRAM (0.1%) TRANSDERMAL GEL PACKET ^{MM}	3	
DIVIGEL 1 MG/GRAM (0.1 %) TRANSDERMAL GEL PACKET ^{MM}	3	
DIVIGEL 1.25 MG/1.25 GRAM (0.1 %) TRANSDERMAL GEL PACKET ^{MM}	3	
dodex 1,000 mcg/ml injection solution ^{MM}	1	QL(30 cada 30 días)
dofetilide 125 mcg capsule ^{MM}	1	QL(240 cada 30 días)
dofetilide 250 mcg capsule ^{MM}	1	QL(120 cada 30 días)
dofetilide 500 mcg capsule ^{MM}	1	QL(60 cada 30 días)
DOJOLVI 8.3 KCAL/ML ORAL LIQUID ^{MM}	3	PA
dolishale 90 mcg-20 mcg (28) tablet ^{MM}	1	
donepezil hcl 10 mg tablet ^{MM}	1	QL(60 cada 30 días)
donepezil hcl 23 mg tablet ^{MM}	1	QL(30 cada 30 días)
donepezil hcl 5 mg tablet ^{MM}	1	QL(30 cada 30 días)
donepezil hcl odt 10 mg tablet ^{MM}	1	QL(30 cada 30 días)
donepezil hcl odt 5 mg tablet ^{MM}	1	QL(30 cada 30 días)
DOPTELET (10 TAB PACK) 20 MG TABLET ^{SP,DL}	*	PA,QL(60 cada 30 días)
DOPTELET (15 TAB PACK) 20 MG TABLET ^{SP,DL}	*	PA,QL(60 cada 30 días)
DOPTELET (30 TAB PACK) 20 MG TABLET ^{SP,DL}	*	PA,QL(60 cada 30 días)
DORAL 15 MG TABLET ^{DL}	3	QL(30 cada 30 días)
DORYX 200 MG TABLET,DELAYED RELEASE	3	ST,QL(30 cada 30 días)
DORYX 50 MG TABLET,DELAYED RELEASE ^{SP,DL}	*	ST,QL(60 cada 30 días)
DORYX 80 MG TABLET,DELAYED RELEASE ^{SP,DL}	*	ST,QL(60 cada 30 días)
DORYX MPC 120 MG TABLET, DELAYED RELEASE	3	ST,QL(60 cada 30 días)
dorzolamide hcl 2% eye drops ^{MM}	1	QL(10 cada 30 días)
dorzolamide-timolol 2%-0.5% ^{MM}	1	ST,QL(60 cada 30 días)
dorzolamide-timolol eye drops ^{MM}	1	QL(10 cada 30 días)
dotti 0.025 mg/24 hr transdermal patch ^{MM}	1	QL(8 cada 28 días)
dotti 0.0375 mg/24 hr transdermal patch ^{MM}	1	QL(8 cada 28 días)
dotti 0.05 mg/24 hr transdermal patch ^{MM}	1	QL(8 cada 28 días)
dotti 0.075 mg/24 hr transdermal patch ^{MM}	1	QL(8 cada 28 días)
dotti 0.1 mg/24 hr transdermal patch ^{MM}	1	QL(8 cada 28 días)
DOVATO 50 MG-300 MG TABLET ^{MM,SP}	*	QL(30 cada 30 días)
DOVONEX 0.005 % TOPICAL CREAM	3	PA,QL(120 cada 30 días)
doxazosin mesylate 1 mg tab ^{MM}	1	
doxazosin mesylate 2 mg tab ^{MM}	1	
doxazosin mesylate 4 mg tab ^{MM}	1	
doxazosin mesylate 8 mg tab ^{MM}	1	
doxepin 10 mg capsule ^{MM}	1	
doxepin 10 mg/ml oral conc ^{MM}	1	
doxepin 100 mg capsule ^{MM}	1	
doxepin 150 mg capsule ^{MM}	1	
doxepin 25 mg capsule ^{MM}	1	

ST - Terapia por fases • QL - Límite de cantidad • PA - Autorización previa

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DEL USO
doxepin 5% cream	1	PA,QL(45 cada 30 días)
doxepin 50 mg capsule ^{MM}	1	
doxepin 75 mg capsule ^{MM}	1	
doxepin hcl 3 mg tablet	1	ST,QL(30 cada 30 días)
doxepin hcl 6 mg tablet	1	ST,QL(30 cada 30 días)
doxercalciferol 0.5 mcg cap ^{MM}	1	
doxercalciferol 1 mcg capsule ^{MM}	1	
doxercalciferol 2.5 mcg cap ^{MM}	1	
doxycycline 25 mg/5 ml susp	1	
doxycycline 50 mg tablet ^{SP,DL}	*	ST,QL(180 cada 30 días)
doxycycline hyc dr 100 mg tab	1	ST,QL(90 cada 30 días)
doxycycline hyc dr 150 mg tab	1	ST,QL(60 cada 30 días)
doxycycline hyc dr 200 mg tab	1	ST,QL(30 cada 30 días)
doxycycline hyc dr 50 mg tab ^{SP,DL}	*	ST,QL(60 cada 30 días)
doxycycline hyc dr 75 mg tab	1	ST,QL(60 cada 30 días)
doxycycline hyc dr 80 mg tab ^{SP,DL}	*	ST,QL(60 cada 30 días)
doxycycline hyclate 100 mg cap	1	QL(90 cada 30 días)
doxycycline hyclate 100 mg tab	1	
doxycycline hyclate 150 mg tab	1	ST,QL(30 cada 30 días)
doxycycline hyclate 20 mg tab	1	
doxycycline hyclate 50 mg cap	1	
doxycycline hyclate 75 mg tab	1	ST,QL(60 cada 30 días)
doxycycline ir-dr 40 mg cap ^{SP,DL}	*	ST,QL(30 cada 30 días)
doxycycline mono 100 mg cap	1	QL(90 cada 30 días)
doxycycline mono 100 mg tablet	1	
doxycycline mono 150 mg cap	1	ST,QL(30 cada 30 días)
doxycycline mono 150 mg tablet	1	ST
doxycycline mono 50 mg cap	1	QL(60 cada 30 días)
doxycycline mono 50 mg tablet	1	
doxycycline mono 75 mg capsule	1	ST,QL(60 cada 30 días)
doxycycline mono 75 mg tablet	1	ST
doxylamine-pyridoxine 10-10 mg	1	QL(120 cada 30 días)
DRISDOL 1,250 MCG (50,000 UNIT) CAPSULE ^{MM}	3	
DRIZALMA SPRINKLE 20 MG CAPSULE,DELAYED RELEASE ^{MM}	3	ST,QL(60 cada 30 días)
DRIZALMA SPRINKLE 30 MG CAPSULE,DELAYED RELEASE ^{MM}	3	ST,QL(60 cada 30 días)
DRIZALMA SPRINKLE 40 MG CAPSULE,DELAYED RELEASE ^{MM}	3	ST,QL(60 cada 30 días)
DRIZALMA SPRINKLE 60 MG CAPSULE,DELAYED RELEASE ^{MM}	3	ST,QL(60 cada 30 días)
dronabinol 10 mg capsule	1	PA,QL(120 cada 30 días)
dronabinol 2.5 mg capsule	1	PA,QL(120 cada 30 días)
dronabinol 5 mg capsule	1	PA,QL(120 cada 30 días)
DROPLET GENTEEL LANCING DEVICE	3	
DROPLET INSULIN SYRINGE (HALF UNIT) 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2" ^{MM}	2	
DROPLET INSULIN SYRINGE (HALF UNIT) 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2" ^{MM}	2	
DROPLET INSULIN SYRINGE (HALF UNIT) 0.5 ML 30 GAUGE X 15/64" ^{MM}	2	
DROPLET INSULIN SYRINGE (HALF UNIT) 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16" ^{MM}	2	
DROPLET INSULIN SYRINGE (HALF UNIT) 0.5 ML 31 GAUGE X 15/64" ^{MM}	2	
DROPLET INSULIN SYRINGE (HALF UNIT) 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16" ^{MM}	2	
DROPLET INSULIN SYRINGE 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2" ^{MM}	2	
DROPLET INSULIN SYRINGE 0.3 ML 30 GAUGE X 1/2" ^{MM}	2	
DROPLET INSULIN SYRINGE 0.3 ML 30 GAUGE X 15/64" ^{MM}	2	
DROPLET INSULIN SYRINGE 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16" ^{MM}	2	
DROPLET INSULIN SYRINGE 0.3 ML 31 GAUGE X 15/64" ^{MM}	2	
DROPLET INSULIN SYRINGE 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16" ^{MM}	2	
DROPLET INSULIN SYRINGE 1 ML 29 GAUGE X 1/2" ^{MM}	2	
DROPLET INSULIN SYRINGE 1 ML 30 GAUGE X 1/2" ^{MM}	2	
DROPLET INSULIN SYRINGE 1 ML 30 GAUGE X 15/64" ^{MM}	2	

ST - Terapia por fases • QL - Límite de cantidad • PA - Autorización previa

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DEL USO
DROPLET INSULIN SYRINGE 1 ML 30 GAUGE X 5/16"MM	2	
DROPLET INSULIN SYRINGE 1 ML 31 GAUGE X 15/64"MM	2	
DROPLET INSULIN SYRINGE 1 ML 31 GAUGE X 5/16"MM	2	
DROPLET LANCETS 30 GAUGE ^{MM}	2	
DROPLET LANCING DEVICE	3	
DROPLET MICRON PEN NEEDLE 34 GAUGE X 9/64"MM	2	
DROPLET PEN NEEDLE 29 GAUGE X 1/2"MM	2	
DROPLET PEN NEEDLE 29 GAUGE X 3/8"MM	2	
DROPLET PEN NEEDLE 30 GAUGE X 5/16"MM	2	
DROPLET PEN NEEDLE 31 GAUGE X 1/4"MM	2	
DROPLET PEN NEEDLE 31 GAUGE X 3/16"MM	2	
DROPLET PEN NEEDLE 31 GAUGE X 5/16"MM	2	
DROPLET PEN NEEDLE 32 GAUGE X 1/4"MM	2	
DROPLET PEN NEEDLE 32 GAUGE X 3/16"MM	2	
DROPLET PEN NEEDLE 32 GAUGE X 5/16"MM	2	
DROPLET PEN NEEDLE 32 GAUGE X 5/32"MM	2	
DROPSAFE PEN NEEDLE 31 GAUGE X 1/4"MM	2	
DROPSAFE PEN NEEDLE 31 GAUGE X 3/16"MM	2	
DROPSAFE PEN NEEDLE 31 GAUGE X 5/16"MM	2	
dros-ee-levomef 3-0.02-0.451 ^{MM}	1	
dros-ee-levomef 3-0.03-0.451 ^{MM}	1	
drosiprone-ee 3-0.02 mg tab ^{MM}	1	
drosiprone-ee 3-0.03 mg tab ^{MM}	1	
DROXIA 200 MG CAPSULE ^{MM}	2	
DROXIA 300 MG CAPSULE ^{MM}	2	
DROXIA 400 MG CAPSULE ^{MM}	2	
droxidopa 100 mg capsule ^{MM,SP,DL}	*	PA,QL(90 cada 30 días)
droxidopa 200 mg capsule ^{MM,SP,DL}	*	PA,QL(90 cada 30 días)
droxidopa 300 mg capsule ^{MM,SP,DL}	*	PA,QL(180 cada 30 días)
DUAKLIR PRESSAIR 400 MCG-12 MCG/ACTUATION BREATH ACTIVATED ^{MM}	3	ST,QL(1 cada 30 días)
DUAVEE 0.45 MG-20 MG TABLET ^{MM}	3	PA,QL(30 cada 30 días)
DUET DHA BALANCED 25 MG IRON-1 MG-267 MG-233 MG ORAL PACK ^{MM}	3	
DUET DHA WITH OMEGA-3 25 MG IRON-1 MG-400 MG ORAL PACK ^{MM}	3	
DUETACT 30 MG-2 MG TABLET ^{MM}	3	ST,QL(30 cada 30 días)
DUETACT 30 MG-4 MG TABLET ^{MM}	3	ST,QL(30 cada 30 días)
DUEXIS 800 MG-26.6 MG TABLET ^{MM,SP,DL}	*	PA,QL(90 cada 30 días)
DULERA 100 MCG-5 MCG/ACTUATION HFA AEROSOL INHALER ^{MM}	3	ST,QL(13 cada 30 días)
DULERA 200 MCG-5 MCG/ACTUATION HFA AEROSOL INHALER ^{MM}	3	ST,QL(13 cada 30 días)
DULERA 50 MCG-5 MCG/ACTUATION HFA AEROSOL INHALER ^{MM}	3	ST,QL(13 cada 30 días)
duloxetine hcl dr 20 mg cap ^{MM}	1	QL(60 cada 30 días)
duloxetine hcl dr 30 mg cap ^{MM}	1	QL(90 cada 30 días)
duloxetine hcl dr 40 mg cap ^{MM}	1	QL(60 cada 30 días)
duloxetine hcl dr 60 mg cap ^{MM}	1	QL(60 cada 30 días)
DUOBRII 0.01 %-0.045 % LOTION ^{SP,DL}	*	PA,QL(200 cada 28 días)
DUPIXENT 100 MG/0.67 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE ^{MM,SP,DL}	*	PA,QL(17.42 cada 365 días)
DUPIXENT 200 MG/1.14 ML SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR ^{MM,SP,DL}	*	PA,QL(31.92 cada 365 días)
DUPIXENT 200 MG/1.14 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE ^{MM,SP,LD,DL}	*	PA,QL(31.92 cada 365 días)
DUPIXENT 300 MG/2 ML SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR ^{MM,SP,LD,DL}	*	PA,QL(56 cada 365 días)
DUPIXENT 300 MG/2 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE ^{MM,SP,LD,DL}	*	PA,QL(56 cada 365 días)
DURAGESIC 100 MCG/HR PATCH ^{DL}	3	QL(20 cada 30 días)
DURAGESIC 12 MCG/HR PATCH ^{DL}	3	QL(20 cada 30 días)

ST - Terapia por fases • QL - Límite de cantidad • PA - Autorización previa

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DEL USO
DURAGESIC 25 MCG/HR PATCH ^{DL}	3	QL(20 cada 30 días)
DURAGESIC 50 MCG/HR PATCH ^{DL}	3	QL(20 cada 30 días)
DURAGESIC 75 MCG/HR PATCH ^{DL}	3	QL(20 cada 30 días)
DUREZOL 0.05 % EYE DROPS	3	ST
DURLAZA 162.5 MG CAPSULE,EXTENDED RELEASE ^{MM}	3	PA,QL(30 cada 30 días)
dutasteride 0.5 mg capsule ^{MM}	1	QL(30 cada 30 días)
dutasteride-tamsulosin 0.5-0.4 ^{MM}	1	ST,QL(30 cada 30 días)
DUTOPROL 100 MG-12.5 MG TABLET,EXTENDED RELEASE ^{MM}	3	QL(120 cada 30 días)
DUTOPROL 25 MG-12.5 MG TABLET,EXTENDED RELEASE ^{MM}	3	QL(60 cada 30 días)
DUTOPROL 50 MG-12.5 MG TABLET,EXTENDED RELEASE ^{MM}	3	QL(60 cada 30 días)
DUZALLO 200 MG-200 MG TABLET ^{MM}	3	PA,QL(30 cada 30 días)
DUZALLO 200 MG-300 MG TABLET ^{MM}	3	PA,QL(30 cada 30 días)
dvorah 325-30-16 mg tablet ^{DL}	1	QL(300 cada 30 días)
DXEVO 1.5 MG (39 TABS) TABLETS IN A DOSE PACK	3	
DYANAVAL XR 2.5 MG/ML ORAL 24 HR EXTENDED RELEASE SUSPENSION ^{MM}	2	QL(240 cada 30 días)
DYAZIDE 37.5-25 CAPSULE ^{MM}	3	
DYMISTA 137 MCG-50 MCG/SPRAY NASAL SPRAY	3	ST,QL(23 cada 28 días)
DYRENIUM 100 MG CAPSULE ^{MM}	3	
DYRENIUM 50 MG CAPSULE ^{MM}	3	
E-Z JECT LANCETS ^{MM}	3	
E-Z JECT LANCETS 26 GAUGE ^{MM}	2	
E-Z JECT LANCETS 30 GAUGE ^{MM}	2	
E-Z JECT LANCETS 32 GAUGE ^{MM}	2	
E-Z JECT LANCETS 33 GAUGE ^{MM}	2	
E-Z JECT THIN LANCETS 28 GAUGE ^{MM}	2	
E.E.S. 400 MG TABLET	3	
E.E.S. GRANULES 200 MG/5 ML ORAL SUSPENSION	3	
EASIVENT HOLDING CHAMBER	2	
EASIVENT MASK LARGE	2	
EASIVENT MASK MEDIUM	2	
EASIVENT MASK SMALL	2	
EASY COMFORT INSULIN SYRINGE 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16" ^{MM}	2	
EASY COMFORT INSULIN SYRINGE 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2" ^{MM}	2	
EASY COMFORT INSULIN SYRINGE 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16" ^{MM}	2	
EASY COMFORT INSULIN SYRINGE 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16" ^{MM}	2	
EASY COMFORT INSULIN SYRINGE 1 ML 30 GAUGE X 1/2" ^{MM}	2	
EASY COMFORT INSULIN SYRINGE 1 ML 30 GAUGE X 5/16" ^{MM}	2	
EASY COMFORT INSULIN SYRINGE 1 ML 31 GAUGE X 5/16" ^{MM}	2	
EASY COMFORT INSULIN SYRINGE 1 ML 32 GAUGE X 5/16" ^{MM}	2	
EASY COMFORT INSULIN SYRINGE 1/2 ML 32 GAUGE X 5/16" ^{MM}	2	
EASY COMFORT LANCETS 30 GAUGE ^{MM}	2	
EASY COMFORT PEN NEEDLES 31 GAUGE X 1/4" ^{MM}	2	
EASY COMFORT PEN NEEDLES 31 GAUGE X 3/16" ^{MM}	2	
EASY COMFORT PEN NEEDLES 31 GAUGE X 5/16" ^{MM}	2	
EASY COMFORT PEN NEEDLES 32 GAUGE X 5/32" ^{MM}	2	
EASY COMFORT PEN NEEDLES 33 GAUGE X 1/4" ^{MM}	2	
EASY COMFORT PEN NEEDLES 33 GAUGE X 3/16" ^{MM}	2	
EASY COMFORT PEN NEEDLES 33 GAUGE X 5/32" ^{MM}	2	
EASY GLIDE INSULIN SYRINGE 0.3 ML 31 GAUGE X 15/64" ^{MM}	2	
EASY GLIDE INSULIN SYRINGE 1 ML 31 GAUGE X 15/64" ^{MM}	2	
EASY GLIDE INSULIN SYRINGE 1/2 ML 31 GAUGE X 15/64" ^{MM}	2	
EASY GLIDE PEN NEEDLE 33 GAUGE X 5/32" ^{MM}	2	
EASY GLUCO G2 STRIPS ^{MM}	3	ST,QL(150 cada 30 días)
EASY MINI EJECT LANCING DEVICE	3	
EASY PLUS II BLOOD GLUCOSE METER ^{MM}	3	ST

ST - Terapia por fases • QL - Límite de cantidad • PA - Autorización previa

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DEL USO
EASY PLUS II HIGH CONTROL SOLUTION ^{MM}	3	
EASY PLUS II LOW CONTROL SOLUTION ^{MM}	3	
EASY PLUS II TEST STRIPS ^{MM}	3	ST,QL(150 cada 30 días)
EASY STEP BLOOD GLUCOSE METER ^{MM}	3	ST
EASY STEP HIGH CONTROL SOLUTION ^{MM}	3	
EASY STEP LOW CONTROL SOLUTION ^{MM}	3	
EASY STEP NORMAL CONTROL SOLN SOLUTION ^{MM}	3	
EASY STEP STRIPS ^{MM}	3	ST,QL(150 cada 30 días)
EASY TALK BLOOD GLUCOSE METER ^{MM}	3	ST
EASY TALK GLUCOSE TEST STRIPS ^{MM}	3	ST,QL(150 cada 30 días)
EASY TALK HIGH CONTROL SOLUTION ^{MM}	3	
EASY TALK LOW CONTROL SOLUTION ^{MM}	3	
EASY TALK PLUS II HIGH CONTROL SOLUTION ^{MM}	3	
EASY TALK PLUS II LOW CONTROL SOLUTION ^{MM}	3	
EASY TALK PLUS II TEST STRIP ^{MM}	3	ST,QL(150 cada 30 días)
EASY TOUCH 29 GAUGE X 1/2" NEEDLE ^{MM}	2	
EASY TOUCH 31 GAUGE X 1/4" NEEDLE ^{MM}	2	
EASY TOUCH 31 GAUGE X 3/16" NEEDLE ^{MM}	2	
EASY TOUCH 31 GAUGE X 5/16" NEEDLE ^{MM}	2	
EASY TOUCH 32 GAUGE X 1/4" NEEDLE ^{MM}	2	
EASY TOUCH 32 GAUGE X 3/16" NEEDLE ^{MM}	2	
EASY TOUCH 32 GAUGE X 5/32" NEEDLE ^{MM}	3	
EASY TOUCH BLU CTRL SOLN-L1,L3 SOLUTION ^{MM}	3	
EASY TOUCH BLU LINK GLUCOSE SYSTEM ^{MM}	3	ST
EASY TOUCH BLU LINK TEST STRIP ^{MM}	3	ST,QL(150 cada 30 días)
EASY TOUCH FLIPLOCK INSULIN 1 ML 29 GAUGE X 1/2" SYRINGE ^{MM}	2	
EASY TOUCH FLIPLOCK INSULIN 1 ML 31 GAUGE X 5/16" SYRINGE ^{MM}	2	
EASY TOUCH FLIPLOCK INSULIN SYRINGE 1 ML 30 GAUGE X 1/2" ^{MM}	2	
EASY TOUCH FLIPLOCK INSULIN SYRINGE 1 ML 30 GAUGE X 5/16" ^{MM}	2	
EASY TOUCH GLUCOSE MONITOR ^{MM}	3	ST
EASY TOUCH HIGH-LOW CONTROL SOLUTION ^{MM}	3	
EASY TOUCH INSULIN SAFETY SYRINGE 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2" ^{MM}	2	
EASY TOUCH INSULIN SAFETY SYRINGE 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16" ^{MM}	2	
EASY TOUCH INSULIN SAFETY SYRINGE 1 ML 29 GAUGE X 1/2" ^{MM}	2	
EASY TOUCH INSULIN SAFETY SYRINGE 1 ML 30 GAUGE X 1/2" ^{MM}	2	
EASY TOUCH INSULIN SYRINGE 0.3 ML 30 GAUGE X 1/2" ^{MM}	2	
EASY TOUCH INSULIN SYRINGE 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16" ^{MM}	2	
EASY TOUCH INSULIN SYRINGE 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16" ^{MM}	2	
EASY TOUCH INSULIN SYRINGE 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2" ^{MM}	2	
EASY TOUCH INSULIN SYRINGE 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2" ^{MM}	2	
EASY TOUCH INSULIN SYRINGE 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16" ^{MM}	2	
EASY TOUCH INSULIN SYRINGE 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16" ^{MM}	2	
EASY TOUCH INSULIN SYRINGE 1 ML 27 GAUGE X 1/2" ^{MM}	2	
EASY TOUCH INSULIN SYRINGE 1 ML 27 GAUGE X 5/8" ^{MM}	2	
EASY TOUCH INSULIN SYRINGE 1 ML 28 GAUGE X 1/2" ^{MM}	2	
EASY TOUCH INSULIN SYRINGE 1 ML 29 GAUGE X 1/2" ^{MM}	2	
EASY TOUCH INSULIN SYRINGE 1 ML 30 GAUGE X 1/2" ^{MM}	2	
EASY TOUCH INSULIN SYRINGE 1 ML 30 GAUGE X 5/16" ^{MM}	2	
EASY TOUCH INSULIN SYRINGE 1 ML 31 GAUGE X 5/16" ^{MM}	2	
EASY TOUCH INSULIN SYRINGE 1/2 ML 27 GAUGE X 1/2" ^{MM}	2	
EASY TOUCH INSULIN SYRINGE 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2" ^{MM}	2	
EASY TOUCH LANCETS 26 GAUGE ^{MM}	3	
EASY TOUCH LANCETS 28 GAUGE ^{MM}	2	
EASY TOUCH LANCETS 30 GAUGE ^{MM}	3	

ST - Terapia por fases • QL - Límite de cantidad • PA - Autorización previa

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DEL USO
EASY TOUCH LANCETS 32 GAUGE ^{MM}	3	
EASY TOUCH LANCING DEVICE	3	
EASY TOUCH LUER LOCK INSULIN 1 ML SYRINGE ^{MM}	2	
EASY TOUCH PEN NEEDLE 30 GAUGE X 5/16" ^{MM}	2	
EASY TOUCH SAFETY LANCETS 21 GAUGE ^{MM}	2	
EASY TOUCH SAFETY LANCETS 23 GAUGE ^{MM}	2	
EASY TOUCH SAFETY LANCETS 26 GAUGE ^{MM}	2	
EASY TOUCH SAFETY LANCETS 28 GAUGE ^{MM}	2	
EASY TOUCH SAFETY LANCETS 30 GAUGE ^{MM}	2	
EASY TOUCH SAFETY LANCETS 32 GAUGE ^{MM}	2	
EASY TOUCH SAFETY PEN NEEDLE 29 GAUGE X 3/16" ^{MM}	2	
EASY TOUCH SAFETY PEN NEEDLE 29 GAUGE X 5/16" ^{MM}	2	
EASY TOUCH SAFETY PEN NEEDLE 30 GAUGE X 1/4" ^{MM}	2	
EASY TOUCH SAFETY PEN NEEDLE 30 GAUGE X 3/16" ^{MM}	2	
EASY TOUCH SAFETY PEN NEEDLE 30 GAUGE X 5/16" ^{MM}	2	
EASY TOUCH SHEATHLOCK INSULIN 1 ML 29 GAUGE X 1/2" SYRINGE ^{MM}	2	
EASY TOUCH SHEATHLOCK INSULIN 1 ML 30 GAUGE X 5/16" SYRINGE ^{MM}	2	
EASY TOUCH SHEATHLOCK INSULIN 1 ML 31 GAUGE X 5/16" SYRINGE ^{MM}	2	
EASY TOUCH SHEATHLOCK INSULIN SYRINGE 1 ML 30 GAUGE X 1/2" ^{MM}	2	
EASY TOUCH TEST STRIP ^{MM}	3	ST,QL(150 cada 30 días)
EASY TOUCH TWIST LANCETS 26 GAUGE ^{MM}	2	
EASY TOUCH TWIST LANCETS 28 GAUGE ^{MM}	2	
EASY TOUCH TWIST LANCETS 30 GAUGE ^{MM}	2	
EASY TOUCH TWIST LANCETS 32 GAUGE ^{MM}	2	
EASY TOUCH TWIST LANCETS 33 GAUGE ^{MM}	2	
EASY TOUCH UNI-SLIP 1 ML SYRINGE ^{MM}	3	
EASY TRAK BLOOD GLUCOSE METER ^{MM}	3	ST
EASY TRAK GLUCOSE TEST STRIPS ^{MM}	3	ST,QL(150 cada 30 días)
EASY TRAK HIGH CONTROL SOLUTION ^{MM}	3	
EASY TRAK II CONTROL SOLUTION-NORMAL ^{MM}	3	
EASY TRAK II TEST STRIP ^{MM}	3	ST,QL(150 cada 30 días)
EASY TRAK LOW CONTROL SOLUTION ^{MM}	3	
EASY TWIST AND CAP LANCETS 28 GAUGE ^{MM}	2	
EASY-TOUCH BLOOD GLUCOSE METER ^{MM}	3	ST
EASYGLUCO METER KIT ^{MM}	3	ST
EASYGLUCO MONITORING SYSTEM KIT ^{MM}	3	ST
EASYGLUCO PLUS NORMAL CONTROL SOLUTION ^{MM}	3	
EASYGLUCO PLUS STRIPS ^{MM}	3	ST,QL(150 cada 30 días)
EASYGLUCO TEST STRIPS ^{MM}	3	ST,QL(150 cada 30 días)
EASYMAX 15 LEVEL 2 SOLUTION ^{MM}	3	
EASYMAX 15 TEST STRIPS ^{MM}	3	ST,QL(150 cada 30 días)
EASYMAX NG KIT ^{MM}	3	ST
EASYMAX NG METER ^{MM}	3	ST
EASYMAX NORMAL CONTROL SOLUTION ^{MM}	3	
EASYMAX STRIPS ^{MM}	3	ST,QL(150 cada 30 días)
EASYMAX V SPEAKING BLOOD GLUCOSE SYSTEM ^{MM}	3	ST
EC-NAPROSYN 375 MG TABLET,DELAYED RELEASE ^{MM}	3	
EC-NAPROSYN 500 MG TABLET,DELAYED RELEASE ^{MM}	3	
ec-naproxen 375 mg tablet,delayered release ^{MM}	1	
ec-naproxen 500 mg tablet,delayered release ^{MM}	1	
ECLIPSE NEEDLE 23 GAUGE X 1"	3	
ECLIPSE NEEDLE 25 GAUGE X 5/8"	3	
ECLIPSE NEEDLE 27 GAUGE X 1/2"	3	
ECLIPSE SYRINGE 3 ML 21 GAUGE X 1"	3	

ST - Terapia por fases • QL - Limite de cantidad • PA - Autorización previa

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DEL USO
ECLIPSE SYRINGE 3 ML 25 GAUGE X 1"	3	
econazole nitrate 1% cream	1	
ECOZA 1 % TOPICAL FOAM ^{SP,DL}	*	
ed-spaz 0.125 mg disintegrating tablet ^{MM}	1	
EDARBI 40 MG TABLET ^{MM}	3	ST,QL(30 cada 30 días)
EDARBI 80 MG TABLET ^{MM}	3	ST,QL(30 cada 30 días)
EDARBYCLOR 40 MG-12.5 MG TABLET ^{MM}	3	ST,QL(30 cada 30 días)
EDARBYCLOR 40 MG-25 MG TABLET ^{MM}	3	ST,QL(30 cada 30 días)
EDECIN 25 MG TABLET ^{MM,SP,DL}	*	
EDLUAR 10 MG SUBLINGUAL TABLET	3	ST,QL(30 cada 30 días)
EDLUAR 5 MG SUBLINGUAL TABLET	3	ST,QL(30 cada 30 días)
EDURANT 25 MG TABLET ^{MM,SP}	*	QL(30 cada 30 días)
eemt 1.25 mg-2.5 mg tablet ^{MM}	1	
eemt hs 0.625 mg-1.25 mg tablet ^{MM}	1	
efavir-emtri-tenof 600-200-300 ^{MM,SP}	*	QL(30 cada 30 días)
efavir-lamiv-tenof 400-300-300 ^{MM,SP}	*	QL(30 cada 30 días)
efavir-lamiv-tenof 600-300-300 ^{MM,SP}	*	QL(30 cada 30 días)
efavirenz 200 mg capsule ^{MM}	1	QL(120 cada 30 días)
efavirenz 50 mg capsule ^{MM}	1	QL(480 cada 30 días)
efavirenz 600 mg tablet ^{MM}	1	QL(30 cada 30 días)
EFFER-K 10 MEQ EFFERVESCENT TABLET ^{MM}	3	
EFFER-K 20 MEQ EFFERVESCENT TABLET ^{MM}	3	
effer-k 25 meq effervescent tablet ^{MM}	1	
EFFEXOR XR 150 MG CAPSULE,EXTENDED RELEASE ^{MM}	3	ST,QL(60 cada 30 días)
EFFEXOR XR 37.5 MG CAPSULE,EXTENDED RELEASE ^{MM}	3	ST,QL(30 cada 30 días)
EFFEXOR XR 75 MG CAPSULE,EXTENDED RELEASE ^{MM}	3	ST,QL(90 cada 30 días)
EFFIENT 10 MG TABLET ^{MM}	3	ST,QL(30 cada 30 días)
EFFIENT 5 MG TABLET ^{MM}	3	ST,QL(30 cada 30 días)
EFUDEX 5 % TOPICAL CREAM	3	
EGATEN 250 MG TABLET	3	
EGRIFTA 1 MG VIAL ^{MM,SP,DL}	*	PA,QL(60 cada 30 días)
EGRIFTA SV 2 MG SUBCUTANEOUS SOLUTION ^{MM,SP,LD,DL}	*	PA,QL(30 cada 30 días)
ELCYS 50 MG/ML INTRAVENOUS SOLUTION	3	
ELEMENT COMPACT GLUCOSE METER ^{MM}	3	ST
ELEMENT COMPACT HIGH CONTROL SOLUTION ^{MM}	3	
ELEMENT COMPACT NORMAL CONTROL SOLUTION ^{MM}	3	
ELEMENT COMPACT TEST STRIPS ^{MM}	3	ST,QL(150 cada 30 días)
ELEMENT COMPACT V GLUCOSE METER ^{MM}	3	ST
ELEMENT HIGH CONTROL SOLUTION ^{MM}	3	
ELEMENT LOW CONTROL SOLUTION ^{MM}	3	
ELEMENT NORMAL CONTROL SOLUTION ^{MM}	3	
ELEMENT PLUS BLOOD GLUCOSE KIT ^{MM}	3	ST
ELEMENT TEST STRIPS ^{MM}	3	ST,QL(150 cada 30 días)
ELEPSIA XR 1,000 MG TABLET,EXTENDED RELEASE ^{MM,SP}	*	PA,QL(60 cada 30 días)
ELEPSIA XR 1,500 MG TABLET,EXTENDED RELEASE ^{MM,SP}	*	PA,QL(60 cada 30 días)
ELESTRIN 0.87 GRAM/ACTUATION (0.06%) TRANSDERMAL GEL PUMP ^{MM}	3	ST,QL(52 cada 30 días)
eletriptan hbr 20 mg tablet	1	ST,QL(9 cada 30 días)
eletriptan hbr 40 mg tablet	1	ST,QL(9 cada 30 días)
ELIDEL 1 % TOPICAL CREAM	3	
ELIGARD 22.5 MG (3 MONTH) SUBCUTANEOUS SYRINGE ^{MM,SP}	*	PA,QL(1 cada 90 días)
ELIGARD 30 MG (4 MONTH) SUBCUTANEOUS SYRINGE ^{MM,SP}	*	PA,QL(1 cada 120 días)
ELIGARD 45 MG (6 MONTH) SUBCUTANEOUS SYRINGE ^{MM,SP}	*	PA,QL(1 cada 180 días)
ELIGARD 7.5 MG (1 MONTH) SUBCUTANEOUS SYRINGE ^{MM,SP,DL}	*	PA,QL(1 cada 30 días)
ELIMITE 5 % TOPICAL CREAM	3	
elimest 0.3 mg-30 mcg tablet ^{MM}	1	

ST - Terapia por fases • QL - Límite de cantidad • PA - Autorización previa

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DEL USO
ELIQUIS 2.5 MG TABLET ^{MM}	2	QL(60 cada 30 días)
ELIQUIS 5 MG TABLET ^{MM}	2	QL(74 cada 30 días)
ELIQUIS DVT-PE TREATMENT 30-DAY STARTER 5 MG (74 TABLETS) IN DOSE PACK	2	QL(74 cada 30 días)
ELIXOPHYLLIN 80 MG/15 ML ORAL ELIXIR ^{MM}	3	
ELLA 30 MG TABLET	2	QL(1 cada 30 días)
ELLUME COVID-19 HOME TEST KIT	3	
ELMIRON 100 MG CAPSULE ^{SP,DL}	*	QL(90 cada 30 días)
eluryng 0.12 mg-0.015 mg/24 hr vaginal ring ^{MM}	1	QL(1 cada 28 días)
ELYXYB 120 MG/4.8 ML (25 MG/ML) ORAL SOLUTION ^{SP,DL}	*	ST,QL(43.2 cada 30 días)
EMBRACE BLOOD GLUCOSE SYSTEM ^{MM}	3	ST
EMBRACE BLOOD GLUCOSE SYSTEM STRIPS ^{MM}	3	ST,QL(150 cada 30 días)
EMBRACE EVO BLOOD GLUCOSE KIT ^{MM}	3	ST
EMBRACE EVO GLUCOSE MONITOR ^{MM}	3	ST
EMBRACE EVO LEVEL 1 SOLUTION ^{MM}	3	
EMBRACE EVO TEST STRIPS ^{MM}	3	ST,QL(150 cada 30 días)
EMBRACE GLUCOSE CONTROL HIGH SOLUTION ^{MM}	3	
EMBRACE GLUCOSE CONTROL LOW SOLUTION ^{MM}	3	
EMBRACE LANCETS 30 GAUGE ^{MM}	3	
EMBRACE LANCING DEVICE WITH EJECTOR	3	
EMBRACE PRO BLOOD GLUCOSE METER ^{MM}	3	ST
EMBRACE PRO SOLUTION ^{MM}	3	
EMBRACE PRO TEST STRIPS ^{MM}	3	ST,QL(150 cada 30 días)
EMBRACE SAFETY LANCET 21 GAUGE ^{MM}	2	
EMBRACE SAFETY LANCET 28 GAUGE ^{MM}	2	
EMBRACE TALK BLOOD GLUCOSE MONITORING SYSTEM KIT ^{MM}	3	ST
EMBRACE TALK CONTROL-HIGH (L2) SOLUTION ^{MM}	3	
EMBRACE TALK CONTROL-LOW (L1) SOLUTION ^{MM}	3	
EMBRACE TALK GLUCOSE MONITOR ^{MM}	3	ST
EMBRACE TALK TEST STRIPS ^{MM}	3	ST,QL(150 cada 30 días)
EMCYT 140 MG CAPSULE	3	QL(540 cada 30 días)
EMEND 125 MG (1)-80 MG (2) CAPSULES IN A DOSE PACK	3	PA,QL(6 cada 28 días)
EMEND 125 MG (25 MG/ML FINAL CONC.) ORAL SUSPENSION	3	PA,QL(3 cada 28 días)
EMEND 40 MG CAPSULE	3	PA,QL(2 cada 28 días)
EMEND 80 MG CAPSULE	3	PA,QL(4 cada 28 días)
EMFLAZA 18 MG TABLET ^{MM,SP,DL}	*	PA
EMFLAZA 22.75 MG/ML ORAL SUSPENSION ^{MM,SP,DL}	*	PA
EMFLAZA 30 MG TABLET ^{MM,SP,DL}	*	PA
EMFLAZA 36 MG TABLET ^{MM,SP,DL}	*	PA
EMFLAZA 6 MG TABLET ^{MM,SP,DL}	*	PA
EMGALITY 120 MG/ML SUBCUTANEOUS SYRINGE ^{MM}	3	PA,QL(2 cada 30 días)
EMGALITY 300 MG/3 ML (100 MG/ML X 3) SUBCUTANEOUS SYRINGE	3	PA,QL(3 cada 30 días)
EMGALITY PEN 120 MG/ML SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR ^{MM}	3	PA,QL(2 cada 30 días)
emoquette 28 day tablet ^{MM}	1	
EMPAVELI 1,080 MG/20 ML SUBCUTANEOUS SOLUTION ^{MM,SP,DL}	*	PA,QL(160 cada 28 días)
EMSAM 12 MG/24 HR TRANSDERMAL 24 HOUR PATCH ^{MM,SP,DL}	*	PA,QL(30 cada 30 días)
EMSAM 6 MG/24 HR TRANSDERMAL 24 HOUR PATCH ^{MM,SP,DL}	*	PA,QL(30 cada 30 días)
EMSAM 9 MG/24 HR TRANSDERMAL 24 HOUR PATCH ^{MM,SP,DL}	*	PA,QL(30 cada 30 días)
emtricitabine 200 mg capsule ^{MM}	1	QL(30 cada 30 días)
emtricitabine-tenofv 100-150mg ^{MM,SP}	*	QL(30 cada 30 días)
emtricitabine-tenofv 133-200mg ^{MM,SP}	*	QL(30 cada 30 días)
emtricitabine-tenofv 167-250mg ^{MM,SP}	*	QL(30 cada 30 días)
emtricitabine-tenofv 200-300mg ^{MM}	1	QL(30 cada 30 días)
EMTRIVA 10 MG/ML ORAL SOLUTION ^{MM}	3	QL(680 cada 28 días)
EMTRIVA 200 MG CAPSULE ^{MM}	3	QL(30 cada 30 días)
emverm 100 mg chewable tablet ^{SP,DL}	*	

ST - Terapia por fases • QL - Límite de cantidad • PA - Autorización previa

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DEL USO
enalapril 1 mg/ml oral soln ^{MM}	1	
enalapril maleate 10 mg tab ^{MM}	1	
enalapril maleate 2.5 mg tab ^{MM}	1	
enalapril maleate 20 mg tab ^{MM}	1	
enalapril maleate 5 mg tablet ^{MM}	1	
enalapril-hctz 10-25 mg tablet ^{MM}	1	
enalapril-hctz 5-12.5 mg tab ^{MM}	1	
ENBREL 25 MG (1 ML) SUBCUTANEOUS POWDER FOR SOLUTION ^{MM,SP,DL}	*	PA,QL(8 cada 28 días)
ENBREL 25 MG/0.5 ML (0.5 ML) SUBCUTANEOUS SYRINGE ^{MM,SP,DL}	*	PA,QL(8.16 cada 28 días)
ENBREL 25 MG/0.5 ML SUBCUTANEOUS SOLUTION ^{MM,SP,DL}	*	PA,QL(8 cada 28 días)
ENBREL 50 MG/ML (1 ML) SUBCUTANEOUS SYRINGE ^{MM,SP,DL}	*	PA,QL(78 cada 365 días)
ENBREL MINI 50 MG/ML (1 ML) SUBCUTANEOUS CARTRIDGE ^{MM,SP,DL}	*	PA,QL(8 cada 28 días)
ENBREL SURECLICK 50 MG/ML (1 ML) SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR ^{MM,SP,DL}	*	PA,QL(78 cada 365 días)
ENDARI 5 GRAM ORAL POWDER PACKET ^{MM}	3	PA
endocet 10 mg-325 mg tablet ^{DL}	1	QL(360 cada 30 días)
endocet 2.5 mg-325 mg tablet ^{DL}	1	QL(360 cada 30 días)
endocet 5 mg-325 mg tablet ^{DL}	1	QL(360 cada 30 días)
endocet 7.5 mg-325 mg tablet ^{DL}	1	QL(360 cada 30 días)
ENGERIX-B (PF) 20 MCG/ML INTRAMUSCULAR SUSPENSION	3	
ENGERIX-B (PF) 20 MCG/ML INTRAMUSCULAR SYRINGE	3	
ENLITE GLUCOSE SENSOR DEVICE ^{MM}	3	PA
ENLITE SYSTEM ^{MM}	3	PA
enoxaparin 100 mg/ml syringe	1	QL(28 cada 28 días)
enoxaparin 120 mg/0.8 ml syr	1	QL(22.4 cada 28 días)
enoxaparin 150 mg/ml syringe	1	QL(28 cada 28 días)
enoxaparin 30 mg/0.3 ml syr	1	QL(16.8 cada 28 días)
enoxaparin 300 mg/3 ml vial	1	QL(84 cada 28 días)
enoxaparin 40 mg/0.4 ml syr	1	QL(11.2 cada 28 días)
enoxaparin 60 mg/0.6 ml syr	1	QL(16.8 cada 28 días)
enoxaparin 80 mg/0.8 ml syr	1	QL(22.4 cada 28 días)
enpresse 50-30 (6)/75-40(5)/125-30(10) tablet ^{MM}	1	
enskyce 0.15 mg-0.03 mg tablet ^{MM}	1	
ENSPRYNG 120 MG/ML SUBCUTANEOUS SYRINGE ^{MM,SP,LD,DL}	*	PA,QL(2 cada 28 días)
ENSTILAR 0.005 %-0.064 % TOPICAL FOAM ^{SP,DL}	*	PA,QL(120 cada 30 días)
entacapone 200 mg tablet ^{MM}	1	QL(300 cada 30 días)
entecavir 0.5 mg tablet ^{MM}	1	QL(30 cada 30 días)
entecavir 1 mg tablet ^{MM}	1	QL(30 cada 30 días)
ENTEREG 12 MG CAPSULE	3	QL(15 cada 365 días)
ENTOCORT EC 3 MG CAPSULE	3	
ENTRESTO 24 MG-26 MG TABLET ^{MM}	2	QL(60 cada 30 días)
ENTRESTO 49 MG-51 MG TABLET ^{MM}	2	QL(60 cada 30 días)
ENTRESTO 97 MG-103 MG TABLET ^{MM}	2	QL(60 cada 30 días)
enulose 10 gram/15 ml oral solution ^{MM}	1	
ENVARSUS XR 0.75 MG TABLET,EXTENDED RELEASE ^{MM}	3	PA
ENVARSUS XR 1 MG TABLET,EXTENDED RELEASE ^{MM}	3	PA
ENVARSUS XR 4 MG TABLET,EXTENDED RELEASE ^{MM}	3	PA
EPANED 1 MG/ML ORAL SOLUTION ^{MM}	3	
EPCLUSA 150 MG-37.5 MG ORAL PELLETS IN PACKET ^{SP,DL}	*	PA,QL(28 cada 28 días)
EPCLUSA 200 MG-50 MG ORAL PELLETS IN PACKET ^{SP,DL}	*	PA,QL(56 cada 28 días)
EPCLUSA 200 MG-50 MG TABLET ^{SP,DL}	*	PA,QL(28 cada 28 días)
EPCLUSA 400 MG-100 MG TABLET ^{SP,DL}	*	PA,QL(28 cada 28 días)
EPIDIOLEX 100 MG/ML ORAL SOLUTION ^{MM,SP,DL}	*	PA
EPIDUO 0.1 %-2.5 % TOPICAL GEL WITH PUMP	3	ST
EPIDUO FORTE 0.3 %-2.5 % TOPICAL GEL WITH PUMP	3	ST
EPIFOAM 1 %-1 % TOPICAL	3	

ST - Terapia por fases • QL - Límite de cantidad • PA - Autorización previa

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DEL USO
epinastine hcl 0.05% eye drops	1	QL(5 cada 25 días)
epinephrine 0.15 mg auto-injct	1	QL(4 cada 30 días)
epinephrine 0.15 mg auto-injct	1	QL(4 cada 30 días)
epinephrine 0.3 mg auto-inject	1	QL(4 cada 30 días)
EPIPEN 0.3 MG/0.3 ML INJECTION, AUTO-INJECTOR	3	ST,QL(4 cada 30 días)
EPIPEN 2-PAK 0.3 MG/0.3 ML INJECTION, AUTO-INJECTOR	3	ST,QL(4 cada 30 días)
EPIPEN JR 0.15 MG/0.3 ML INJECTION,AUTO-INJECTOR	3	ST,QL(4 cada 30 días)
EPIPEN JR 2-PAK 0.15 MG/0.3 ML INJECTION,AUTO-INJECTOR	3	ST,QL(4 cada 30 días)
epitol 200 mg tablet ^{MM}	1	
EPIVIR 10 MG/ML ORAL SOLUTION ^{MM}	3	QL(960 cada 30 días)
EPIVIR 150 MG TABLET ^{MM}	3	QL(60 cada 30 días)
EPIVIR 300 MG TABLET ^{MM}	3	QL(30 cada 30 días)
EPIVIR HBV 100 MG TABLET ^{MM}	3	QL(90 cada 30 días)
EPIVIR HBV 25 MG/5 ML (5 MG/ML) ORAL SOLUTION ^{MM}	3	QL(1680 cada 28 días)
eplerenone 25 mg tablet ^{MM}	1	
eplerenone 50 mg tablet ^{MM}	1	
EPOGEN 10,000 UNIT/ML INJECTION SOLUTION ^{MM,SP,DL}	*	PA,QL(14 cada 30 días)
EPOGEN 2,000 UNIT/ML INJECTION SOLUTION ^{MM,SP,DL}	*	PA,QL(14 cada 30 días)
EPOGEN 20,000 UNIT/2 ML INJECTION SOLUTION ^{MM,SP,DL}	*	PA,QL(28 cada 30 días)
EPOGEN 20,000 UNIT/ML INJECTION SOLUTION ^{MM,SP,DL}	*	PA,QL(14 cada 30 días)
EPOGEN 3,000 UNIT/ML INJECTION SOLUTION ^{MM,SP,DL}	*	PA,QL(14 cada 30 días)
EPOGEN 4,000 UNIT/ML INJECTION SOLUTION ^{MM,SP,DL}	*	PA,QL(14 cada 30 días)
EPONTIA 25 MG/ML ORAL SOLUTION ^{MM}	3	PA,QL(480 cada 30 días)
eprosartan mesylate 600 mg tab ^{MM}	1	ST,QL(60 cada 30 días)
EPSOLAY 5 % TOPICAL CREAM	3	ST,QL(30 cada 30 días)
EPZICOM 600 MG-300 MG TABLET ^{MM}	3	QL(30 cada 30 días)
EQL INSULIN 0.3 ML SYRINGE ^{MM}	2	
EQL INSULIN 0.5 ML SYRINGE ^{MM}	2	
EQL INSULIN 1 ML SYRINGE ^{MM}	2	
EQUETRO 100 MG CAPSULE, EXTENDED RELEASE ^{MM}	3	PA
EQUETRO 200 MG CAPSULE, EXTENDED RELEASE ^{MM}	3	PA
EQUETRO 300 MG CAPSULE, EXTENDED RELEASE ^{MM}	3	PA
ergoloid mesylates 1 mg tab ^{MM}	1	
ERGOMAR 2 MG SUBLINGUAL TABLET	3	
ergotamine-caffeine 1-100mg tb	1	
ERIVEDGE 150 MG CAPSULE ^{MM,SP,LD,DL}	*	PA,QL(28 cada 28 días)
ERLEADA 60 MG TABLET ^{MM,SP,LD,DL}	*	PA,QL(120 cada 30 días)
erlotinib hcl 100 mg tablet ^{MM,SP,DL}	*	PA,QL(30 cada 30 días)
erlotinib hcl 150 mg tablet ^{MM,SP,DL}	*	PA,QL(30 cada 30 días)
erlotinib hcl 25 mg tablet ^{MM,SP,DL}	*	PA,QL(90 cada 30 días)
errin 0.35 mg tablet ^{MM}	1	
ERTACZO 2 % TOPICAL CREAM	3	ST
ery pads 2 % topical swab	1	
ERY-TAB 250 MG TABLET,DELAYED RELEASE	3	
ERY-TAB 333 MG TABLET,DELAYED RELEASE	3	
ERY-TAB 500 MG TABLET,DELAYED RELEASE	3	
ERYGEL 2 % TOPICAL	3	
ERYPED 200 200 MG/5 ML ORAL SUSPENSION	3	
ERYPED 400 MG/5 ML ORAL SUSPENSION	3	
ERYTHROCIN (AS STEARATE) 250 MG TABLET	3	
erythromycin 0.5% eye ointment	1	
erythromycin 2% gel	1	
erythromycin 2% solution	1	
erythromycin 200 mg/5 ml susp	1	
erythromycin 250 mg tablet	1	
erythromycin 400 mg/5 ml susp	1	

ST - Terapia por fases • QL - Límite de cantidad • PA - Autorización previa

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DEL USO
erythromycin 500 mg tablet	1	
erythromycin dr 250 mg cap	1	
erythromycin dr 250 mg tablet	1	
erythromycin dr 333 mg tablet	1	
erythromycin dr 500 mg tablet	1	
erythromycin es 400 mg tab	1	
erythromycin-benzoyl gel	1	
ESBRIET 267 MG CAPSULE ^{MM,SP,LD,DL}	*	PA,QL(270 cada 30 días)
ESBRIET 267 MG TABLET ^{MM,SP,LD,DL}	*	PA,QL(270 cada 30 días)
ESBRIET 801 MG TABLET ^{MM,SP,LD,DL}	*	PA,QL(90 cada 30 días)
escitalopram 10 mg tablet ^{MM}	1	QL(45 cada 30 días)
escitalopram 20 mg tablet ^{MM}	1	QL(30 cada 30 días)
escitalopram 5 mg tablet ^{MM}	1	QL(30 cada 30 días)
escitalopram oxalate 5 mg/5 ml ^{MM}	1	QL(600 cada 30 días)
ESGIC 50 MG-325 MG-40 MG CAPSULE	3	QL(180 cada 30 días)
ESGIC 50 MG-325 MG-40 MG TABLET	3	QL(180 cada 30 días)
esomeprazole dr 10 mg packet ^{MM}	1	QL(30 cada 30 días)
esomeprazole dr 20 mg packet ^{MM}	1	QL(30 cada 30 días)
esomeprazole dr 40 mg packet ^{MM}	1	QL(30 cada 30 días)
ESOMEPRAZOLE DR 49.3 MG CAP ^{MM}	1	ST,QL(30 cada 30 días)
esomeprazole mag dr 20 mg cap ^{MM}	1	QL(60 cada 30 días)
esomeprazole mag dr 40 mg cap ^{MM}	1	QL(60 cada 30 días)
estarylla 0.25 mg-35 mcg tablet ^{MM}	1	
estazolam 1 mg tablet ^{DL}	1	QL(30 cada 30 días)
estazolam 2 mg tablet ^{DL}	1	QL(30 cada 30 días)
ESTRACE 0.01% (0.1 MG/GRAM) VAGINAL CREAM ^{MM}	3	
ESTRACE 0.5 MG TABLET ^{MM}	3	
ESTRACE 1 MG TABLET ^{MM}	3	
ESTRACE 2 MG TABLET ^{MM}	3	
estradiol 0.01% cream ^{MM}	1	
estradiol 0.025 mg patch(1/wk) ^{MM}	1	QL(4 cada 28 días)
estradiol 0.025 mg patch(2/wk) ^{MM}	1	QL(8 cada 28 días)
estradiol 0.0375mg patch(1/wk) ^{MM}	1	QL(4 cada 28 días)
estradiol 0.0375mg patch(2/wk) ^{MM}	1	QL(8 cada 28 días)
estradiol 0.05 mg patch (1/wk) ^{MM}	1	QL(4 cada 28 días)
estradiol 0.05 mg patch (2/wk) ^{MM}	1	QL(8 cada 28 días)
estradiol 0.06 mg patch (1/wk) ^{MM}	1	QL(4 cada 28 días)
estradiol 0.075 mg patch(1/wk) ^{MM}	1	QL(4 cada 28 días)
estradiol 0.075 mg patch(2/wk) ^{MM}	1	QL(8 cada 28 días)
estradiol 0.1 mg patch (1/wk) ^{MM}	1	QL(4 cada 28 días)
estradiol 0.1 mg patch (2/wk) ^{MM}	1	QL(8 cada 28 días)
estradiol 0.5 mg tablet ^{MM}	1	
estradiol 1 mg tablet ^{MM}	1	
estradiol 10 mcg vaginal insrt ^{MM}	1	
estradiol 2 mg tablet ^{MM}	1	
estradiol-noreth 0.5-0.1 mg tb ^{MM}	1	
estradiol-noreth 1-0.5 mg tab ^{MM}	1	
ESTRING 2 MG (7.5 MCG/24 HOUR) VAGINAL RING ^{MM}	3	QL(1 cada 90 días)
ESTROGEL 1.25 GRAM/ACTUATION (0.06%) TRANSDERMAL GEL PUMP ^{MM}	3	ST,QL(50 cada 30 días)
estrogen-methyltestos f.s. tab ^{MM}	1	
estrogen-methyltestos h.s. tab ^{MM}	1	
ESTROSTEP FE-28 TABLET ^{MM}	3	
eszopiclone 1 mg tablet	1	QL(30 cada 30 días)
eszopiclone 2 mg tablet	1	QL(30 cada 30 días)
eszopiclone 3 mg tablet	1	QL(30 cada 30 días)

ST - Terapia por fases • QL - Límite de cantidad • PA - Autorización previa

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DEL USO
ethacrynic acid 25 mg tablet ^{MM,SP,DL}	*	
ethambutol hcl 100 mg tablet	1	
ethambutol hcl 400 mg tablet	1	
ethosuximide 250 mg capsule ^{MM}	1	
ethosuximide 250 mg/5 ml soln ^{MM}	1	
ethynodiol-eth estra 1mg-35mcg ^{MM}	1	
ethynodiol-eth estra 1mg-50mcg ^{MM}	1	
etidronate disodium 200 mg tab ^{MM}	1	
etodolac 200 mg capsule ^{MM}	1	
etodolac 300 mg capsule ^{MM}	1	
etodolac 400 mg tablet ^{MM}	1	
etodolac 500 mg tablet ^{MM}	1	
etodolac er 400 mg tablet ^{MM}	1	
etodolac er 500 mg tablet ^{MM}	1	
etodolac er 600 mg tablet ^{MM}	1	
etonogestrel-ee vaginal ring ^{MM}	1	QL(1 cada 28 días)
etoposide 50 mg capsule ^{SP,DL}	*	QL(100 cada 30 días)
etravirine 100 mg tablet ^{MM,SP}	*	QL(120 cada 30 días)
etravirine 200 mg tablet ^{MM,SP}	*	QL(60 cada 30 días)
EUCRISA 2 % TOPICAL OINTMENT ^{SP,DL}	*	PA
EULEXIN 125 MG CAPSULE ^{MM}	1	PA,QL(180 cada 30 días)
EURAX 10 % LOTION ^{SP,DL}	*	PA
EURAX 10 % TOPICAL CREAM ^{SP,DL}	*	PA
EUTHYROX 100 MCG TABLET ^{MM}	1	
EUTHYROX 112 MCG TABLET ^{MM}	1	
EUTHYROX 125 MCG TABLET ^{MM}	1	
EUTHYROX 137 MCG TABLET ^{MM}	1	
EUTHYROX 150 MCG TABLET ^{MM}	1	
EUTHYROX 175 MCG TABLET ^{MM}	1	
EUTHYROX 200 MCG TABLET ^{MM}	1	
EUTHYROX 25 MCG TABLET ^{MM}	1	
EUTHYROX 50 MCG TABLET ^{MM}	1	
EUTHYROX 75 MCG TABLET ^{MM}	1	
EUTHYROX 88 MCG TABLET ^{MM}	1	
EVAMIST 1.53 MG/SPRAY (1.7 %) TRANSDERMAL SPRAY ^{MM}	3	
EVEKEO 10 MG TABLET ^{MM}	3	ST,QL(90 cada 30 días)
EVEKEO 5 MG TABLET ^{MM}	3	ST,QL(90 cada 30 días)
EVEKEO ODT 10 MG DISINTEGRATING TABLET ^{MM}	3	ST,QL(90 cada 30 días)
EVEKEO ODT 15 MG DISINTEGRATING TABLET ^{MM}	3	ST,QL(60 cada 30 días)
EVEKEO ODT 20 MG DISINTEGRATING TABLET ^{MM}	3	ST,QL(60 cada 30 días)
EVEKEO ODT 5 MG DISINTEGRATING TABLET ^{MM}	3	ST,QL(90 cada 30 días)
EVENCARE G2 ^{MM}	3	ST
EVENCARE G2 SOLUTION ^{MM}	3	
EVENCARE G2 STRIPS ^{MM}	3	ST,QL(150 cada 30 días)
EVENCARE G3 CONTROL SOLUTION ^{MM}	3	
EVENCARE G3 GLUCOSE METER KIT ^{MM}	3	ST
EVENCARE G3 TEST STRIPS ^{MM}	3	ST,QL(150 cada 30 días)
EVENCARE KIT ^{MM}	3	ST
EVENCARE MINI GLUCOSE CONTROL SOLUTION ^{MM}	3	
EVENCARE MINI GLUCOSE TEST STRIPS ^{MM}	3	ST,QL(150 cada 30 días)
EVENCARE MINI MONITOR SYSTEM ^{MM}	3	ST
EVENCARE PROVIEW CONTROL-L2,L3 SOLUTION ^{MM}	3	
EVENCARE PROVIEW TEST STRIP ^{MM}	3	ST,QL(150 cada 30 días)
EVENCARE SOLUTION ^{MM}	3	

ST - Terapia por fases • QL - Límite de cantidad • PA - Autorización previa

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DEL USO
EVENCARE TEST STRIPS ^{MM}	3	ST,QL(150 cada 30 días)
everolimus 0.25 mg tablet ^{MM,SP,DL}	*	PA,QL(60 cada 30 días)
everolimus 0.5 mg tablet ^{MM,SP,DL}	*	PA,QL(120 cada 30 días)
everolimus 0.75 mg tablet ^{MM,SP,DL}	*	PA,QL(60 cada 30 días)
everolimus 1 mg tablet ^{MM,SP,DL}	*	PA,QL(60 cada 30 días)
everolimus 10 mg tablet ^{MM,SP,DL}	*	PA,QL(30 cada 30 días)
everolimus 2 mg tab for susp ^{MM,SP,DL}	*	PA,QL(30 cada 30 días)
everolimus 2.5 mg tablet ^{MM,SP,DL}	*	PA,QL(30 cada 30 días)
everolimus 3 mg tab for susp ^{MM,SP,DL}	*	PA,QL(30 cada 30 días)
everolimus 5 mg tab for susp ^{MM,SP,DL}	*	PA,QL(30 cada 30 días)
everolimus 5 mg tablet ^{MM,SP,DL}	*	PA,QL(30 cada 30 días)
everolimus 7.5 mg tablet ^{MM,SP,DL}	*	PA,QL(30 cada 30 días)
EVERSENSE SENSOR-HOLDER SUBCUTANEOUS DEVICE	3	PA
EVERSENSE SMART TRANSMITTER DEVICE ^{MM}	3	PA
EVISTA 60 MG TABLET ^{MM}	3	ST,QL(30 cada 30 días)
EVOCLIN 1 % TOPICAL FOAM	3	ST
EVOLUTION BLOOD GLUCOSE METER KIT ^{MM}	3	ST
EVOLUTION NORMAL CONTROL SOLUTION ^{MM}	3	
EVOLUTION TEST STRIPS ^{MM}	3	ST,QL(150 cada 30 días)
EVOTAZ 300 MG-150 MG TABLET ^{MM,SP}	*	QL(30 cada 30 días)
EVOXAC 30 MG CAPSULE ^{MM}	3	
EVRYSDI 0.75 MG/ML ORAL SOLUTION ^{MM,SP,DL}	*	PA,QL(240 cada 30 días)
EVZIO 2 MG AUTO-INJECTOR	3	PA,QL(0.8 cada 30 días)
EXEL INSULIN 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2" SYRINGE ^{MM}	2	
EXEL INSULIN 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16" SYRINGE ^{MM}	2	
EXEL INSULIN 1 ML 30 GAUGE X 5/16" SYRINGE ^{MM}	2	
EXEL INSULIN 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2" SYRINGE ^{MM}	2	
EXELDERM 1 % TOPICAL CREAM	3	ST
EXELDERM 1 % TOPICAL SOLUTION	3	ST
EXELON PATCH 13.3 MG/24 HOUR TRANSDERMAL ^{MM}	3	QL(30 cada 30 días)
EXELON PATCH 4.6 MG/24 HOUR TRANSDERMAL ^{MM}	3	QL(30 cada 30 días)
EXELON PATCH 9.5 MG/24 HOUR TRANSDERMAL ^{MM}	3	QL(30 cada 30 días)
exemestane 25 mg tablet ^{MM}	1	QL(60 cada 30 días)
EXFORGE 10 MG-160 MG TABLET ^{MM}	3	ST,QL(30 cada 30 días)
EXFORGE 10 MG-320 MG TABLET ^{MM}	3	ST,QL(30 cada 30 días)
EXFORGE 5 MG-160 MG TABLET ^{MM}	3	ST,QL(30 cada 30 días)
EXFORGE 5 MG-320 MG TABLET ^{MM}	3	ST,QL(30 cada 30 días)
EXFORGE HCT 10 MG-160 MG-12.5 MG TABLET ^{MM}	3	ST,QL(30 cada 30 días)
EXFORGE HCT 10 MG-160 MG-25 MG TABLET ^{MM}	3	ST,QL(30 cada 30 días)
EXFORGE HCT 10 MG-320 MG-25 MG TABLET ^{MM}	3	ST,QL(30 cada 30 días)
EXFORGE HCT 5 MG-160 MG-12.5 MG TABLET ^{MM}	3	ST,QL(30 cada 30 días)
EXFORGE HCT 5 MG-160 MG-25 MG TABLET ^{MM}	3	ST,QL(30 cada 30 días)
EXJADE 125 MG DISPERSIBLE TABLET ^{MM,SP,DL}	*	PA,QL(150 cada 30 días)
EXJADE 250 MG DISPERSIBLE TABLET ^{MM,SP,DL}	*	PA,QL(150 cada 30 días)
EXJADE 500 MG DISPERSIBLE TABLET ^{MM,SP,DL}	*	PA,QL(150 cada 30 días)
EXKIVITY 40 MG CAPSULE ^{MM,SP,DL}	*	PA,QL(120 cada 30 días)
EXSERVAN 50 MG ORAL FILM ^{MM,SP,DL}	*	PA,QL(60 cada 30 días)
EXTAVIA 0.3 MG SUBCUTANEOUS KIT ^{MM,SP,DL}	*	PA,QL(15 cada 30 días)
EXTAVIA 0.3 MG SUBCUTANEOUS SOLUTION ^{MM,SP,DL}	*	PA,QL(15 cada 30 días)
EXTINA 2 % TOPICAL FOAM ^{SP,DL}	*	ST
EYSUVIS 0.25 % EYE DROPS,SUSPENSION	3	PA,QL(16.6 cada 30 días)
EZ SMART CONTROL SOLUTION ^{MM}	3	
EZ SMART LANCETS 28 GAUGE ^{MM}	2	
EZ SMART PLUS SYSTEM KIT ^{MM}	3	ST

ST - Terapia por fases • QL - Límite de cantidad • PA - Autorización previa

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DEL USO
EZ SMART PLUS TEST STRIPS ^{MM}	3	ST,QL(150 cada 30 días)
EZ SMART SYSTEM KIT ^{MM}	3	ST
EZ SMART TEST STRIPS ^{MM}	3	ST,QL(150 cada 30 días)
EZ-LETS 26 GAUGE ^{MM}	2	
EZALLOR SPRINKLE 10 MG CAPSULE ^{MM}	3	ST,QL(30 cada 30 días)
EZALLOR SPRINKLE 20 MG CAPSULE ^{MM}	3	ST,QL(30 cada 30 días)
EZALLOR SPRINKLE 40 MG CAPSULE ^{MM}	3	ST,QL(30 cada 30 días)
EZALLOR SPRINKLE 5 MG CAPSULE ^{MM}	3	ST,QL(30 cada 30 días)
ezetimibe 10 mg tablet ^{MM}	1	QL(30 cada 30 días)
ezetimibe-simvastatin 10-10 mg ^{MM}	1	QL(30 cada 30 días)
ezetimibe-simvastatin 10-20 mg ^{MM}	1	QL(30 cada 30 días)
ezetimibe-simvastatin 10-40 mg ^{MM}	1	QL(30 cada 30 días)
ezetimibe-simvastatin 10-80 mg ^{MM}	1	QL(30 cada 30 días)
FABIOR 0.1 % TOPICAL FOAM	3	PA
FACTIVE 320 MG TABLET	3	
falmina (28) 0.1 mg-20 mcg tablet ^{MM}	1	
famciclovir 125 mg tablet ^{MM}	1	QL(90 cada 30 días)
famciclovir 250 mg tablet ^{MM}	1	QL(90 cada 30 días)
famciclovir 500 mg tablet ^{MM}	1	QL(90 cada 30 días)
famotidine 20 mg tablet ^{MM}	1	
famotidine 40 mg tablet ^{MM}	1	
famotidine 40 mg/5 ml susp ^{MM}	1	
FANAPT 1 MG TABLET ^{MM,SP}	*	PA,QL(60 cada 30 días)
FANAPT 10 MG TABLET ^{MM,SP}	*	PA,QL(60 cada 30 días)
FANAPT 12 MG TABLET ^{MM,SP}	*	PA,QL(60 cada 30 días)
FANAPT 1MG(2)-2 MG(2)-4MG(2)-6 MG(2) TABLETS IN A DOSE PACK ^{SP}	*	PA,QL(60 cada 30 días)
FANAPT 2 MG TABLET ^{MM,SP}	*	PA,QL(60 cada 30 días)
FANAPT 4 MG TABLET ^{MM,SP}	*	PA,QL(60 cada 30 días)
FANAPT 6 MG TABLET ^{MM,SP}	*	PA,QL(60 cada 30 días)
FANAPT 8 MG TABLET ^{MM,SP}	*	PA,QL(60 cada 30 días)
FARESTON 60 MG TABLET ^{MM,SP,DL}	*	QL(30 cada 30 días)
FARXIGA 10 MG TABLET ^{MM}	3	PA,QL(30 cada 30 días)
FARXIGA 5 MG TABLET ^{MM}	3	PA,QL(30 cada 30 días)
FARYDAK 10 MG CAPSULE ^{SP,LD,DL}	*	PA,QL(6 cada 21 días)
FARYDAK 15 MG CAPSULE ^{SP,LD,DL}	*	PA,QL(6 cada 21 días)
FARYDAK 20 MG CAPSULE ^{SP,LD,DL}	*	PA,QL(6 cada 21 días)
FASENRA PEN 30 MG/ML SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR ^{MM,SP,LD}	*	PA,QL(2 cada 56 días)
fe c plus 100 mg-250 mg-25 mcg-1 mg tablet	1	
febuxostat 40 mg tablet ^{MM}	1	ST,QL(30 cada 30 días)
febuxostat 80 mg tablet ^{MM}	1	ST,QL(30 cada 30 días)
felbamate 400 mg tablet ^{MM}	1	
felbamate 600 mg tablet ^{MM}	1	
felbamate 600 mg/5 ml susp ^{MM}	1	
FELBATOL 400 MG TABLET ^{MM}	3	
FELBATOL 600 MG TABLET ^{MM}	3	
FELBATOL 600 MG/5 ML ORAL SUSPENSION ^{MM}	3	
FELDENE 10 MG CAPSULE	3	
FELDENE 20 MG CAPSULE	3	
felodipine er 10 mg tablet ^{MM}	1	QL(30 cada 30 días)
felodipine er 2.5 mg tablet ^{MM}	1	QL(30 cada 30 días)
felodipine er 5 mg tablet ^{MM}	1	QL(30 cada 30 días)
FEMARA 2.5 MG TABLET ^{MM}	3	ST,QL(30 cada 30 días)
FEMCAP 22 MM VAGINAL DEVICE	3	
FEMCAP 26 MM VAGINAL DEVICE	3	
FEMCAP 30 MM VAGINAL DEVICE	3	

ST - Terapia por fases • QL - Límite de cantidad • PA - Autorización previa

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DEL USO
FEMHRT 0.5 MG-2.5 MCG TABLET ^{MM}	3	
FEMRING 0.05 MG/24 HR VAGINAL ^{MM}	3	QL(1 cada 90 días)
FEMRING 0.1 MG/24 HR VAGINAL ^{MM}	3	QL(1 cada 90 días)
femynor 0.25 mg-35 mcg tablet ^{MM}	1	
fenofibrate 120 mg tablet ^{MM}	1	ST,QL(30 cada 30 días)
fenofibrate 130 mg capsule ^{MM}	1	ST,QL(30 cada 30 días)
fenofibrate 134 mg capsule ^{MM}	1	QL(30 cada 30 días)
fenofibrate 145 mg tablet ^{MM}	1	QL(30 cada 30 días)
fenofibrate 150 mg capsule ^{MM}	1	ST,QL(30 cada 30 días)
fenofibrate 160 mg tablet ^{MM}	1	QL(30 cada 30 días)
fenofibrate 200 mg capsule ^{MM}	1	QL(30 cada 30 días)
fenofibrate 30 mg capsule ^{MM}	3	ST,QL(30 cada 30 días)
fenofibrate 40 mg tablet ^{MM}	1	ST,QL(60 cada 30 días)
fenofibrate 43 mg capsule ^{MM}	1	ST,QL(30 cada 30 días)
fenofibrate 48 mg tablet ^{MM}	1	QL(60 cada 30 días)
fenofibrate 50 mg capsule ^{MM}	1	ST,QL(60 cada 30 días)
fenofibrate 54 mg tablet ^{MM}	1	QL(60 cada 30 días)
fenofibrate 67 mg capsule ^{MM}	1	QL(60 cada 30 días)
fenofibrate 90 mg capsule ^{MM}	3	ST,QL(30 cada 30 días)
fenofibric acid 105 mg tablet ^{MM}	1	ST,QL(30 cada 30 días)
fenofibric acid 35 mg tablet ^{MM}	1	ST,QL(30 cada 30 días)
fenofibric acid dr 135 mg cap ^{MM}	1	ST,QL(30 cada 30 días)
fenofibric acid dr 45 mg cap ^{MM}	1	ST,QL(30 cada 30 días)
FENOGLIDE 120 MG TABLET ^{MM}	3	ST,QL(30 cada 30 días)
FENOGLIDE 40 MG TABLET ^{MM}	3	ST,QL(60 cada 30 días)
fenopropfen 200 mg capsule ^{SP,DL}	*	PA,QL(180 cada 30 días)
fenopropfen 400 mg capsule	1	PA,QL(240 cada 30 días)
fenopropfen 600 mg tablet	1	PA
fenortho 200 mg capsule ^{SP,DL}	*	PA,QL(180 cada 30 días)
fentanyl 100 mcg/hr patch ^{DL}	1	QL(20 cada 30 días)
fentanyl 12 mcg/hr patch ^{DL}	1	QL(20 cada 30 días)
fentanyl 25 mcg/hr patch ^{DL}	1	QL(20 cada 30 días)
fentanyl 37.5 mcg/hr patch ^{DL}	1	QL(20 cada 30 días)
fentanyl 50 mcg/hr patch ^{DL}	1	QL(20 cada 30 días)
fentanyl 62.5 mcg/hr patch ^{DL}	1	QL(20 cada 30 días)
fentanyl 75 mcg/hr patch ^{DL}	1	QL(20 cada 30 días)
fentanyl 87.5 mcg/hr patch ^{DL}	1	QL(20 cada 30 días)
fentanyl cit 100 mcg buccal tb ^{DL}	1	PA,QL(120 cada 30 días)
fentanyl cit 200 mcg buccal tb ^{DL}	1	PA,QL(120 cada 30 días)
fentanyl cit 400 mcg buccal tb ^{DL}	1	PA,QL(120 cada 30 días)
fentanyl cit 600 mcg buccal tb ^{DL}	1	PA,QL(120 cada 30 días)
fentanyl cit 800 mcg buccal tb ^{DL}	1	PA,QL(120 cada 30 días)
fentanyl cit ofc 1,200 mcg ^{DL}	1	PA,QL(120 cada 30 días)
fentanyl cit ofc 1,600 mcg ^{DL}	1	PA,QL(120 cada 30 días)
fentanyl citrate ofc 200 mcg ^{DL}	1	PA,QL(120 cada 30 días)
fentanyl citrate ofc 400 mcg ^{DL}	1	PA,QL(120 cada 30 días)
fentanyl citrate ofc 600 mcg ^{DL}	1	PA,QL(120 cada 30 días)
fentanyl citrate ofc 800 mcg ^{DL}	1	PA,QL(120 cada 30 días)
FENTORA 100 MCG BUCCAL TABLET, EFFERVESCENT ^{DL}	3	PA,QL(120 cada 30 días)
FENTORA 200 MCG BUCCAL TABLET, EFFERVESCENT ^{DL}	3	PA,QL(120 cada 30 días)
FENTORA 400 MCG BUCCAL TABLET, EFFERVESCENT ^{DL}	3	PA,QL(120 cada 30 días)
FENTORA 600 MCG BUCCAL TABLET, EFFERVESCENT ^{DL}	3	PA,QL(120 cada 30 días)
FENTORA 800 MCG BUCCAL TABLET, EFFERVESCENT ^{DL}	3	PA,QL(120 cada 30 días)
ferocon 110 mg-0.5 mg capsule	1	

ST - Terapia por fases • QL - Límite de cantidad • PA - Autorización previa

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DEL USO
ferrex 150 forte plus 150 mg-60 mg-25 mcg-1 mg capsule	1	
FERRIPROX (2 TIMES A DAY) 1,000 MG TABLET ^{MM,SP,DL}	*	PA,QL(300 cada 30 días)
FERRIPROX 1,000 MG TABLET ^{MM,SP,DL}	*	PA,QL(300 cada 30 días)
FERRIPROX 100 MG/ML ORAL SOLUTION ^{SP,DL}	*	PA,QL(3600 cada 30 días)
FERRIPROX 500 MG TABLET ^{MM,SP,DL}	*	PA,QL(720 cada 30 días)
FETZIMA 120 MG CAPSULE,EXTENDED RELEASE ^{MM}	3	PA,QL(30 cada 30 días)
FETZIMA 20 MG (2)-40 MG (26) CAPSULE,EXTENDED RELEASE,24 HR,DOSE PACK	3	PA,QL(28 cada 28 días)
FETZIMA 20 MG CAPSULE,EXTENDED RELEASE ^{MM}	3	PA,QL(30 cada 30 días)
FETZIMA 40 MG CAPSULE,EXTENDED RELEASE ^{MM}	3	PA,QL(30 cada 30 días)
FETZIMA 80 MG CAPSULE,EXTENDED RELEASE ^{MM}	3	PA,QL(30 cada 30 días)
FEXMID 7.5 MG TABLET	3	PA,QL(90 cada 30 días)
FIASP FLEXTOUCH U-100 INSULIN 100 UNIT/ML (3 ML) SUBCUTANEOUS PEN ^{MM}	2	
FIASP PENFILL U-100 INSULIN 100 UNIT/ML (3 ML) SUBCUTANEOUS CARTRIDGE ^{MM}	2	
FIASP U-100 INSULIN 100 UNIT/ML SUBCUTANEOUS SOLUTION ^{MM}	2	
FIBRICOR 105 MG TABLET ^{MM}	3	ST,QL(30 cada 30 días)
FIBRICOR 35 MG TABLET ^{MM}	3	ST,QL(30 cada 30 días)
FIFTY50 PEN 31G X 3/16" NEEDLE ^{MM}	2	
FIFTY50 PEN NEEDLE 32G X 1/4" ^{MM}	2	
FIFTY50 SAFETY SEAL LANCETS 30 GAUGE ^{MM}	2	
FIFTY50 SAFETY SEAL LANCETS 32 GAUGE ^{MM}	2	
FIFTY50 TEST STRIP ^{MM}	3	ST,QL(150 cada 30 días)
FILTER NEEDLE 5 MICRON	3	
FILTER NEEDLE 5 MICRON	3	
FINACEA 15 % TOPICAL FOAM	2	
FINACEA 15 % TOPICAL GEL	3	ST
finasteride 5 mg tablet ^{MM}	1	QL(30 cada 30 días)
FINE 30 UNIVERSAL LANCETS 30 GAUGE ^{MM}	3	
FINGERSTIX LANCETS ^{MM}	2	
FINTEPLA 2.2 MG/ML ORAL SOLUTION ^{MM,SP,DL}	*	PA,QL(360 cada 30 días)
fioricet 50 mg-300 mg-40 mg capsule	1	QL(180 cada 30 días)
FIORICET WITH CODEINE 50 MG-300 MG-40 MG-30 MG CAPSULE ^{DL}	3	QL(180 cada 30 días)
FIORINAL 50-325-40 MG CAPSULE	3	QL(180 cada 30 días)
FIORINAL-COD 30-50-325-40 CAP ^{DL}	3	QL(360 cada 30 días)
FIRAZYR 30 MG/3 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE ^{SP,LD,DL}	*	PA,QL(9 cada 30 días)
FIRDAPSE 10 MG TABLET ^{MM,SP,DL}	*	PA,QL(240 cada 30 días)
FIRMAGON 120 MG SUBCUTANEOUS SOLUTION	3	PA,QL(6 cada 365 días)
FIRMAGON KIT WITH DILUENT SYRINGE 120 MG SUBCUTANEOUS SOLUTION	3	PA,QL(6 cada 365 días)
FIRMAGON KIT WITH DILUENT SYRINGE 80 MG SUBCUTANEOUS SOLUTION ^{MM}	3	PA,QL(4 cada 28 días)
FIRVANQ 25 MG/ML ORAL SOLUTION	3	PA
FIRVANQ 50 MG/ML ORAL SOLUTION	3	PA
flac otic (ear) oil 0.01 % drops	1	
FLAGYL 250 MG TABLET	3	
FLAGYL 375 MG CAPSULE	3	
FLAGYL 500 MG TABLET	3	
FLAREX 0.1 % EYE DROPS,SUSPENSION	3	ST
flavoxate hcl 100 mg tablet ^{MM}	1	
flecainide acetate 100 mg tab ^{MM}	1	
flecainide acetate 150 mg tab ^{MM}	1	
flecainide acetate 50 mg tab ^{MM}	1	
FLECTOR 1.3 % TRANSDERMAL 12 HOUR PATCH ^{SP,DL}	*	PA,QL(60 cada 30 días)
FLEQSUVY 5 MG/ML ORAL SUSPENSION ^{MM,SP,DL}	*	PA,QL(480 cada 30 días)
FLEXICHAMBER SPACER	3	
FLEXICHAMBER-LARGE CHILD MASK	2	
FLEXICHAMBER-SMALL ADULT MASK	2	
FLEXICHAMBER-SMALL CHILD MASK	2	
FLOLIPID 20 MG/5 ML (4 MG/ML) ORAL SUSPENSION ^{MM}	3	ST,QL(150 cada 30 días)

ST - Terapia por fases • QL - Limite de cantidad • PA - Autorización previa

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DEL USO
FLOLIPID 40 MG/5 ML (8 MG/ML) ORAL SUSPENSION ^{MM}	3	ST,QL(150 cada 30 días)
FLOMAX 0.4 MG CAPSULE ^{MM}	3	QL(60 cada 30 días)
FLOVENT DISKUS 100 MCG/ACTUATION POWDER FOR INHALATION ^{MM}	2	QL(60 cada 30 días)
FLOVENT DISKUS 250 MCG/ACTUATION POWDER FOR INHALATION ^{MM}	2	QL(60 cada 30 días)
FLOVENT DISKUS 50 MCG/ACTUATION POWDER FOR INHALATION ^{MM}	2	QL(60 cada 30 días)
FLOVENT HFA 110 MCG/ACTUATION AEROSOL INHALER ^{MM}	2	QL(24 cada 30 días)
FLOVENT HFA 220 MCG/ACTUATION AEROSOL INHALER ^{MM}	2	QL(24 cada 30 días)
FLOVENT HFA 44 MCG/ACTUATION AEROSOL INHALER ^{MM}	2	QL(10.6 cada 30 días)
FLOWFLEX COVID-19 ANTIGEN HOME TEST KIT	3	
FLUAD QUAD 2021-2022(65YR UP)(PF) 60 MCG (15 MCG X 4)/0.5ML IM SYRINGE	3	
FLUARIX QUAD 2021-2022 (PF) 60 MCG (15 MCG X 4)/0.5 ML IM SYRINGE	3	
FLUBLOK QUAD 2021-2022 (PF) 180 MCG (45 MCG X 4)/0.5 ML IM SYRINGE	3	
FLUCELVAX QUAD 2021-2022 (PF) 60 MCG (15 MCG X 4)/0.5 ML IM SYRINGE	3	
FLUCELVAX QUAD 2021-2022 60 MCG (15 MCG X 4)/0.5 ML INTRAMUSCULAR SUSP	3	
fluconazole 10 mg/ml susp	1	
fluconazole 100 mg tablet	1	
fluconazole 150 mg tablet	1	
fluconazole 200 mg tablet	1	
fluconazole 40 mg/ml susp	1	
fluconazole 50 mg tablet	1	
flucytosine 250 mg capsule	1	
flucytosine 500 mg capsule	1	
fludrocortisone 0.1 mg tablet ^{MM}	1	
FLULAVAL QUAD 2021-2022 (PF) 60 MCG (15 MCG X 4)/0.5 ML IM SYRINGE	3	
FLUMADINE 100 MG TABLET	3	
FLUMIST QUAD 2021-2022 10EXP6.5-7.5 FF UNIT/0.2 ML NASAL SPRAY SYRINGE	3	
flunisolide 0.025% spray ^{MM}	1	QL(50 cada 30 días)
fluocinolone 0.01% body oil	1	ST
fluocinolone 0.01% cream	1	
fluocinolone 0.01% scalp oil	1	ST
fluocinolone 0.01% solution	1	ST
fluocinolone 0.025% cream	1	
fluocinolone 0.025% ointment	1	
fluocinolone oil 0.01% ear drp	1	
fluocinonide 0.05% cream	1	
fluocinonide 0.05% gel	1	
fluocinonide 0.05% ointment	1	
fluocinonide 0.05% solution	1	
fluocinonide 0.1% cream	1	ST
fluocinonide-e 0.05 % topical cream	1	
fluocinonide-e 0.05% cream	1	
fluorometholone 0.1% drops	1	
FLUOROPLEX 1 % TOPICAL CREAM ^{SP,DL}	*	
fluorouracil 0.5% cream	1	
fluorouracil 2% topical soln	1	
fluorouracil 5% cream	1	
fluorouracil 5% topical soln	1	
fluoxetine 20 mg/5 ml solution ^{MM}	1	
fluoxetine dr 90 mg capsule ^{MM}	1	QL(4 cada 28 días)
fluoxetine hcl 10 mg capsule ^{MM}	1	QL(60 cada 30 días)
fluoxetine hcl 10 mg tablet ^{MM}	1	QL(60 cada 30 días)
fluoxetine hcl 20 mg capsule ^{MM}	1	QL(120 cada 30 días)
fluoxetine hcl 20 mg tablet ^{MM}	1	QL(60 cada 30 días)
fluoxetine hcl 40 mg capsule ^{MM}	1	QL(60 cada 30 días)
fluoxetine hcl 60 mg tablet ^{MM}	1	QL(30 cada 30 días)
fluphenazine 1 mg tablet ^{MM}	1	
fluphenazine 10 mg tablet ^{MM}	1	

ST - Terapia por fases • QL - Límite de cantidad • PA - Autorización previa

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DEL USO
fluphenazine 2.5 mg tablet ^{MM}	1	
fluphenazine 2.5 mg/5 ml elix ^{MM}	1	
fluphenazine 5 mg tablet ^{MM}	1	
fluphenazine 5 mg/ml conc	1	
fluphenazine dec 125 mg/5 ml ^{MM}	1	
flurandrenolide 0.05% cream	1	ST
flurandrenolide 0.05% lotion ^{SP,DL}	*	ST
flurandrenolide 0.05% ointment	1	ST
flurazepam 15 mg capsule ^{DL}	1	QL(60 cada 30 días)
flurazepam 30 mg capsule ^{DL}	1	QL(30 cada 30 días)
flurbiprofen 0.03% eye drop	1	
flurbiprofen 100 mg tablet	1	
flutamide 125 mg capsule ^{MM}	1	QL(180 cada 30 días)
fluticasone prop 0.005% oint	1	
fluticasone prop 0.05% cream	1	
fluticasone prop 0.05% lotion	1	ST
fluticasone prop 50 mcg spray ^{MM}	1	QL(16 cada 30 días)
fluticasone prop hfa 110 mcg ^{MM}	3	PA,QL(24 cada 30 días)
fluticasone prop hfa 220 mcg ^{MM}	3	PA,QL(24 cada 30 días)
fluticasone prop hfa 44 mcg ^{MM}	3	PA,QL(10.6 cada 30 días)
fluticasone-salmeterol 100-50 ^{MM}	1	QL(60 cada 30 días)
fluticasone-salmeterol 113-14 ^{MM}	1	QL(1 cada 30 días)
fluticasone-salmeterol 232-14 ^{MM}	1	QL(1 cada 30 días)
fluticasone-salmeterol 250-50 ^{MM}	1	QL(60 cada 30 días)
fluticasone-salmeterol 500-50 ^{MM}	1	QL(60 cada 30 días)
fluticasone-salmeterol 55-14 ^{MM}	1	QL(1 cada 30 días)
fluticasone-vilanterol 100-25 ^{MM}	3	PA,QL(60 cada 30 días)
fluticasone-vilanterol 200-25 ^{MM}	3	PA,QL(60 cada 30 días)
fluvastatin er 80 mg tablet ^{MM}	1	ST,QL(30 cada 30 días)
fluvastatin sodium 20 mg cap ^{MM}	1	ST,QL(60 cada 30 días)
fluvastatin sodium 40 mg cap ^{MM}	1	ST,QL(60 cada 30 días)
fluvoxamine er 100 mg capsule ^{MM}	1	ST,QL(60 cada 30 días)
fluvoxamine er 150 mg capsule ^{MM}	1	ST,QL(60 cada 30 días)
fluvoxamine maleate 100 mg tab ^{MM}	1	QL(90 cada 30 días)
fluvoxamine maleate 25 mg tab ^{MM}	1	QL(90 cada 30 días)
fluvoxamine maleate 50 mg tab ^{MM}	1	QL(90 cada 30 días)
FLUZONE HIGH-DOSE QUAD 2021-22 (PF) 240 MCG/0.7 ML IM SYRINGE	3	
FLUZONE QUAD 2021-2022 (PF) 60 MCG (15 MCG X 4)/0.5 ML IM SUSPENSION	3	
FLUZONE QUAD 2021-2022 (PF) 60 MCG (15 MCG X 4)/0.5 ML IM SYRINGE	3	
FLUZONE QUAD 2021-2022 60 MCG (15 MCG X 4)/0.5 ML INTRAMUSCULAR SUSP.	3	
FML FORTE 0.25 % EYE DROPS,SUSPENSION	3	ST
FML LIQUIFILM 0.1 % EYE DROPS,SUSPENSION	3	ST
FML S.O.P. 0.1 % EYE OINTMENT	3	ST
FOCALIN 10 MG TABLET ^{MM}	3	ST,QL(60 cada 30 días)
FOCALIN 2.5 MG TABLET ^{MM}	3	ST,QL(60 cada 30 días)
FOCALIN 5 MG TABLET ^{MM}	3	ST,QL(60 cada 30 días)
FOCALIN XR 10 MG CAPSULE,EXTENDED RELEASE ^{MM}	3	ST,QL(30 cada 30 días)
FOCALIN XR 15 MG CAPSULE,EXTENDED RELEASE ^{MM}	3	ST,QL(30 cada 30 días)
FOCALIN XR 20 MG CAPSULE,EXTENDED RELEASE ^{MM}	3	ST,QL(30 cada 30 días)
FOCALIN XR 25 MG CAPSULE,EXTENDED RELEASE ^{MM}	3	ST,QL(30 cada 30 días)
FOCALIN XR 30 MG CAPSULE,EXTENDED RELEASE ^{MM}	3	ST,QL(30 cada 30 días)
FOCALIN XR 35 MG CAPSULE,EXTENDED RELEASE ^{MM}	3	ST,QL(30 cada 30 días)
FOCALIN XR 40 MG CAPSULE,EXTENDED RELEASE ^{MM}	3	ST,QL(30 cada 30 días)
FOCALIN XR 5 MG CAPSULE,EXTENDED RELEASE ^{MM}	3	ST,QL(30 cada 30 días)
folbee 2.5 mg-25 mg-1 mg tablet	1	

ST - Terapia por fases • QL - Límite de cantidad • PA - Autorización previa

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DEL USO
folic acid 1 mg tablet ^{MM}	1	
folivane-f 125 mg-1 mg-40 mg-3 mg capsule	1	
folivane-plus 125 mg iron-1 mg capsule	1	
folplex 2.2 mg-25 mg-0.5 mg tablet	1	
fondaparinux 10 mg/0.8 ml syr ^{SP,DL}	*	QL(24 cada 30 días)
fondaparinux 2.5 mg/0.5 ml syr ^{SP,DL}	*	QL(15 cada 30 días)
fondaparinux 5 mg/0.4 ml syr ^{SP,DL}	*	QL(12 cada 30 días)
fondaparinux 7.5 mg/0.6 ml syr ^{SP,DL}	*	QL(18 cada 30 días)
FORA 6 CONNECT GLUCOSE STRIP ^{MM}	3	ST,QL(150 cada 30 días)
FORA 6 CONNECT MULTIFUNCTION MONITOR ^{MM}	3	ST
FORA D10 KIT ^{MM}	3	ST
FORA D15 GLUCOSE-BP MONITOR ^{MM}	3	ST
FORA D15G STRIPS ^{MM}	3	ST,QL(150 cada 30 días)
FORA D20 KIT ^{MM}	3	ST
FORA D20 STRIPS ^{MM}	3	ST,QL(150 cada 30 días)
FORA D40-G31 TEST STRIPS ^{MM}	3	ST,QL(150 cada 30 días)
FORA D40D GLUCOSE-BP MONITOR ^{MM}	3	ST
FORA D40G GLUCOSE-BP MONITOR ^{MM}	3	ST
FORA G20 KIT ^{MM}	3	ST
FORA G20 STRIPS ^{MM}	3	ST,QL(150 cada 30 días)
FORA G30-PREMIUM V10 TEST STRIP ^{MM}	3	ST,QL(150 cada 30 días)
FORA G30A ^{MM}	3	ST
FORA GD50 BLOOD GLUCOSE SYSTEM ^{MM}	3	ST
FORA GD50 TEST STRIPS ^{MM}	3	ST,QL(150 cada 30 días)
FORA GTEL GLUCOSE TEST STRIP ^{MM}	3	ST,QL(150 cada 30 días)
FORA GTEL MULTI-FUNCTIONAL MONITOR ^{MM}	3	ST
FORA HIGH CONTROL SOLUTION ^{MM}	3	
FORA KETONE CONTROL SOLUTION-L1 ^{MM}	3	
FORA LANCING DEVICE	3	
FORA LOW CONTROL SOLUTION ^{MM}	3	
FORA NORMAL CONTROL SOLUTION ^{MM}	3	
FORA PREMIUM V10 GLUCOSE METER ^{MM}	3	ST
FORA TEST N'GO ADVANCE PRO MONITOR ^{MM}	3	ST
FORA TEST N'GO ADVANCE PRO TEST STRIP ^{MM}	3	ST,QL(150 cada 30 días)
FORA TEST N'GO VOICE METER ^{MM}	3	ST
FORA TEST STRIP ^{MM}	3	ST,QL(150 cada 30 días)
FORA TN'G VOICE METER ^{MM}	3	ST
FORA TN'G VOICE TEST STRIPS ^{MM}	3	ST,QL(150 cada 30 días)
FORA V10 KIT ^{MM}	3	ST
FORA V10 STRIPS ^{MM}	3	ST,QL(150 cada 30 días)
FORA V10-V12-D10-D20 STRIPS ^{MM}	3	ST,QL(150 cada 30 días)
FORA V10-V12-D10-D20 STRIPS-LANCETS 30 GAUGE COMBO PACK ^{MM}	3	ST
FORA V12 BLOOD GLUCOSE SYSTEM ^{MM}	3	ST
FORA V12 BLOOD GLUCOSE SYSTEM KIT ^{MM}	3	ST
FORA V12 GLUCOSE STRIPS ^{MM}	3	ST,QL(150 cada 30 días)
FORA V20 KIT ^{MM}	3	ST
FORA V20 STRIPS ^{MM}	3	ST,QL(150 cada 30 días)
FORA V30A ^{MM}	3	ST
FORA V30A KIT ^{MM}	3	ST
FORA V30A STRIPS ^{MM}	3	ST,QL(150 cada 30 días)
FORACARE GD20 GLUCOSE METER ^{MM}	3	ST
FORACARE GD20 STRIPS ^{MM}	3	ST,QL(150 cada 30 días)
FORACARE GD40 TEST STRIPS ^{MM}	3	ST,QL(150 cada 30 días)
FORACARE GD40A GLUCOSE METER ^{MM}	3	ST

ST - Terapia por fases • QL - Límite de cantidad • PA - Autorización previa

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DEL USO
FORACARE GD40B GLUCOSE METER ^{MM}	3	ST
FORACARE GDH HIGH CONTROL SOLUTION ^{MM}	3	
FORACARE GDH LOW CONTROL SOLUTION ^{MM}	3	
FORACARE GDH NORMAL CONTROL SOLUTION ^{MM}	3	
FORACARE LANCETS 30 GAUGE ^{MM}	2	
FORFIVO XL 450 MG TABLET,EXTENDED RELEASE ^{MM}	3	PA,QL(30 cada 30 días)
formoterol 20 mcg/2 ml neb vl ^{MM,SP,DL}	*	PA,QL(120 cada 30 días)
FORTAMET ER 1,000 MG TABLET ^{MM}	3	ST,QL(60 cada 30 días)
FORTAMET ER 500 MG TABLET ^{MM}	3	ST,QL(150 cada 30 días)
FORTEO 20 MCG/DOSE (600 MCG/2.4 ML) SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR ^{MM,DL}	3	PA,QL(2.48 cada 30 días)
FORTESTA 10 MG/0.5 GRAM/ACTUATION TRANSDERMAL GEL PUMP ^{MM}	3	PA,QL(120 cada 30 días)
FORTISCARE G1 TEST STRIP ^{MM}	3	ST,QL(150 cada 30 días)
FORTISCARE GLUCOSE TEST STRIPS ^{MM}	3	ST,QL(150 cada 30 días)
FORTISCARE HIGH SOLUTION ^{MM}	3	
FORTISCARE LOW SOLUTION ^{MM}	3	
FORTISCARE NORMAL SOLUTION ^{MM}	3	
FORTISCARE T1 BLOOD GLUCOSE SYSTEM ^{MM}	3	ST
FOSAMAX 70 MG TABLET ^{MM}	3	ST,QL(4 cada 28 días)
FOSAMAX PLUS D 70 MG-2,800 UNIT TABLET ^{MM}	3	ST,QL(4 cada 28 días)
FOSAMAX PLUS D 70 MG-5,600 UNIT TABLET ^{MM}	3	ST,QL(4 cada 28 días)
fosamprenavir 700 mg tablet ^{MM,SP}	*	QL(120 cada 30 días)
fosfomycin 3 gm sachet	1	
fosinopril sodium 10 mg tab ^{MM}	1	
fosinopril sodium 20 mg tab ^{MM}	1	
fosinopril sodium 40 mg tab ^{MM}	1	
fosinopril-hctz 10-12.5 mg tab ^{MM}	1	
fosinopril-hctz 20-12.5 mg tab ^{MM}	1	
FOSRENOL 1,000 MG CHEWABLE TABLET ^{MM,SP,DL}	*	ST
FOSRENOL 1,000 MG ORAL POWDER PACKET ^{MM,SP,DL}	*	ST
FOSRENOL 500 MG CHEWABLE TABLET ^{MM,SP,DL}	*	ST
FOSRENOL 750 MG CHEWABLE TABLET ^{MM,SP,DL}	*	ST
FOSRENOL 750 MG ORAL POWDER PACKET ^{MM,SP,DL}	*	ST
FOTIVDA 0.89 MG CAPSULE ^{MM,SP,DL}	*	PA,QL(21 cada 28 días)
FOTIVDA 1.34 MG CAPSULE ^{MM,SP,DL}	*	PA,QL(21 cada 28 días)
FRAGMIN 10,000 ANTI-XA UNIT/ML SUBCUTANEOUS SYRINGE ^{SP,DL}	*	QL(30 cada 30 días)
FRAGMIN 12,500 ANTI-XA UNIT/0.5 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE ^{SP,DL}	*	QL(15 cada 30 días)
FRAGMIN 15,000 ANTI-XA UNIT/0.6 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE ^{SP,DL}	*	QL(18 cada 30 días)
FRAGMIN 18,000 ANTI-XA UNIT/0.72 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE ^{SP,DL}	*	QL(21.6 cada 30 días)
FRAGMIN 2,500 ANTI-XA UNIT/0.2 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE ^{SP,DL}	*	QL(6 cada 30 días)
FRAGMIN 25,000 ANTI-XA UNIT/ML SUBCUTANEOUS SOLUTION ^{SP,DL}	*	QL(22.8 cada 30 días)
FRAGMIN 5,000 ANTI-XA UNIT/0.2 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE ^{SP,DL}	*	QL(6 cada 30 días)
FRAGMIN 7,500 ANTI-XA UNIT/0.3 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE ^{SP,DL}	*	QL(9 cada 30 días)
FREESTYLE CONTROL SOLUTION ^{MM}	3	
FREESTYLE FLASH SYSTEM KIT ^{MM}	3	ST
FREESTYLE FREEDOM KIT ^{MM}	3	ST
FREESTYLE FREEDOM LITE KIT ^{MM}	3	ST
FREESTYLE INSULINX METER ^{MM}	3	ST
FREESTYLE INSULINX STRIPS ^{MM}	3	ST,QL(150 cada 30 días)
FREESTYLE INSULINX TEST STRIPS ^{MM}	3	ST,QL(150 cada 30 días)
FREESTYLE LANCETS 28 GAUGE ^{MM}	3	
FREESTYLE LIBRE 10 DAY READER ^{MM}	3	PA
FREESTYLE LIBRE 10 DAY SENSOR ^{MM}	3	PA
FREESTYLE LIBRE 14 DAY READER ^{MM}	3	PA
FREESTYLE LIBRE 14 DAY SENSOR KIT ^{MM}	3	PA

ST - Terapia por fases • QL - Límite de cantidad • PA - Autorización previa

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DEL USO
FREESTYLE LIBRE 2 READER ^{MM}	3	PA
FREESTYLE LIBRE 2 SENSOR KIT ^{MM}	3	PA
FREESTYLE LITE METER KIT ^{MM}	3	ST
FREESTYLE LITE STRIPS ^{MM}	3	ST,QL(150 cada 30 días)
FREESTYLE PRECISION 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16" SYRINGE ^{MM}	2	
FREESTYLE PRECISION 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16" SYRINGE ^{MM}	2	
FREESTYLE PRECISION 1 ML 30 GAUGE X 5/16" SYRINGE ^{MM}	2	
FREESTYLE PRECISION 1 ML 31 GAUGE X 5/16" SYRINGE ^{MM}	2	
FREESTYLE PRECISION NEO METER ^{MM}	3	ST
FREESTYLE PRECISION NEO STRIPS ^{MM}	3	ST,QL(150 cada 30 días)
FREESTYLE SIDEKICK II KIT ^{MM}	3	ST
FREESTYLE SYSTEM KIT ^{MM}	3	ST
FREESTYLE TEST STRIPS ^{MM}	3	ST,QL(150 cada 30 días)
FREESTYLE UNISTIK 2 ^{MM}	3	
FROVA 2.5 MG TABLET	3	ST,QL(12 cada 30 días)
frovatriptan succ 2.5 mg tab	1	ST,QL(12 cada 30 días)
FULPHILA 6 MG/0.6 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE ^{SP,DL}	*	PA,QL(1.2 cada 28 días)
FURADANTIN 25 MG/5 ML ORAL SUSPENSION ^{DL}	3	QL(2400 cada 30 días)
furosemide 10 mg/ml solution ^{MM}	1	
furosemide 20 mg tablet ^{MM}	1	
furosemide 40 mg tablet ^{MM}	1	
furosemide 40 mg/5 ml soln ^{MM}	1	
furosemide 80 mg tablet ^{MM}	1	
FUZEON 90 MG SUBCUTANEOUS SOLUTION ^{MM,SP,DL}	*	QL(60 cada 30 días)
fyavolv 0.5 mg-2.5 mcg tablet ^{MM}	1	
fyavolv 1 mg-5 mcg tablet ^{MM}	1	
FYCOMPA 0.5 MG/ML ORAL SUSPENSION ^{MM,SP,DL}	*	QL(680 cada 28 días)
FYCOMPA 10 MG TABLET ^{MM,SP,DL}	*	QL(30 cada 30 días)
FYCOMPA 12 MG TABLET ^{MM,SP,DL}	*	QL(30 cada 30 días)
FYCOMPA 2 MG TABLET ^{MM,SP,DL}	*	QL(30 cada 30 días)
FYCOMPA 4 MG TABLET ^{MM,SP,DL}	*	QL(30 cada 30 días)
FYCOMPA 6 MG TABLET ^{MM,SP,DL}	*	QL(30 cada 30 días)
FYCOMPA 8 MG TABLET ^{MM,SP,DL}	*	QL(30 cada 30 días)
gabapentin 100 mg capsule ^{MM}	1	QL(270 cada 30 días)
gabapentin 250 mg/5 ml soln ^{MM}	1	QL(2250 cada 30 días)
gabapentin 250 mg/5 ml soln ^{MM}	1	QL(2250 cada 30 días)
gabapentin 300 mg capsule ^{MM}	1	QL(270 cada 30 días)
gabapentin 300 mg/6 ml soln ^{MM}	1	QL(2250 cada 30 días)
gabapentin 400 mg capsule ^{MM}	1	QL(270 cada 30 días)
gabapentin 600 mg tablet ^{MM}	1	QL(180 cada 30 días)
gabapentin 800 mg tablet ^{MM}	1	QL(180 cada 30 días)
GABITRIL 12 MG TABLET ^{MM,SP,DL}	*	QL(140 cada 30 días)
GABITRIL 16 MG TABLET ^{MM,SP,DL}	*	QL(105 cada 30 días)
GABITRIL 2 MG TABLET ^{MM,SP,DL}	*	QL(840 cada 30 días)
GABITRIL 4 MG TABLET ^{MM,SP,DL}	*	QL(120 cada 30 días)
GALAFOLD 123 MG CAPSULE ^{MM,SP,DL}	*	PA,QL(14 cada 28 días)
galantamine 4 mg/ml oral soln ^{MM}	1	QL(200 cada 30 días)
galantamine er 16 mg capsule ^{MM}	1	QL(30 cada 30 días)
galantamine er 24 mg capsule ^{MM}	1	QL(30 cada 30 días)
galantamine er 8 mg capsule ^{MM}	1	QL(30 cada 30 días)
galantamine hbr 12 mg tablet ^{MM}	1	QL(60 cada 30 días)
galantamine hbr 4 mg tablet ^{MM}	1	QL(60 cada 30 días)
galantamine hbr 8 mg tablet ^{MM}	1	QL(60 cada 30 días)
GALZIN 25 MG (ZINC) CAPSULE	3	

ST - Terapia por fases • QL - Límite de cantidad • PA - Autorización previa

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DEL USO
GALZIN 50 MG (ZINC) CAPSULE	3	
GASTROCROM 100 MG/5 ML ORAL CONCENTRATE ^{SP,DL}	*	
gatifloxacin 0.5% eye drops	1	QL(2.5 cada 25 días)
GATTEX 30-VIAL 5 MG SUBCUTANEOUS KIT ^{MM,SP,DL}	*	PA,QL(1 cada 30 días)
GATTEX ONE-VIAL 5 MG SUBCUTANEOUS KIT ^{MM,SP,DL}	*	PA,QL(1 cada 30 días)
gavilyte-c 240 gram-22.72 gram-6.72 gram-5.84 gram oral solution	1	
gavilyte-g 236 gram-22.74 gram-6.74 gram-5.86 gram oral solution	1	
gavilyte-n 420 gram oral solution	1	
GAVRETO 100 MG CAPSULE ^{MM,SP,DL}	*	PA,QL(120 cada 30 días)
GDRIVE KIT ^{MM}	3	ST
GE100 BLOOD GLUCOSE SYSTEM ^{MM}	3	ST
GE100 BLOOD GLUCOSE SYSTEM KIT ^{MM}	3	ST
GE100 BLOOD GLUCOSE TEST STRIP ^{MM}	3	ST,QL(150 cada 30 días)
GE100 CONTROL SOLUTION NORMAL ^{MM}	3	
GE333 BLOOD GLUCOSE SYSTEM ^{MM}	3	ST
GE333 BLOOD GLUCOSE TEST STRIP ^{MM}	3	ST,QL(150 cada 30 días)
GE333 CONTROL SOLUTION NORMAL ^{MM}	3	
GELNIQUE 10 % (100 MG/GRAM) TRANSDERMAL GEL PACKET ^{MM}	3	ST,QL(30 cada 30 días)
gemfibrozil 600 mg tablet ^{MM}	1	QL(60 cada 30 días)
gemmily 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4) capsule ^{MM}	1	
GEMTESA 75 MG TABLET ^{MM}	3	QL(30 cada 30 días)
GENERESS FE 0.8 MG-25 MCG (24)/75 MG (4) CHEWABLE TABLET ^{MM}	3	
generlac 10 gram/15 ml oral solution ^{MM}	1	
gengraf 100 mg capsule ^{MM}	1	QL(720 cada 30 días)
gengraf 100 mg/ml oral solution ^{MM}	1	
gengraf 25 mg capsule ^{MM}	1	
GENOTROPIN 12 MG/ML (36 UNIT/ML) SUBCUTANEOUS CARTRIDGE ^{MM,SP,DL}	*	PA,QL(28 cada 30 días)
GENOTROPIN 5 MG/ML (15 UNIT/ML) SUBCUTANEOUS CARTRIDGE ^{MM,SP,DL}	*	PA,QL(28 cada 30 días)
GENOTROPIN MINIQUICK 0.2 MG/0.25 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE ^{MM,SP,DL}	*	PA,QL(28 cada 30 días)
GENOTROPIN MINIQUICK 0.4 MG/0.25 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE ^{MM,SP,DL}	*	PA,QL(28 cada 30 días)
GENOTROPIN MINIQUICK 0.6 MG/0.25 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE ^{MM,SP,DL}	*	PA,QL(28 cada 30 días)
GENOTROPIN MINIQUICK 0.8 MG/0.25 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE ^{MM,SP,DL}	*	PA,QL(28 cada 30 días)
GENOTROPIN MINIQUICK 1 MG/0.25 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE ^{MM,SP,DL}	*	PA,QL(28 cada 30 días)
GENOTROPIN MINIQUICK 1.2 MG/0.25 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE ^{MM,SP,DL}	*	PA,QL(28 cada 30 días)
GENOTROPIN MINIQUICK 1.4 MG/0.25 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE ^{MM,SP,DL}	*	PA,QL(28 cada 30 días)
GENOTROPIN MINIQUICK 1.6 MG/0.25 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE ^{MM,SP,DL}	*	PA,QL(28 cada 30 días)
GENOTROPIN MINIQUICK 1.8 MG/0.25 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE ^{MM,SP,DL}	*	PA,QL(28 cada 30 días)
GENOTROPIN MINIQUICK 2 MG/0.25 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE ^{MM,SP,DL}	*	PA,QL(28 cada 30 días)
GENSTRIP TEST STRIP ^{MM}	3	ST,QL(150 cada 30 días)
gentak 0.3 % (3 mg/gram) eye ointment	1	
gentamicin 0.1% cream	1	
gentamicin 0.1% ointment	1	
gentamicin 0.3% eye drop	1	
GENTEEL VACUUM LANCING DEVICE COMBO PACK ^{MM}	3	
GENULTIMATE TEST STRIP ^{MM}	3	ST,QL(150 cada 30 días)
GENVOYA 150 MG-150 MG-200 MG-10 MG TABLET ^{MM,SP}	*	QL(30 cada 30 días)
GEODON 20 MG CAPSULE ^{MM}	3	QL(60 cada 30 días)
GEODON 20 MG/ML (FINAL CONCENTRATION) INTRAMUSCULAR SOLUTION	3	
GEODON 40 MG CAPSULE ^{MM}	3	QL(60 cada 30 días)
GEODON 60 MG CAPSULE ^{MM}	3	QL(60 cada 30 días)
GEODON 80 MG CAPSULE ^{MM}	3	QL(60 cada 30 días)
qianvi 3 mg-0.02 mg tablet ^{MM}	1	
GILENYA 0.25 MG CAPSULE ^{MM,SP,DL}	*	PA,QL(30 cada 30 días)
GILENYA 0.5 MG CAPSULE ^{MM,SP,LD,DL}	*	PA,QL(30 cada 30 días)
GILOTRIF 20 MG TABLET ^{MM,SP,DL}	*	PA,QL(30 cada 30 días)

ST - Terapia por fases • QL - Límite de cantidad • PA - Autorización previa

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DEL USO
GILOTRIF 30 MG TABLET ^{MM,SP,DL}	*	PA,QL(30 cada 30 días)
GILOTRIF 40 MG TABLET ^{MM,SP,DL}	*	PA,QL(30 cada 30 días)
GIMOTI 15 MG/SPRAY NASAL SPRAY WITH PUMP ^{SP,DL}	*	PA,QL(9.8 cada 28 días)
glatiramer 20 mg/ml syringe ^{MM,SP,DL}	*	PA,QL(30 cada 30 días)
glatiramer 40 mg/ml syringe ^{MM,SP,DL}	*	PA,QL(12 cada 28 días)
glatopa 20 mg/ml subcutaneous syringe ^{MM,SP,DL}	*	PA,QL(30 cada 30 días)
glatopa 40 mg/ml subcutaneous syringe ^{MM,SP,DL}	*	PA,QL(12 cada 28 días)
GLEEVEC 100 MG TABLET ^{MM,SP,DL}	*	PA,QL(90 cada 30 días)
GLEEVEC 400 MG TABLET ^{MM,SP,DL}	*	PA,QL(60 cada 30 días)
GLEOSTINE 10 MG CAPSULE ^{SP,DL}	*	PA,QL(35 cada 30 días)
GLEOSTINE 100 MG CAPSULE ^{SP,DL}	*	PA,QL(3 cada 30 días)
GLEOSTINE 40 MG CAPSULE ^{SP,DL}	*	PA,QL(9 cada 30 días)
glimepiride 1 mg tablet ^{MM}	1	
glimepiride 2 mg tablet ^{MM}	1	
glimepiride 4 mg tablet ^{MM}	1	
glipizide 10 mg tablet ^{MM}	1	
glipizide 5 mg tablet ^{MM}	1	
glipizide er 10 mg tablet ^{MM}	1	
glipizide er 2.5 mg tablet ^{MM}	1	
glipizide er 5 mg tablet ^{MM}	1	
glipizide-metformin 2.5-250 mg ^{MM}	1	
glipizide-metformin 2.5-500 mg ^{MM}	1	
glipizide-metformin 5-500 mg ^{MM}	1	
GLOPERBA 0.6 MG/5 ML ORAL SOLUTION ^{MM,SP,DL}	*	PA,QL(300 cada 30 días)
GLUCAGEN DIAGNOSTIC KIT 1 MG/ML INJECTION	2	
GLUCAGEN HYPOKIT 1 MG INJECTION	2	
GLUCAGON (HCL) EMERGENCY KIT 1 MG SOLUTION FOR INJECTION	3	
GLUCAGON EMERGENCY KIT 1 MG SOLUTION FOR INJECTION	1	ST
GLUCO NAVII GLUCOSE MONITOR KIT ^{MM}	3	ST
GLUCO NAVII TEST STRIP ^{MM}	3	ST,QL(150 cada 30 días)
GLUCOCARD 01 HIGH-NORMAL CONTROL SOLUTION ^{MM}	3	
GLUCOCARD 01 METER KIT ^{MM}	3	ST
GLUCOCARD 01 NORMAL CONTROL SOLUTION ^{MM}	3	
GLUCOCARD 01 SENSOR PLUS STRIPS ^{MM}	3	ST,QL(150 cada 30 días)
GLUCOCARD EXPRESSION ^{MM}	3	ST
GLUCOCARD EXPRESSION KIT ^{MM}	3	ST
GLUCOCARD EXPRESSION SOLUTION ^{MM}	3	
GLUCOCARD EXPRESSION STRIPS ^{MM}	3	ST,QL(150 cada 30 días)
GLUCOCARD SHINE CONNEX METER ^{MM}	3	ST
GLUCOCARD SHINE EXPRESS METER ^{MM}	3	ST
GLUCOCARD SHINE METER ^{MM}	3	ST
GLUCOCARD SHINE METER KIT ^{MM}	3	ST
GLUCOCARD SHINE SOLUTION ^{MM}	3	
GLUCOCARD SHINE TEST STRIPS ^{MM}	3	ST,QL(150 cada 30 días)
GLUCOCARD SHINE XL METER ^{MM}	3	ST
GLUCOCARD VITAL KIT ^{MM}	3	ST
GLUCOCARD VITAL SENSOR STRIPS ^{MM}	3	ST,QL(150 cada 30 días)
GLUCOCARD VITAL TEST STRIPS ^{MM}	3	ST,QL(150 cada 30 días)
GLUCOCOM BLOOD GLUCOSE KIT ^{MM}	3	ST
GLUCOCOM BLOOD GLUCOSE METER ^{MM}	3	ST
GLUCOCOM CONTROL HIGH SOLUTION ^{MM}	3	
GLUCOCOM CONTROL NORMAL SOLUTION ^{MM}	3	
GLUCOCOM GLUCOSE STRIPS ^{MM}	3	ST,QL(150 cada 30 días)
GLUCOCOM LANCETS 28 GAUGE ^{MM}	2	

ST - Terapia por fases • QL - Límite de cantidad • PA - Autorización previa

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DEL USO
GLUCOCOM LANCETS 30 GAUGE ^{MM}	2	
GLUCOCOM LANCETS 33 GAUGE ^{MM}	2	
GLUCOSE CONTROL SOLUTION ^{MM}	3	
GLUCOSE CONTROL SOLUTION ^{MM}	3	
GLUCOSE CONTROL SOLUTION ^{MM}	3	
GLUCOSE KETONE CONTROL SOLN SOLUTION ^{MM}	3	
GLUCOTROL 10 MG TABLET ^{MM}	3	
GLUCOTROL 5 MG TABLET ^{MM}	3	
GLUCOTROL XL 10 MG TABLET,EXTENDED RELEASE ^{MM}	3	
GLUCOTROL XL 2.5 MG TABLET,EXTENDED RELEASE ^{MM}	3	
GLUCOTROL XL 5 MG TABLET,EXTENDED RELEASE ^{MM}	3	
GLUMETZA 1,000 MG TABLET,EXTENDED RELEASE ^{MM,SP,DL}	*	ST,QL(60 cada 30 días)
GLUMETZA 500 MG TABLET,EXTENDED RELEASE ^{MM,SP,DL}	*	ST,QL(120 cada 30 días)
glyburid-metformin 1.25-250 mg ^{MM}	1	
glyburide 1.25 mg tablet ^{MM}	1	
glyburide 2.5 mg tablet ^{MM}	1	
glyburide 5 mg tablet ^{MM}	1	
glyburide micro 1.5 mg tab ^{MM}	1	
glyburide micro 3 mg tablet ^{MM}	1	
glyburide micro 6 mg tablet ^{MM}	1	
glyburide-metformin 2.5-500 mg ^{MM}	1	
glyburide-metformin 5-500 mg ^{MM}	1	
GLYCATE 1.5 MG TABLET ^{MM,SP,DL}	*	
glycopyrrolate 1 mg tablet ^{MM}	1	
glycopyrrolate 1 mg/5 ml soln ^{MM}	1	
glycopyrrolate 1.5 mg tablet ^{MM,SP,DL}	*	
glycopyrrolate 2 mg tablet ^{MM}	1	
glydo 2 % mucosal jelly in applicator	1	
GLYNASE 1.5 MG TABLET ^{MM}	3	
GLYNASE 3 MG TABLET ^{MM}	3	
GLYNASE 6 MG TABLET ^{MM}	3	
GLYSET 100 MG TABLET ^{MM}	3	
GLYSET 25 MG TABLET ^{MM}	3	
GLYSET 50 MG TABLET ^{MM}	3	
GLYXAMBI 10 MG-5 MG TABLET ^{MM}	2	QL(30 cada 30 días)
GLYXAMBI 25 MG-5 MG TABLET ^{MM}	2	QL(30 cada 30 días)
GM100 KIT ^{MM}	3	ST
GM100 STRIPS ^{MM}	3	ST,QL(150 cada 30 días)
gnp glucose 4 gram tablet chew	1	
GOCOVRI 137 MG CAPSULE,EXTENDED RELEASE ^{MM,SP,DL}	*	PA,QL(60 cada 30 días)
GOCOVRI 68.5 MG CAPSULE,EXTENDED RELEASE ^{MM,SP,DL}	*	PA,QL(30 cada 30 días)
GOJJI BLOOD GLUCOSE TEST STRIP ^{MM}	3	ST,QL(150 cada 30 días)
GOJJI GLUCOSE CONTROL SOLUTION-NORMAL ^{MM}	3	
GOJJI KETONE CONTROL SOLUTION-L1 ^{MM}	3	
GOJJI LANCETS 30 GAUGE ^{MM}	2	
GOJJI LANCETS 30 GAUGE-GLUCOSE TEST STRIPS COMBO PACK ^{MM}	3	ST
GOJJI LANCING DEVICE	2	
GOJJI MULTI-FUNCTIONAL METER ^{MM}	3	ST
GOJJI MULTI-FUNCTIONAL METER KIT ^{MM}	3	ST
GOLYTELY 236 GRAM-22.74 GRAM-6.74 GRAM-5.86 GRAM ORAL SOLUTION	3	
GONITRO 400 MCG SUBLINGUAL POWDER IN A PACKET ^{MM}	3	
GOODLIFE AC-302 GLUCOSE METER ^{MM}	3	ST
GOODLIFE AC-302 TEST STRIP ^{MM}	3	ST,QL(150 cada 30 días)
GRALISE 300 MG (9)-600 MG (24) TABLET, ER 24 HR DOSE PACK ^{SP,DL}	*	ST,QL(33 cada 15 días)

ST - Terapia por fases • QL - Limite de cantidad • PA - Autorización previa

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DEL USO
GRALISE 300 MG TABLET,EXTENDED RELEASE ^{SP,DL}	*	ST,QL(30 cada 30 días)
GRALISE 600 MG TABLET,EXTENDED RELEASE ^{SP,DL}	*	ST,QL(90 cada 30 días)
granisetron hcl 1 mg tablet	1	QL(28 cada 28 días)
GRANIX 300 MCG/0.5 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE ^{SP,DL}	*	PA,QL(7 cada 28 días)
GRANIX 300 MCG/ML SUBCUTANEOUS SOLUTION ^{SP,DL}	*	PA,QL(14 cada 28 días)
GRANIX 480 MCG/0.8 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE ^{SP,DL}	*	PA,QL(11.2 cada 28 días)
GRANIX 480 MCG/1.6 ML SUBCUTANEOUS SOLUTION ^{SP,DL}	*	PA,QL(22.4 cada 28 días)
GRASTEK 2,800 BAU SUBLINGUAL TABLET ^{MM}	3	ST,QL(30 cada 30 días)
griseofulvin 125 mg/5 ml susp	1	
griseofulvin micro 500 mg tab	1	
griseofulvin ultra 125 mg tab	1	
griseofulvin ultra 250 mg tab	1	
quanfacine 1 mg tablet ^{MM}	1	
quanfacine 2 mg tablet ^{MM}	1	
quanfacine hcl er 1 mg tablet ^{MM}	1	QL(30 cada 30 días)
quanfacine hcl er 2 mg tablet ^{MM}	1	QL(30 cada 30 días)
quanfacine hcl er 3 mg tablet ^{MM}	1	QL(30 cada 30 días)
quanfacine hcl er 4 mg tablet ^{MM}	1	QL(30 cada 30 días)
guanidine hcl 125 mg tablet	1	
GUARDIAN CONNECT TRANSMITTER DEVICE ^{MM}	3	PA
GUARDIAN LINK 3 TRANSMITTER DEVICE ^{MM}	3	PA
GUARDIAN REAL-TIME GLU MONITOR ^{MM}	3	PA
GUARDIAN SENSOR 3 DEVICE ^{MM}	3	PA
GVOKE 1 MG/0.2 ML SUBCUTANEOUS SOLUTION	2	
GVOKE HYPOPEN 1-PACK 0.5 MG/0.1 ML SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR	2	
GVOKE HYPOPEN 1-PACK 1 MG/0.2 ML SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR	2	
GVOKE HYPOPEN 2-PACK 0.5 MG/0.1 ML SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR	2	
GVOKE HYPOPEN 2-PACK 1 MG/0.2 ML SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR	2	
GVOKE PFS 1-PACK 0.5 MG/0.1 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE	2	
GVOKE PFS 1-PACK 1 MG/0.2 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE	2	
GVOKE PFS 2-PACK 0.5 MG/0.1 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE	2	
GVOKE PFS 2-PACK 1 MG/0.2 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE	2	
gynazole-1 2 % vaginal cream	1	
HAEGARDA 2,000 UNIT SUBCUTANEOUS SOLUTION ^{MM,SP,LD,DL}	*	PA,QL(20 cada 28 días)
HAEGARDA 3,000 UNIT SUBCUTANEOUS SOLUTION ^{MM,SP,LD,DL}	*	PA,QL(20 cada 28 días)
hailey 1.5 mg-30 mcg tablet ^{MM}	1	
hailey 24 fe 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4) tablet ^{MM}	1	
hailey fe 1.5/30 (28) 1.5 mg-30 mcg (21)/75 mg (7) tablet ^{MM}	1	
hailey fe 1/20 (28) 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7) tablet ^{MM}	1	
halcinonide 0.1% cream	1	ST
HALCION 0.25 MG TABLET ^{DL}	3	QL(30 cada 30 días)
HALDOL DECANOATE 100 MG/ML INTRAMUSCULAR SOLUTION ^{MM}	3	QL(5 cada 30 días)
HALDOL DECANOATE 50 MG/ML INTRAMUSCULAR SOLUTION ^{MM}	3	QL(9 cada 30 días)
halobetasol prop 0.05% cream	1	
halobetasol prop 0.05% foam ^{SP,DL}	*	PA
halobetasol prop 0.05% ointmnt	1	
HALOG 0.1 % TOPICAL CREAM	3	ST
HALOG 0.1 % TOPICAL OINTMENT ^{SP,DL}	*	ST
HALOG 0.1 % TOPICAL SOLUTION ^{SP,DL}	*	ST
haloperidol 0.5 mg tablet ^{MM}	1	
haloperidol 1 mg tablet ^{MM}	1	
haloperidol 10 mg tablet ^{MM}	1	
haloperidol 2 mg tablet ^{MM}	1	
haloperidol 20 mg tablet ^{MM}	1	
haloperidol 5 mg tablet ^{MM}	1	
haloperidol dec 100 mg/ml vial ^{MM}	1	QL(5 cada 30 días)

ST - Terapia por fases • QL - Límite de cantidad • PA - Autorización previa

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DEL USO
haloperidol dec 50 mg/ml vial ^{MM}	1	QL(9 cada 30 días)
haloperidol lac 2 mg/ml conc ^{MM}	1	
HARMONY CONTROL L1,L3 SOLUTION ^{MM}	3	
HARMONY GLUCOSE TEST STRIP ^{MM}	3	ST,QL(150 cada 30 días)
HARVONI 33.75 MG-150 MG ORAL PELLETS IN PACKET ^{SP,DL}	*	PA,QL(28 cada 28 días)
HARVONI 45 MG-200 MG ORAL PELLETS IN PACKET ^{SP,DL}	*	PA,QL(56 cada 28 días)
HARVONI 45 MG-200 MG TABLET ^{SP,DL}	*	PA,QL(28 cada 28 días)
HARVONI 90 MG-400 MG TABLET ^{SP,DL}	*	PA,QL(28 cada 28 días)
HAVRIX (PF) 1,440 ELISA UNIT/ML INTRAMUSCULAR SYRINGE	3	
HAVRIX (PF) 720 ELISA UNIT/0.5 ML INTRAMUSCULAR SYRINGE	3	
HEALTHPRO GLUCOSE MONITOR ^{MM}	3	ST
HEALTHPRO HIGH-LOW CONTROL SOLUTION ^{MM}	3	
HEALTHPRO TEST STRIPS ^{MM}	3	ST,QL(150 cada 30 días)
HEALTHWISE INSULIN SYRINGE 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16" ^{MM}	2	
HEALTHWISE INSULIN SYRINGE 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16" ^{MM}	2	
HEALTHWISE INSULIN SYRINGE 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16" ^{MM}	2	
HEALTHWISE INSULIN SYRINGE 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16" ^{MM}	2	
HEALTHWISE INSULIN SYRINGE 1 ML 30 GAUGE X 5/16" ^{MM}	2	
HEALTHWISE INSULIN SYRINGE 1 ML 31 GAUGE X 5/16" ^{MM}	2	
HEALTHWISE PEN NEEDLE 31 GAUGE X 3/16" ^{MM}	2	
HEALTHWISE PEN NEEDLE 31 GAUGE X 5/16" ^{MM}	2	
HEALTHWISE PEN NEEDLE 32 GAUGE X 5/32" ^{MM}	2	
HEALTHY ACCENTS AUTOLET IMPRESSION LANCING DEVICE	3	
HEALTHY ACCENTS UNIFINE PENTIP 29 GAUGE X 1/2" NEEDLE ^{MM}	2	
HEALTHY ACCENTS UNIFINE PENTIP 31 GAUGE X 1/4" NEEDLE ^{MM}	2	
HEALTHY ACCENTS UNIFINE PENTIP 31 GAUGE X 3/16" NEEDLE ^{MM}	2	
HEALTHY ACCENTS UNIFINE PENTIP 31 GAUGE X 5/16" NEEDLE ^{MM}	2	
HEALTHY ACCENTS UNIFINE PENTIP 32 GAUGE X 5/32" NEEDLE ^{MM}	2	
HEALTHY ACCENTS UNILET LANCET 30 GAUGE ^{MM}	2	
heather 0.35 mg tablet ^{MM}	1	
helidac therapy pack ^{SP,DL}	*	PA,QL(224 cada 30 días)
HEMADY 20 MG TABLET	3	PA,QL(24 cada 28 días)
HEMANGEOL 4.28 MG/ML ORAL SOLUTION ^{SP,DL}	*	
hematinic/folic acid 324 mg (106 mg iron)-1 mg tablet	1	
hematogen fa 200 mg-250 mg-0.01 mg-1 mg capsule	1	
hematogen forte 460 mg-60 mg-0.01 mg-1 mg capsule	1	
HEMATOGEN SOFTGEL	2	
hemetab iron supplement tablet	1	
HEMOCYTE-F 324 MG (106 MG IRON)-1 MG TABLET	3	
HEMOCYTE-PLUS 106 MG IRON-1 MG CAPSULE	3	
heparin 10,000 unit/10 ml vial	1	
heparin 2,000 unit/2 ml vial	1	
heparin 5,000 unit/ml carpuct	1	
heparin sod 10,000 unit/ml vl	1	
heparin sod 20,000 unit/ml vl	1	
heparin sod 5,000 unit/0.5 ml	1	
heparin sod 5,000 unit/0.5 ml	1	
heparin sod 5,000 unit/0.5 ml	1	
heparin sod 5,000 unit/ml syrg	1	
heparin sod 5,000 unit/ml syrg	1	
heparin sod 5,000 unit/ml vial	1	
HEPSERA 10 MG TABLET ^{SP,DL}	*	
HETLIOZ 20 MG CAPSULE ^{MM,SP,DL}	*	PA,QL(30 cada 30 días)
HETLIOZ LQ 4 MG/ML ORAL SUSPENSION ^{MM,SP,DL}	*	PA,QL(158 cada 30 días)
hidex 6 day 1.5 mg tablet	1	
HIPREX 1 GRAM TABLET	3	

ST - Terapia por fases • QL - Límite de cantidad • PA - Autorización previa

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DEL USO
HIZENTRA 1 GRAM/5 ML (20 %) SUBCUTANEOUS SOLUTION ^{MM,SP,LD,DL}	*	PA
HIZENTRA 1 GRAM/5 ML (20 %) SUBCUTANEOUS SYRINGE ^{MM,SP,LD,DL}	*	PA
HIZENTRA 10 GRAM/50 ML (20 %) SUBCUTANEOUS SOLUTION ^{MM,SP,LD,DL}	*	PA
HIZENTRA 2 GRAM/10 ML (20 %) SUBCUTANEOUS SOLUTION ^{MM,SP,LD,DL}	*	PA
HIZENTRA 2 GRAM/10 ML (20 %) SUBCUTANEOUS SYRINGE ^{MM,SP,LD,DL}	*	PA
HIZENTRA 4 GRAM/20 ML (20 %) SUBCUTANEOUS SOLUTION ^{MM,SP,LD,DL}	*	PA
HIZENTRA 4 GRAM/20 ML (20 %) SUBCUTANEOUS SYRINGE ^{MM,SP,LD,DL}	*	PA
HORIZANT ER 300 MG TABLET,EXTENDED RELEASE ^{MM,SP,DL}	*	PA,QL(60 cada 30 días)
HORIZANT ER 600 MG TABLET,EXTENDED RELEASE ^{MM,SP,DL}	*	PA,QL(60 cada 30 días)
HUMALOG JUNIOR KWIKPEN (U-100) 100 UNIT/ML SUBCUTANEOUS HALF-UNIT PEN ^{MM}	3	ST
HUMALOG KWIKPEN (U-100) INSULIN 100 UNIT/ML SUBCUTANEOUS ^{MM}	3	ST
HUMALOG KWIKPEN U-200 INSULIN 200 UNIT/ML (3 ML) SUBCUTANEOUS ^{MM}	3	ST
HUMALOG MIX 50-50 (U-100) INSULIN 100 UNIT/ML SUBCUTANEOUS SUSPENSION ^{MM}	3	ST
HUMALOG MIX 50-50 KWIKPEN U-100 INSULIN 100 UNIT/ML SUBCUTANEOUS PEN ^{MM}	3	ST
HUMALOG MIX 75-25 (U-100) INSULIN 100 UNIT/ML SUBCUTANEOUS SUSPENSION ^{MM}	3	ST
HUMALOG MIX 75-25 KWIKPEN U-100 INSULIN 100 UNIT/ML SUBCUTANEOUS PEN ^{MM}	3	ST
HUMALOG U-100 INSULIN 100 UNIT/ML SUBCUTANEOUS CARTRIDGE ^{MM}	3	ST
HUMALOG U-100 INSULIN 100 UNIT/ML SUBCUTANEOUS SOLUTION ^{MM}	3	ST
HUMATIN 250 MG CAPSULE	1	ST
HUMATROPE 12 MG (36 UNIT) INJECTION CARTRIDGE ^{MM,SP,DL}	*	PA,QL(4 cada 30 días)
HUMATROPE 24 MG (72 UNIT) INJECTION CARTRIDGE ^{MM,SP,DL}	*	PA,QL(4 cada 30 días)
HUMATROPE 5 MG (15 UNIT) SOLUTION FOR INJECTION ^{MM,SP,DL}	*	PA,QL(12 cada 30 días)
HUMATROPE 6 MG (18 UNIT) INJECTION CARTRIDGE ^{MM,SP,DL}	*	PA,QL(4 cada 30 días)
HUMIRA 40 MG/0.8 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT ^{MM,SP,DL}	*	PA,QL(6 cada 28 días)
HUMIRA PEN 40 MG/0.8 ML SUBCUTANEOUS KIT ^{MM,SP,DL}	*	PA,QL(6 cada 28 días)
HUMIRA PEN CROHN'S-ULC COLITIS-HID SUP STARTER 40 MG/0.8 ML SUBCUT KIT ^{MM,SP,DL}	*	PA,QL(6 cada 28 días)
HUMIRA PEN PSORIASIS-UVEITIS-ADOL HID SUP START 40 MG/0.8 ML SUBCUT KT ^{MM,SP,DL}	*	PA,QL(6 cada 28 días)
HUMIRA(CF) 10 MG/0.1 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT ^{MM,SP,DL}	*	PA,QL(2 cada 28 días)
HUMIRA(CF) 20 MG/0.2 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT ^{MM,SP,DL}	*	PA,QL(6 cada 28 días)
HUMIRA(CF) 40 MG/0.4 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT ^{MM,SP,DL}	*	PA,QL(6 cada 28 días)
HUMIRA(CF) PEDI CROHN'S START 80 MG/0.8 ML-40 MG/0.4 ML SUBCUT SYR KIT ^{SP,DL}	*	PA,QL(6 cada 28 días)
HUMIRA(CF) PEDIATRIC CROHN'S STARTER 80 MG/0.8 ML SUBCUT SYRINGE KIT ^{MM,SP,DL}	*	PA,QL(6 cada 28 días)
HUMIRA(CF) PEN 40 MG/0.4 ML SUBCUTANEOUS KIT ^{MM,SP,DL}	*	PA,QL(6 cada 28 días)
HUMIRA(CF) PEN 80 MG/0.8 ML SUBCUTANEOUS KIT ^{SP,DL}	*	PA,QL(6 cada 28 días)
HUMIRA(CF) PEN CROHN'S-ULC COLITIS-HID SUP STRT 80 MG/0.8 ML SUBCUT KT ^{SP,DL}	*	PA,QL(6 cada 28 días)
HUMIRA(CF) PEN PEDIATRIC ULCER COLITIS STARTER 80 MG/0.8 ML SUBCUT KIT ^{SP,DL}	*	PA,QL(6 cada 28 días)
HUMIRA(CF) PEN PS-UV-ADOL HS 80 MG/0.8 ML (1)-40 MG/0.4 ML (2)SUBCUT KIT ^{SP,DL}	*	PA,QL(6 cada 28 días)
HUMULIN 70/30 U-100 INSULIN 100 UNIT/ML SUBCUTANEOUS SUSPENSION ^{MM}	3	ST
HUMULIN 70/30 U-100 INSULIN KWIKPEN 100 UNIT/ML SUBCUTANEOUS ^{MM}	3	ST
HUMULIN N NPH U-100 INSULIN (ISOPHANE SUSP) 100 UNIT/ML SUBCUTANEOUS ^{MM}	3	ST
HUMULIN N NPH U-100 INSULIN KWIKPEN 100 UNIT/ML (3 ML) SUBCUTANEOUS ^{MM}	3	ST
HUMULIN R REGULAR U-100 INSULIN 100 UNIT/ML INJECTION SOLUTION ^{MM}	3	ST
HUMULIN R U-500 (CONC) INSULIN KWIKPEN 500 UNIT/ML (3 ML) SUBCUTANEOUS ^{MM}	3	ST

ST - Terapia por fases • QL - Límite de cantidad • PA - Autorización previa

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DEL USO
HUMULIN R U-500 (CONCENTRATED) INSULIN 500 UNIT/ML SUBCUTANEOUS SOLN ^{MM}	3	
HYCANTIN 0.25 MG CAPSULE ^{SP,DL}	*	QL(100 cada 25 días)
HYCANTIN 1 MG CAPSULE ^{SP,DL}	*	QL(25 cada 25 días)
HYCODAN (WITH HOMATROPINE) 5 MG-1.5 MG TABLET	3	
HYCODAN (WITH HOMATROPINE) 5 MG-1.5 MG/5 ML ORAL SYRUP	3	
HYCODAN 5 MG-1.5 MG/5 ML (5 ML) ORAL SYRUP	3	
hydralazine 10 mg tablet ^{MM}	1	
hydralazine 100 mg tablet ^{MM}	1	
hydralazine 25 mg tablet ^{MM}	1	
hydralazine 50 mg tablet ^{MM}	1	
HYDREA 500 MG CAPSULE ^{MM}	3	
hydrochlorothiazide 12.5 mg cp ^{MM}	1	
hydrochlorothiazide 12.5 mg tb ^{MM}	1	
hydrochlorothiazide 25 mg tab ^{MM}	1	
hydrochlorothiazide 50 mg tab ^{MM}	1	
hydrocodone er 10 mg capsule ^{DL}	1	ST,QL(90 cada 30 días)
hydrocodone er 100 mg tablet ^{DL}	1	ST,QL(30 cada 30 días)
hydrocodone er 120 mg tablet ^{DL}	1	ST,QL(30 cada 30 días)
hydrocodone er 15 mg capsule ^{DL}	1	ST,QL(90 cada 30 días)
hydrocodone er 20 mg capsule ^{DL}	1	ST,QL(90 cada 30 días)
hydrocodone er 20 mg tablet ^{DL}	1	ST,QL(30 cada 30 días)
hydrocodone er 30 mg capsule ^{DL}	1	ST,QL(90 cada 30 días)
hydrocodone er 30 mg tablet ^{DL}	1	ST,QL(30 cada 30 días)
hydrocodone er 40 mg capsule ^{DL}	1	ST,QL(90 cada 30 días)
hydrocodone er 40 mg tablet ^{DL}	1	ST,QL(30 cada 30 días)
hydrocodone er 50 mg capsule ^{DL}	1	ST,QL(120 cada 30 días)
hydrocodone er 60 mg tablet ^{DL}	1	ST,QL(30 cada 30 días)
hydrocodone er 80 mg tablet ^{DL}	1	ST,QL(30 cada 30 días)
hydrocodone-acetamin 10-300 mg ^{DL}	1	QL(180 cada 30 días)
hydrocodone-acetamin 10-325 mg ^{DL}	1	QL(360 cada 30 días)
hydrocodone-acetamin 10-325/15 ^{DL}	1	QL(2700 cada 30 días)
hydrocodone-acetamin 2.5-325 ^{DL}	1	QL(360 cada 30 días)
hydrocodone-acetamin 5-300 mg ^{DL}	1	QL(240 cada 30 días)
hydrocodone-acetamin 5-325 mg ^{DL}	1	QL(360 cada 30 días)
hydrocodone-acetamin 7.5-300 ^{DL}	1	QL(180 cada 30 días)
hydrocodone-acetamin 7.5-325 ^{DL}	1	QL(360 cada 30 días)
hydrocodone-acetamin 7.5-325/15 ^{DL}	1	QL(5520 cada 30 días)
hydrocodone-chlorphen er susp	1	
hydrocodone-homatropine 5-1.5	1	
hydrocodone-homatropine soln	1	
hydrocodone-ibuprofen 10-200 ^{DL}	1	QL(150 cada 30 días)
hydrocodone-ibuprofen 5-200 mg ^{DL}	1	QL(150 cada 30 días)
hydrocodone-ibuprofen 7.5-200 ^{DL}	1	QL(150 cada 30 días)
hydrocort buty 0.1% lipid crm	1	ST
hydrocort-pramoxine 1%-1% crm	1	
hydrocortison-acetic acid soln	1	
hydrocortisone 1% cream	1	
hydrocortisone 1% cream	1	
hydrocortisone 1% ointment	1	
hydrocortisone 10 mg tablet ^{MM}	1	
hydrocortisone 100 mg/60 ml	1	
hydrocortisone 2.5% cream	1	
hydrocortisone 2.5% cream	1	
hydrocortisone 2.5% lotion	1	

ST - Terapia por fases • QL - Límite de cantidad • PA - Autorización previa

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DEL USO
hydrocortisone 2.5% ointment	1	
hydrocortisone 20 mg tablet ^{MM}	1	
hydrocortisone 5 mg tablet ^{MM}	1	
hydrocortisone butyr 0.1% cream	1	
hydrocortisone butyr 0.1% lotn ^{SP,DL}	*	ST
hydrocortisone butyr 0.1% oint	1	
hydrocortisone butyr 0.1% soln	1	
hydrocortisone val 0.2% cream	1	
hydrocortisone val 0.2% ointmt	1	
hydromet 5 mg-1.5 mg/5 ml oral syrup	1	
hydromorphone 1 mg/ml solution ^{DL}	1	QL(2400 cada 30 días)
hydromorphone 2 mg tablet ^{DL}	1	QL(360 cada 30 días)
hydromorphone 3 mg suppos ^{DL}	1	QL(120 cada 30 días)
hydromorphone 4 mg tablet ^{DL}	1	QL(360 cada 30 días)
hydromorphone 8 mg tablet ^{DL}	1	QL(240 cada 30 días)
hydromorphone hcl er 12 mg tab ^{DL}	1	ST,QL(180 cada 30 días)
hydromorphone hcl er 16 mg tab ^{DL}	1	ST,QL(120 cada 30 días)
hydromorphone hcl er 32 mg tab ^{DL}	1	ST,QL(60 cada 30 días)
hydromorphone hcl er 8 mg tab ^{DL}	1	ST,QL(240 cada 30 días)
hydroxocobalamin 1,000 mcg/ml	1	
hydroxychloroquine 100 mg tab ^{MM}	1	
hydroxychloroquine 200 mg tab ^{MM}	1	
hydroxychloroquine 300 mg tab ^{MM}	1	
hydroxychloroquine 400 mg tab ^{MM}	1	
hydroxyurea 500 mg capsule ^{MM}	1	
hydroxyzine 10 mg/5 ml syrup	1	
hydroxyzine hcl 10 mg tablet	1	
hydroxyzine hcl 25 mg tablet	1	
hydroxyzine hcl 50 mg tablet	1	
hydroxyzine pam 100 mg cap	1	
hydroxyzine pam 25 mg cap	1	
hydroxyzine pam 50 mg cap	1	
hyoscyamine 0.125 mg odt ^{MM}	1	
hyoscyamine 0.125 mg tab sl ^{MM}	1	
hyoscyamine 0.125 mg/5 ml elix ^{MM}	1	
hyoscyamine 0.125 mg/ml drop ^{MM}	1	
hyoscyamine er 0.375 mg tab ^{MM}	1	
hyoscyamine sulf 0.125 mg tab ^{MM}	1	
hyosyne 0.125 mg/5 ml oral elixir ^{MM}	1	
hyosyne 0.125 mg/ml oral drops ^{MM}	1	
HYPER-SAL 3.5 % SOLUTION FOR NEBULIZATION	3	
HYPER-SAL 7 % SOLUTION FOR NEBULIZATION	3	
HYPOLANCE AST LANCING KIT ^{MM}	3	
HYQVIA 10 GRAM/100 ML (10 %) SUBCUTANEOUS SOLUTION ^{MM,SP,DL}	*	PA
HYQVIA 2.5 GRAM/25 ML (10 %) SUBCUTANEOUS SOLUTION ^{MM,SP,DL}	*	PA
HYQVIA 20 GRAM/200 ML (10 %) SUBCUTANEOUS SOLUTION ^{MM,SP,DL}	*	PA
HYQVIA 30 GRAM/300 ML (10 %) SUBCUTANEOUS SOLUTION ^{MM,SP,DL}	*	PA
HYQVIA 5 GRAM/50 ML (10 %) SUBCUTANEOUS SOLUTION ^{MM,SP,DL}	*	PA
HYQVIA HY COMPONENT 1,600 UNIT/10 ML SUBCUTANEOUS SOLUTION ^{MM}	3	PA
HYQVIA HY COMPONENT 2,400 UNIT/15 ML SUBCUTANEOUS SOLUTION ^{MM}	3	PA
HYQVIA HY COMPONENT 200 UNIT/1.25 ML SUBCUTANEOUS SOLUTION ^{MM}	3	PA
HYQVIA HY COMPONENT 400 UNIT/2.5 ML SUBCUTANEOUS SOLUTION ^{MM}	3	PA
HYQVIA HY COMPONENT 800 UNIT/5 ML SUBCUTANEOUS SOLUTION ^{MM}	3	PA
HYQVIA IG COMPONENT 10 GRAM/100 ML (10 %) SUBCUTANEOUS SOLUTION ^{MM}	3	PA
HYQVIA IG COMPONENT 2.5 GRAM/25 ML (10 %) SUBCUTANEOUS SOLUTION ^{MM}	3	PA

ST - Terapia por fases • QL - Límite de cantidad • PA - Autorización previa

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DEL USO
HYQVIA IG COMPONENT 20 GRAM/200 ML (10 %) SUBCUTANEOUS SOLUTION ^{MM}	3	PA
HYQVIA IG COMPONENT 30 GRAM/300 ML (10 %) SUBCUTANEOUS SOLUTION ^{MM}	3	PA
HYQVIA IG COMPONENT 5 GRAM/50 ML (10 %) SUBCUTANEOUS SOLUTION ^{MM}	3	PA
HYSINGLA ER 100 MG TABLET, CRUSH RESISTANT, EXTENDED RELEASE ^{DL}	3	ST,QL(30 cada 30 días)
HYSINGLA ER 120 MG TABLET, CRUSH RESISTANT, EXTENDED RELEASE ^{DL}	3	ST,QL(30 cada 30 días)
HYSINGLA ER 20 MG TABLET, CRUSH RESISTANT, EXTENDED RELEASE ^{DL}	3	ST,QL(30 cada 30 días)
HYSINGLA ER 30 MG TABLET, CRUSH RESISTANT, EXTENDED RELEASE ^{DL}	3	ST,QL(30 cada 30 días)
HYSINGLA ER 40 MG TABLET, CRUSH RESISTANT, EXTENDED RELEASE ^{DL}	3	ST,QL(30 cada 30 días)
HYSINGLA ER 60 MG TABLET, CRUSH RESISTANT, EXTENDED RELEASE ^{DL}	3	ST,QL(30 cada 30 días)
HYSINGLA ER 80 MG TABLET, CRUSH RESISTANT, EXTENDED RELEASE ^{DL}	3	ST,QL(30 cada 30 días)
HYZAAR 100 MG-12.5 MG TABLET ^{MM}	3	ST,QL(60 cada 30 días)
HYZAAR 100 MG-25 MG TABLET ^{MM}	3	ST,QL(60 cada 30 días)
HYZAAR 50 MG-12.5 MG TABLET ^{MM}	3	ST,QL(60 cada 30 días)
ibandronate sodium 150 mg tab ^{MM}	1	QL(1 cada 28 días)
IBRANCE 100 MG CAPSULE ^{MM,SP,LD,DL}	*	PA,QL(21 cada 28 días)
IBRANCE 100 MG TABLET ^{MM,SP,LD,DL}	*	PA,QL(21 cada 28 días)
IBRANCE 125 MG CAPSULE ^{MM,SP,LD,DL}	*	PA,QL(21 cada 28 días)
IBRANCE 125 MG TABLET ^{MM,SP,LD,DL}	*	PA,QL(21 cada 28 días)
IBRANCE 75 MG CAPSULE ^{MM,SP,LD,DL}	*	PA,QL(21 cada 28 días)
IBRANCE 75 MG TABLET ^{MM,SP,LD,DL}	*	PA,QL(21 cada 28 días)
IBSRELA 50 MG TABLET ^{MM,SP,DL}	*	PA,QL(60 cada 30 días)
ibu 400 mg tablet ^{MM}	1	
ibu 600 mg tablet ^{MM}	1	
ibu 800 mg tablet ^{MM}	1	
ibuprofen 100 mg/5 ml susp ^{MM}	1	
ibuprofen 400 mg tablet ^{MM}	1	
ibuprofen 600 mg tablet ^{MM}	1	
ibuprofen 800 mg tablet ^{MM}	1	
ibuprofen-famotidin 800-26.6mg ^{MM,SP,DL}	*	PA,QL(90 cada 30 días)
ICAR-C PLUS 100 MG-250 MG-25 MCG-1 MG TABLET	3	
icatibant 30 mg/3 ml syringe ^{SP,DL}	*	PA,QL(9 cada 30 días)
iclevia 0.15 mg-30 mcg (91) tablets,3 month dose pack ^{MM}	1	QL(91 cada 90 días)
ICLUSIG 10 MG TABLET ^{MM,SP,DL}	*	PA,QL(30 cada 30 días)
ICLUSIG 15 MG TABLET ^{MM,SP,DL}	*	PA,QL(60 cada 30 días)
ICLUSIG 30 MG TABLET ^{MM,SP,DL}	*	PA,QL(30 cada 30 días)
ICLUSIG 45 MG TABLET ^{MM,SP,DL}	*	PA,QL(30 cada 30 días)
icosapent ethyl 1 gram capsule ^{MM}	1	QL(120 cada 30 días)
IDHIFA 100 MG TABLET ^{MM,SP,LD,DL}	*	PA,QL(30 cada 30 días)
IDHIFA 50 MG TABLET ^{MM,SP,LD,DL}	*	PA,QL(30 cada 30 días)
IGLUOSE BLOOD GLUCOSE MONITOR KIT ^{MM}	3	ST
IGLUOSE TEST STRIP ^{MM}	3	ST,QL(150 cada 30 días)
IHEALTH COVID-19 ANTIGEN RAPID HOME TEST KIT	3	
ILEVRO 0.3 % EYE DROPS,SUSPENSION	2	
imatinib mesylate 100 mg tab ^{MM,SP,DL}	*	PA,QL(90 cada 30 días)
imatinib mesylate 400 mg tab ^{MM,SP,DL}	*	PA,QL(60 cada 30 días)
IMBRUVICA 140 MG CAPSULE ^{MM,SP,DL}	*	PA,QL(90 cada 30 días)
IMBRUVICA 140 MG TABLET ^{MM,SP,DL}	*	PA,QL(28 cada 28 días)
IMBRUVICA 280 MG TABLET ^{MM,SP,DL}	*	PA,QL(28 cada 28 días)
IMBRUVICA 420 MG TABLET ^{MM,SP,DL}	*	PA,QL(28 cada 28 días)
IMBRUVICA 560 MG TABLET ^{MM,SP,DL}	*	PA,QL(28 cada 28 días)
IMBRUVICA 70 MG CAPSULE ^{MM,SP,DL}	*	PA,QL(28 cada 28 días)
imipramine hcl 10 mg tablet ^{MM}	1	
imipramine hcl 25 mg tablet ^{MM}	1	
imipramine hcl 50 mg tablet ^{MM}	1	

ST - Terapia por fases • QL - Límite de cantidad • PA - Autorización previa

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DEL USO
imipramine pamoate 100 mg cap ^{MM}	1	
imipramine pamoate 125 mg cap ^{MM}	1	
imipramine pamoate 150 mg cap ^{MM}	1	
imipramine pamoate 75 mg cap ^{MM}	1	
imiquimod 3.75% cream ^{SP,DL}	*	ST,QL(28 cada 28 días)
imiquimod 3.75% cream pump ^{SP,DL}	*	ST,QL(15 cada 30 días)
imiquimod 5% cream packet	1	QL(12 cada 30 días)
IMITREX 100 MG TABLET	3	ST,QL(9 cada 30 días)
IMITREX 20 MG/ACTUATION NASAL SPRAY	3	ST,QL(12 cada 30 días)
IMITREX 25 MG TABLET	3	ST,QL(9 cada 30 días)
IMITREX 5 MG/ACTUATION NASAL SPRAY	3	ST,QL(12 cada 30 días)
IMITREX 50 MG TABLET	3	ST,QL(9 cada 30 días)
IMITREX 6 MG/0.5 ML SUBCUTANEOUS SOLUTION	3	QL(6 cada 30 días)
IMITREX STATDOSE PEN 4 MG/0.5 ML SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR	3	QL(6 cada 30 días)
IMITREX STATDOSE PEN 6 MG/0.5 ML SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR	3	QL(6 cada 30 días)
IMITREX STATDOSE REFILL 4 MG/0.5 ML SUBCUTANEOUS CARTRIDGE	3	QL(6 cada 30 días)
IMITREX STATDOSE REFILL 6 MG/0.5 ML SUBCUTANEOUS CARTRIDGE	3	QL(6 cada 30 días)
IMPAVIDO 50 MG CAPSULE ^{SP,DL}	*	QL(84 cada 28 días)
IMPEKLO 0.05 % TOPICAL LOTION IN PUMP ^{SP,DL}	*	ST,QL(136 cada 28 días)
IMPOYZ 0.025 % TOPICAL CREAM ^{SP,DL}	*	ST,QL(120 cada 30 días)
IMURAN 50 MG TABLET ^{MM}	3	
INBRIJA 42 MG CAPSULE WITH INHALATION DEVICE ^{MM,SP,DL}	*	PA,QL(300 cada 30 días)
INBRIJA 42 MG CAPSULES FOR INHALATION ^{MM,SP,DL}	*	PA,QL(300 cada 30 días)
incassia 0.35 mg tablet ^{MM}	1	
INCONTROL LANCING DEVICE	3	
INCONTROL PEN NEEDLE 29 GAUGE X 1/2" ^{MM}	2	
INCONTROL PEN NEEDLE 31 GAUGE X 1/4" ^{MM}	2	
INCONTROL PEN NEEDLE 31 GAUGE X 3/16" ^{MM}	2	
INCONTROL PEN NEEDLE 31 GAUGE X 5/16" ^{MM}	2	
INCONTROL PEN NEEDLE 32 GAUGE X 5/32" ^{MM}	2	
INCONTROL SUPER THIN LANCETS 30 GAUGE ^{MM}	3	
INCONTROL ULTRA THIN LANCETS 28 GAUGE ^{MM}	3	
INCRELEX 10 MG/ML SUBCUTANEOUS SOLUTION ^{SP,DL}	*	PA,QL(52 cada 30 días)
INCRUSE ELLIPTA 62.5 MCG/ACTUATION POWDER FOR INHALATION ^{MM}	2	QL(30 cada 30 días)
indapamide 1.25 mg tablet ^{MM}	1	
indapamide 2.5 mg tablet ^{MM}	1	
INDERAL LA 120 MG CAPSULE,EXTENDED RELEASE ^{MM}	3	
INDERAL LA 160 MG CAPSULE,EXTENDED RELEASE ^{MM}	3	
INDERAL LA 60 MG CAPSULE,EXTENDED RELEASE ^{MM}	3	
INDERAL LA 80 MG CAPSULE,EXTENDED RELEASE ^{MM}	3	
INDERAL XL 120 MG CAPSULE,EXTENDED RELEASE ^{MM,SP,DL}	*	
INDERAL XL 80 MG CAPSULE,EXTENDED RELEASE ^{MM,SP,DL}	*	
INDICAID COVID-19 AG HOME TEST KIT	3	
INDOCIN 25 MG/5 ML ORAL SUSPENSION ^{SP,DL}	*	
INDOCIN 50 MG RECTAL SUPPOSITORY	3	
indomethacin 20 mg capsule ^{SP,DL}	*	QL(90 cada 30 días)
indomethacin 25 mg capsule	1	
indomethacin 50 mg capsule	1	
indomethacin er 75 mg capsule	1	
INFASURF 35 MG/ML INTRATRACHEAL SUSPENSION	3	
INFINITY CONTROL SOLUTION HIGH ^{MM}	3	
INFINITY CONTROL SOLUTION LOW ^{MM}	3	
INFINITY CONTROL SOLUTION NORMAL ^{MM}	3	
INFINITY METER KIT ^{MM}	3	ST
INFINITY STARTER KIT ^{MM}	3	ST
INFINITY TEST STRIPS ^{MM}	3	ST,QL(150 cada 30 días)

ST - Terapia por fases • QL - Límite de cantidad • PA - Autorización previa

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DEL USO
INFINITY VOICE CONTROL SOLUTION-LEVEL 2 ^{MM}	3	
INFINITY VOICE GLUCOSE MONITOR ^{MM}	3	ST
INFINITY VOICE TEST STRIP ^{MM}	3	ST,QL(150 cada 30 días)
INGREZZA 40 MG CAPSULE ^{MM,SP,DL}	*	PA,QL(30 cada 30 días)
INGREZZA 60 MG CAPSULE ^{MM,SP,DL}	*	PA,QL(30 cada 30 días)
INGREZZA 80 MG CAPSULE ^{MM,SP,DL}	*	PA,QL(30 cada 30 días)
INGREZZA INITIATION PACK 40 MG (7)-80 MG (21) CAPSULES IN A DOSE PACK ^{SP,DL}	*	PA,QL(28 cada 28 días)
INJECT EASE LANCETS 28 GAUGE ^{MM}	2	
INJECT EASE LANCETS 30 GAUGE ^{MM}	2	
INLYTA 1 MG TABLET ^{MM,SP,LD,DL}	*	PA,QL(180 cada 30 días)
INLYTA 5 MG TABLET ^{MM,SP,LD,DL}	*	PA,QL(60 cada 30 días)
INNOPRAN XL 120 MG CAPSULE,EXTENDED RELEASE ^{MM,SP,DL}	*	
INNOPRAN XL 80 MG CAPSULE,EXTENDED RELEASE ^{MM,SP,DL}	*	
INQOVI 35 MG-100 MG TABLET ^{MM,SP,DL}	*	PA,QL(5 cada 28 días)
INREBIC 100 MG CAPSULE ^{MM,SP,LD,DL}	*	PA,QL(120 cada 30 días)
INSPIRACHAMBER SPACER	3	
INSPIRACHAMBER WITH MASK-LARGE	3	
INSPIRACHAMBER WITH MASK-MED	3	
INSPIRACHAMBER WITH MASK-SMALL	3	
INSPIRA 25 MG TABLET ^{MM}	3	
INSPIRA 50 MG TABLET ^{MM}	3	
INSULIN 1 ML SYRINGE ^{MM}	2	
INSULIN 1/2 ML SYRINGE ^{MM}	2	
INSULIN 3/10 ML SYRINGE ^{MM}	2	
INSULIN ASPART 100 UNIT/ML CRT ^{MM}	2	PA
INSULIN ASPART 100 UNIT/ML PEN ^{MM}	2	PA
INSULIN ASPART 100 UNIT/ML VL ^{MM}	2	PA
INSULIN ASPART PRO MIX70-30 PN ^{MM}	2	PA
INSULIN ASPART PRO MIX70-30 VL ^{MM}	2	PA
INSULIN GLARGINE 100 UNIT/ML ^{MM}	2	ST
INSULIN GLARGINE SOLOSTAR U100 ^{MM}	2	ST
INSULIN GLARGINE-YFGN U100 PEN ^{MM}	3	ST
INSULIN GLARGINE-YFGN U100 VL ^{MM}	3	ST
INSULIN LISPRO 100 UNIT/ML PEN ^{MM}	3	ST
INSULIN LISPRO 100 UNIT/ML VL ^{MM}	3	ST
INSULIN LISPRO JR 100 UNIT/ML ^{MM}	3	ST
INSULIN LISPRO MIX 75-25 KWKPN ^{MM}	3	ST
INSULIN SYR 0.3ML 31GX1/4(1/2) ^{MM}	2	
INSULIN SYRIN 0.3 ML 30GX1/2 ^{MM}	2	
INSULIN SYRIN 0.3 ML 31GX5/16 ^{MM}	2	
INSULIN SYRIN 0.5 ML 30GX1/2 ^{MM}	2	
INSULIN SYRINGE 0.5 ML 27GX1/2 ^{MM}	2	
INSULIN SYRINGE 0.3 ML 31GX1/4 ^{MM}	2	
INSULIN SYRINGE 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2 ^{MM}	2	
INSULIN SYRINGE 0.5 ML 31GX1/4 ^{MM}	2	
INSULIN SYRINGE 1 ML 27GX1/2 ^{MM}	2	
INSULIN SYRINGE 1 ML 29 GAUGE X 1/2 ^{MM}	2	
INSULIN SYRINGE 1 ML 30GX1/2 ^{MM}	2	
INSULIN SYRINGE 1 ML 31GX1/4 ^{MM}	2	
INSULIN SYRINGE 1 ML 31GX5/16 ^{MM}	2	
INSULIN SYRINGE MICROFINE 1 ML 27 GAUGE X 5/8 ^{MM}	2	
INSULIN SYRINGE MICROFINE 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2 ^{MM}	2	
INSUPEN 29 GAUGE X 1/2" NEEDLE ^{MM}	2	
INSUPEN 30 GAUGE X 5/16" NEEDLE ^{MM}	2	

ST - Terapia por fases • QL - Límite de cantidad • PA - Autorización previa

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DEL USO
INSUPEN 31 GAUGE X 1/4" NEEDLE ^{MM}	2	
INSUPEN 31 GAUGE X 3/16" NEEDLE ^{MM}	2	
INSUPEN 31 GAUGE X 5/16" NEEDLE ^{MM}	2	
INSUPEN 32 GAUGE X 1/4" NEEDLE ^{MM}	2	
INSUPEN 32 GAUGE X 5/16" NEEDLE ^{MM}	2	
INSUPEN 32 GAUGE X 5/32" NEEDLE ^{MM}	2	
INSUPEN 33 GAUGE X 5/32" NEEDLE ^{MM}	3	
INTEGRA F 125 MG-1 MG-40 MG-3 MG CAPSULE	3	
INTEGRA PLUS 125 MG IRON-1 MG CAPSULE	3	
INTEGRA SYRINGE 3 ML 21 GAUGE X 1"	3	
INTELENCE 100 MG TABLET ^{MM,SP}	*	QL(120 cada 30 días)
INTELENCE 200 MG TABLET ^{MM,SP}	*	QL(60 cada 30 días)
INTELENCE 25 MG TABLET ^{MM,SP}	*	QL(120 cada 30 días)
INTELISWAB COVID-19 RAPID HOME TEST KIT	3	
INTERLINK SYRINGE AND CANNULA 15 X 10 ML	3	
INTERMEZZO 1.75 MG TAB SUBLING	3	ST,QL(30 cada 30 días)
INTERMEZZO 3.5 MG SUBLINGUAL TABLET	3	ST,QL(30 cada 30 días)
INTRON A 10 MILLION UNIT (1 ML) SOLUTION FOR INJECTION ^{SP,LD,DL}	*	PA,QL(12 cada 30 días)
INTRON A 18 MILLION UNIT (1 ML) SOLUTION FOR INJECTION ^{SP,LD,DL}	*	PA,QL(12 cada 30 días)
INTRON A 18 MILLION UNIT/3 ML ^{SP,LD,DL}	*	PA,QL(136.8 cada 30 días)
INTRON A 25 MILLION UNIT/2.5ML ^{SP,LD,DL}	*	PA,QL(12 cada 30 días)
INTRON A 50 MILLION UNIT (1 ML) SOLUTION FOR INJECTION ^{SP,LD,DL}	*	PA,QL(12 cada 30 días)
INTUNIV ER 1 MG TABLET,EXTENDED RELEASE ^{MM}	3	ST,QL(30 cada 30 días)
INTUNIV ER 2 MG TABLET,EXTENDED RELEASE ^{MM}	3	ST,QL(30 cada 30 días)
INTUNIV ER 3 MG TABLET,EXTENDED RELEASE ^{MM}	3	ST,QL(30 cada 30 días)
INTUNIV ER 4 MG TABLET,EXTENDED RELEASE ^{MM}	3	ST,QL(30 cada 30 días)
INVACARE LANCETS 30 GAUGE ^{MM}	2	
INVEGA 1.5 MG TABLET,EXTENDED RELEASE ^{MM}	3	PA,QL(30 cada 30 días)
INVEGA 3 MG TABLET,EXTENDED RELEASE ^{MM}	3	PA,QL(30 cada 30 días)
INVEGA 6 MG TABLET,EXTENDED RELEASE ^{MM}	3	PA,QL(60 cada 30 días)
INVEGA 9 MG TABLET,EXTENDED RELEASE ^{MM}	3	PA,QL(30 cada 30 días)
INVEGA HAFYERA 1,092 MG/3.5 ML INTRAMUSCULAR SYRINGE ^{MM,SP}	*	QL(3.5 cada 180 días)
INVEGA HAFYERA 1,560 MG/5 ML INTRAMUSCULAR SYRINGE ^{MM,SP}	*	QL(5 cada 180 días)
INVEGA SUSTENNA 117 MG/0.75 ML INTRAMUSCULAR SYRINGE ^{MM,SP,DL}	*	QL(1.5 cada 28 días)
INVEGA SUSTENNA 156 MG/ML INTRAMUSCULAR SYRINGE ^{MM,SP,DL}	*	QL(1 cada 28 días)
INVEGA SUSTENNA 234 MG/1.5 ML INTRAMUSCULAR SYRINGE ^{MM,SP,DL}	*	QL(1.5 cada 28 días)
INVEGA SUSTENNA 39 MG/0.25 ML INTRAMUSCULAR SYRINGE ^{MM,SP,DL}	*	QL(1.5 cada 28 días)
INVEGA SUSTENNA 78 MG/0.5 ML INTRAMUSCULAR SYRINGE ^{MM,SP,DL}	*	QL(1.5 cada 28 días)
INVEGA TRINZA 273 MG/0.88 ML INTRAMUSCULAR SYRINGE ^{MM,SP}	*	QL(0.88 cada 90 días)
INVEGA TRINZA 410 MG/1.32 ML INTRAMUSCULAR SYRINGE ^{MM,SP}	*	QL(1.32 cada 90 días)
INVEGA TRINZA 546 MG/1.75 ML INTRAMUSCULAR SYRINGE ^{MM,SP}	*	QL(1.75 cada 90 días)
INVEGA TRINZA 819 MG/2.63 ML INTRAMUSCULAR SYRINGE ^{MM,SP}	*	QL(2.63 cada 90 días)
INVELTYS 1 % EYE DROPS,SUSPENSION	3	ST
INVIRASE 500 MG TABLET ^{MM,SP}	*	QL(120 cada 30 días)
INVOKAMET 150 MG-1,000 MG TABLET ^{MM}	2	QL(60 cada 30 días)
INVOKAMET 150 MG-500 MG TABLET ^{MM}	2	QL(60 cada 30 días)
INVOKAMET 50 MG-1,000 MG TABLET ^{MM}	2	QL(60 cada 30 días)
INVOKAMET 50 MG-500 MG TABLET ^{MM}	2	QL(60 cada 30 días)
INVOKAMET XR 150 MG-1,000 MG TABLET, EXTENDED RELEASE ^{MM}	2	QL(60 cada 30 días)
INVOKAMET XR 150 MG-500 MG TABLET, EXTENDED RELEASE ^{MM}	2	QL(60 cada 30 días)
INVOKAMET XR 50 MG-1,000 MG TABLET, EXTENDED RELEASE ^{MM}	2	QL(60 cada 30 días)
INVOKAMET XR 50 MG-500 MG TABLET, EXTENDED RELEASE ^{MM}	2	QL(60 cada 30 días)
INVOKANA 100 MG TABLET ^{MM}	2	QL(30 cada 30 días)
INVOKANA 300 MG TABLET ^{MM}	2	QL(30 cada 30 días)
IOPIDINE 1 % EYE DROPS IN A DROPPERETTE	3	

ST - Terapia por fases • QL - Limite de cantidad • PA - Autorización previa

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DEL USO
iprat-albut 0.5-3(2.5) mg/3 ml ^{MM}	1	
ipratropium 0.03% spray ^{MM}	1	QL(30 cada 30 días)
ipratropium 0.06% spray	1	QL(45 cada 30 días)
ipratropium br 0.02% soln ^{MM}	1	
irbesartan 150 mg tablet ^{MM}	1	QL(30 cada 30 días)
irbesartan 300 mg tablet ^{MM}	1	QL(30 cada 30 días)
irbesartan 75 mg tablet ^{MM}	1	QL(30 cada 30 días)
irbesartan-hctz 150-12.5 mg tb ^{MM}	1	QL(60 cada 30 días)
irbesartan-hctz 300-12.5 mg tb ^{MM}	1	QL(30 cada 30 días)
IRESSA 250 MG TABLET ^{SP,DL}	*	PA,QL(30 cada 30 días)
IROSPAN 24/6 65 MG-65 MG-1,000 MCG (24) TABLET	3	
ISENTRESS 100 MG CHEWABLE TABLET ^{MM,SP}	*	QL(180 cada 30 días)
ISENTRESS 100 MG ORAL POWDER PACKET ^{MM,SP}	*	QL(300 cada 30 días)
ISENTRESS 25 MG CHEWABLE TABLET ^{MM,SP}	*	QL(180 cada 30 días)
ISENTRESS 400 MG TABLET ^{MM,SP}	*	QL(120 cada 30 días)
ISENTRESS HD 600 MG TABLET ^{MM,SP}	*	QL(60 cada 30 días)
isibloom 0.15 mg-0.03 mg tablet ^{MM}	1	
isoniazid 100 mg tablet	1	
isoniazid 300 mg tablet	1	
isoniazid 50 mg/5 ml solution	1	
ISOPTO CARPINE 1 % EYE DROPS ^{MM}	2	
ISOPTO CARPINE 2 % EYE DROPS ^{MM}	2	
ISOPTO CARPINE 4% EYE DROPS ^{MM}	2	
ISORDIL 40 MG TABLET ^{MM}	3	
ISORDIL TITRADOSE 5 MG TABLET ^{MM}	3	
isosorbide dinitrate 10 mg tab ^{MM}	1	
isosorbide dinitrate 20 mg tab ^{MM}	1	
isosorbide dinitrate 30 mg tab ^{MM}	1	
isosorbide dinitrate 40 mg tab ^{MM}	1	
isosorbide dinitrate 5 mg tab ^{MM}	1	
isosorbide mononit 10 mg tab ^{MM}	1	
isosorbide mononit 20 mg tab ^{MM}	1	
isosorbide mononit er 120 mg ^{MM}	1	
isosorbide mononit er 30 mg tb ^{MM}	1	
isosorbide mononit er 60 mg tb ^{MM}	1	
isosorbide-hydralazine 20-37.5 ^{MM}	3	QL(180 cada 30 días)
isotretinoin 10 mg capsule	1	QL(60 cada 30 días)
isotretinoin 20 mg capsule	1	QL(60 cada 30 días)
isotretinoin 25 mg capsule ^{SP,DL}	*	ST,QL(60 cada 30 días)
isotretinoin 30 mg capsule	1	QL(60 cada 30 días)
isotretinoin 35 mg capsule ^{SP,DL}	*	ST,QL(60 cada 30 días)
isotretinoin 40 mg capsule	1	QL(120 cada 30 días)
isradipine 2.5 mg capsule ^{MM}	1	
isradipine 5 mg capsule ^{MM}	1	
ISTALOL 0.5 % EYE DROPS ^{MM}	3	
ISTURISA 1 MG TABLET ^{MM,SP,DL}	*	PA,QL(240 cada 30 días)
ISTURISA 10 MG TABLET ^{MM,SP,DL}	*	PA,QL(180 cada 30 días)
ISTURISA 5 MG TABLET ^{MM,SP,DL}	*	PA,QL(60 cada 30 días)
itraconazole 10 mg/ml solution	1	QL(150 cada 30 días)
itraconazole 100 mg capsule	1	QL(120 cada 30 días)
ivermectin 0.5% lotion	1	
ivermectin 1% cream	1	ST
ivermectin 3 mg tablet	1	
JADENU 180 MG TABLET ^{MM,SP,LD,DL}	*	PA,QL(600 cada 30 días)
JADENU 360 MG TABLET ^{MM,SP,LD,DL}	*	PA,QL(300 cada 30 días)

ST - Terapia por fases • QL - Límite de cantidad • PA - Autorización previa

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DEL USO
JADENU 90 MG TABLET ^{MM,SP,LD,DL}	*	PA,QL(1200 cada 30 días)
JADENU SPRINKLE 180 MG ORAL GRANULES IN PACKET ^{MM,SP,LD,DL}	*	PA,QL(600 cada 30 días)
JADENU SPRINKLE 360 MG ORAL GRANULES IN PACKET ^{MM,SP,LD,DL}	*	PA,QL(300 cada 30 días)
JADENU SPRINKLE 90 MG ORAL GRANULES IN PACKET ^{MM,SP,LD,DL}	*	PA,QL(1200 cada 30 días)
jaimiess 0.15 mg-30 mcg (84)/10 mcg(7) tablets,3 month dose pack ^{MM}	1	QL(91 cada 90 días)
JAKAFI 10 MG TABLET ^{MM,SP,LD,DL}	*	PA,QL(60 cada 30 días)
JAKAFI 15 MG TABLET ^{MM,SP,LD,DL}	*	PA,QL(60 cada 30 días)
JAKAFI 20 MG TABLET ^{MM,SP,LD,DL}	*	PA,QL(60 cada 30 días)
JAKAFI 25 MG TABLET ^{MM,SP,LD,DL}	*	PA,QL(60 cada 30 días)
JAKAFI 5 MG TABLET ^{MM,SP,LD,DL}	*	PA,QL(60 cada 30 días)
JALYN 0.5 MG-0.4 MG CAPSULE, EXTENDED RELEASE ^{MM}	3	ST,QL(30 cada 30 días)
JANSSEN COVID-19 VACCINE (PF) 0.5 ML INTRAMUSCULAR SUSPENSION (EUA)	3	
jantoven 1 mg tablet ^{MM}	1	
jantoven 10 mg tablet ^{MM}	1	
jantoven 2 mg tablet ^{MM}	1	
jantoven 2.5 mg tablet ^{MM}	1	
jantoven 3 mg tablet ^{MM}	1	
jantoven 4 mg tablet ^{MM}	1	
jantoven 5 mg tablet ^{MM}	1	
jantoven 6 mg tablet ^{MM}	1	
jantoven 7.5 mg tablet ^{MM}	1	
JANUMET 50 MG-1,000 MG TABLET ^{MM}	2	QL(60 cada 30 días)
JANUMET 50 MG-500 MG TABLET ^{MM}	2	QL(60 cada 30 días)
JANUMET XR 100 MG-1,000 MG TABLET,EXTENDED RELEASE ^{MM}	2	QL(30 cada 30 días)
JANUMET XR 50 MG-1,000 MG TABLET,EXTENDED RELEASE ^{MM}	2	QL(60 cada 30 días)
JANUMET XR 50 MG-500 MG TABLET,EXTENDED RELEASE ^{MM}	2	QL(60 cada 30 días)
JANUVIA 100 MG TABLET ^{MM}	2	QL(30 cada 30 días)
JANUVIA 25 MG TABLET ^{MM}	2	QL(30 cada 30 días)
JANUVIA 50 MG TABLET ^{MM}	2	QL(30 cada 30 días)
JARDIANCE 10 MG TABLET ^{MM}	2	QL(30 cada 30 días)
JARDIANCE 25 MG TABLET ^{MM}	2	QL(30 cada 30 días)
jasmiel (28) 3 mg-0.02 mg tablet ^{MM}	1	
JATENZO 158 MG CAPSULE ^{MM,SP,DL}	*	PA,QL(120 cada 30 días)
JATENZO 198 MG CAPSULE ^{MM,SP,DL}	*	PA,QL(120 cada 30 días)
JATENZO 237 MG CAPSULE ^{MM,SP,DL}	*	PA,QL(60 cada 30 días)
JAZZ WIRELESS 2 METER KIT ^{MM}	3	ST
jencycla 0.35 mg tablet ^{MM}	1	
JENTADUETO 2.5 MG-1,000 MG TABLET ^{MM}	2	QL(60 cada 30 días)
JENTADUETO 2.5 MG-500 MG TABLET ^{MM}	2	QL(60 cada 30 días)
JENTADUETO 2.5 MG-850 MG TABLET ^{MM}	2	QL(60 cada 30 días)
JENTADUETO XR 2.5 MG-1,000 MG TABLET, EXTENDED RELEASE ^{MM}	2	QL(60 cada 30 días)
JENTADUETO XR 5 MG-1,000 MG TABLET, EXTENDED RELEASE ^{MM}	2	QL(30 cada 30 días)
jinteli 1 mg-5 mcg tablet ^{MM}	1	
jolessa 0.15 mg-30 mcg (91) tablets,3 month dose pack ^{MM}	1	QL(91 cada 90 días)
JORNAY PM 100 MG CAPSULE,DELAYED RELEASE,EXTENDED RELEASE SPRINKLE ^{MM}	3	ST,QL(30 cada 30 días)
JORNAY PM 20 MG CAPSULE,DELAYED RELEASE,EXTENDED RELEASE SPRINKLE ^{MM}	3	ST,QL(30 cada 30 días)
JORNAY PM 40 MG CAPSULE,DELAYED RELEASE,EXTENDED RELEASE SPRINKLE ^{MM}	3	ST,QL(30 cada 30 días)
JORNAY PM 60 MG CAPSULE,DELAYED RELEASE,EXTENDED RELEASE SPRINKLE ^{MM}	3	ST,QL(30 cada 30 días)
JORNAY PM 80 MG CAPSULE,DELAYED RELEASE,EXTENDED RELEASE SPRINKLE ^{MM}	3	ST,QL(30 cada 30 días)
juleber 0.15 mg-0.03 mg tablet ^{MM}	1	
JULUCA 50 MG-25 MG TABLET ^{MM,SP}	*	QL(30 cada 30 días)
junel 1.5/30 (21) 1.5 mg-30 mcg tablet ^{MM}	1	
junel 1/20 (21) 1 mg-20 mcg tablet ^{MM}	1	
junel fe 1.5/30 (28) 1.5 mg-30 mcg (21)/75 mg (7) tablet ^{MM}	1	

ST - Terapia por fases • QL - Límite de cantidad • PA - Autorización previa

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DEL USO
junel fe 1/20 (28) 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7) tablet ^{MM}	1	
junel fe 24 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4) tablet ^{MM}	1	
JUXTAPID 10 MG CAPSULE ^{MM,SP,DL}	*	PA,QL(28 cada 28 días)
JUXTAPID 20 MG CAPSULE ^{MM,SP,DL}	*	PA,QL(84 cada 28 días)
JUXTAPID 30 MG CAPSULE ^{MM,SP,DL}	*	PA,QL(28 cada 28 días)
JUXTAPID 40 MG CAPSULE ^{MM,SP,DL}	*	PA,QL(28 cada 28 días)
JUXTAPID 5 MG CAPSULE ^{MM,SP,DL}	*	PA,QL(28 cada 28 días)
JUXTAPID 60 MG CAPSULE ^{MM,SP,DL}	*	PA,QL(28 cada 28 días)
JYNARQUE 15 MG (AM)/15 MG (PM) TABLETS ^{MM,SP,DL}	*	PA,QL(56 cada 28 días)
JYNARQUE 15 MG TABLET ^{MM,SP,DL}	*	PA,QL(60 cada 30 días)
JYNARQUE 30 MG (AM)/15 MG (PM) TABLETS ^{MM,SP,DL}	*	PA,QL(56 cada 28 días)
JYNARQUE 30 MG TABLET ^{MM,SP,DL}	*	PA,QL(60 cada 30 días)
JYNARQUE 45 MG (AM)/15 MG (PM) TABLETS ^{MM,SP,DL}	*	PA,QL(56 cada 28 días)
JYNARQUE 60 MG (AM)/30 MG (PM) TABLETS ^{MM,SP,DL}	*	PA,QL(56 cada 28 días)
JYNARQUE 90 MG (AM)/30 MG (PM) TABLETS ^{MM,SP,DL}	*	PA,QL(56 cada 28 días)
K-PHOS NO 2 305 MG-700 MG TABLET	3	
K-PHOS ORIGINAL 500 MG SOLUBLE TABLET	2	
K-TAB 10 MEQ TABLET,EXTENDED RELEASE ^{MM}	2	
K-TAB 20 MEQ TABLET,EXTENDED RELEASE ^{MM}	2	
K-TAB ER 8 MEQ TABLET ^{MM}	2	
KADIAN ER 10 MG CAPSULE ^{DL}	3	ST,QL(60 cada 30 días)
KADIAN ER 100 MG CAPSULE ^{DL}	3	ST,QL(60 cada 30 días)
KADIAN ER 20 MG CAPSULE ^{DL}	3	ST,QL(60 cada 30 días)
KADIAN ER 200 MG CAPSULE ^{DL}	3	ST,QL(60 cada 30 días)
KADIAN ER 30 MG CAPSULE ^{DL}	3	ST,QL(60 cada 30 días)
KADIAN ER 40 MG CAPSULE ^{DL}	3	ST,QL(60 cada 30 días)
KADIAN ER 50 MG CAPSULE ^{DL}	3	ST,QL(60 cada 30 días)
KADIAN ER 60 MG CAPSULE ^{DL}	3	ST,QL(60 cada 30 días)
KADIAN ER 80 MG CAPSULE ^{DL}	3	ST,QL(60 cada 30 días)
kaitlib fe 0.8 mg-25 mcg (24)/75 mg (4) chewable tablet ^{MM}	1	
KALETRA 100 MG-25 MG TABLET ^{MM,SP}	*	QL(300 cada 30 días)
KALETRA 200 MG-50 MG TABLET ^{MM,SP}	*	QL(150 cada 30 días)
KALETRA 400 MG-100 MG/5 ML ORAL SOLUTION ^{MM}	3	
kalliga 0.15 mg-0.03 mg tablet ^{MM}	1	
KALYDECO 150 MG TABLET ^{MM,SP,DL}	*	PA,QL(60 cada 30 días)
KALYDECO 25 MG ORAL GRANULES IN PACKET ^{MM,SP,DL}	*	PA,QL(56 cada 28 días)
KALYDECO 50 MG ORAL GRANULES IN PACKET ^{MM,SP,DL}	*	PA,QL(56 cada 28 días)
KALYDECO 75 MG ORAL GRANULES IN PACKET ^{MM,SP,DL}	*	PA,QL(56 cada 28 días)
KAPSPARGO SPRINKLE 100 MG CAPSULE,EXTENDED RELEASE ^{MM}	3	ST,QL(30 cada 30 días)
KAPSPARGO SPRINKLE 200 MG CAPSULE,EXTENDED RELEASE ^{MM}	3	ST,QL(60 cada 30 días)
KAPSPARGO SPRINKLE 25 MG CAPSULE,EXTENDED RELEASE ^{MM}	3	ST,QL(30 cada 30 días)
KAPSPARGO SPRINKLE 50 MG CAPSULE,EXTENDED RELEASE ^{MM}	3	ST,QL(30 cada 30 días)
KAPVAY 0.1 MG TABLET,EXTENDED RELEASE ^{MM}	3	ST,QL(120 cada 30 días)
KARBINAL ER 4 MG/5 ML ORAL SUSPENSION,EXTENDED RELEASE	3	
kariva (28) 0.15 mg-0.02 mg (21)/0.01 mg (5) tablet ^{MM}	1	
KATERZIA 1 MG/ML ORAL SUSPENSION ^{MM}	3	QL(300 cada 30 días)
KAZANO 12.5 MG-1,000 MG TABLET ^{MM}	3	PA,QL(60 cada 30 días)
KAZANO 12.5 MG-500 MG TABLET ^{MM}	3	PA,QL(60 cada 30 días)
KEFLEX 250 MG CAPSULE	3	
KEFLEX 500 MG CAPSULE	3	
KEFLEX 750 MG CAPSULE	3	
kelnor 1-50 (28) 1 mg-50 mcg tablet ^{MM}	1	
kelnor 1/35 (28) 1 mg-35 mcg tablet ^{MM}	1	
KENALOG 0.147 MG/GRAM TOPICAL AEROSOL ^{SP,DL}	*	ST

ST - Terapia por fases • QL - Límite de cantidad • PA - Autorización previa

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DEL USO
KEPPRA 1,000 MG TABLET ^{MM}	3	ST
KEPPRA 100 MG/ML ORAL SOLUTION ^{MM}	3	ST,QL(900 cada 30 días)
KEPPRA 250 MG TABLET ^{MM}	3	ST
KEPPRA 500 MG TABLET ^{MM}	3	ST
KEPPRA 750 MG TABLET ^{MM}	3	ST
KEPPRA XR 500 MG TABLET,EXTENDED RELEASE ^{MM}	3	ST
KEPPRA XR 750 MG TABLET,EXTENDED RELEASE ^{MM}	3	ST
KERENDIA 10 MG TABLET ^{MM}	3	PA,QL(30 cada 30 días)
KERENDIA 20 MG TABLET ^{MM}	3	PA,QL(30 cada 30 días)
KESIMPTA PEN 20 MG/0.4 ML SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR ^{MM,SP,DL}	*	PA,QL(6 cada 365 días)
ketoconazole 2% cream	1	
ketoconazole 2% foam ^{SP,DL}	*	ST
ketoconazole 2% shampoo	1	
ketoconazole 200 mg tablet	1	
ketodan 2 % topical foam ^{SP,DL}	*	ST
ketoprofen 25 mg capsule	1	
ketoprofen 50 mg capsule	1	
ketoprofen 75 mg capsule	1	
ketoprofen er 200 mg capsule	1	
ketorolac 0.4% ophth solution	1	
ketorolac 0.5% ophth solution	1	
ketorolac 10 mg tablet	1	QL(20 cada 30 días)
ketorolac 15.75 mg nasal spray ^{SP,DL}	*	PA,QL(5 cada 30 días)
KEVEYIS 50 MG TABLET ^{MM}	3	PA,QL(120 cada 30 días)
KEVZARA 150 MG/1.14 ML SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR ^{MM,SP,LD,DL}	*	PA,QL(2.28 cada 28 días)
KEVZARA 150 MG/1.14 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE ^{MM,SP,LD,DL}	*	PA,QL(2.28 cada 28 días)
KEVZARA 200 MG/1.14 ML SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR ^{MM,SP,LD,DL}	*	PA,QL(2.28 cada 28 días)
KEVZARA 200 MG/1.14 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE ^{MM,SP,LD,DL}	*	PA,QL(2.28 cada 28 días)
KINERET 100 MG/0.67 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE ^{MM,SP,DL}	*	PA,QL(20.1 cada 30 días)
kionex 15 gm/60 ml suspension	1	
KISQALI 200 MG/DAY (200 MG X 1) TABLET ^{MM,SP,DL}	*	PA,QL(21 cada 28 días)
KISQALI 400 MG/DAY (200 MG X 2) TABLET ^{MM,SP,DL}	*	PA,QL(42 cada 28 días)
KISQALI 600 MG/DAY (200 MG X 3) TABLET ^{MM,SP,DL}	*	PA,QL(63 cada 28 días)
KISQALI FEMARA CO-PACK 200 MG/DAY(200 MG X 1)-2.5 MG TABLET ^{MM,SP,DL}	*	PA,QL(49 cada 28 días)
KISQALI FEMARA CO-PACK 400 MG/DAY(200 MG X 2)-2.5 MG TABLET ^{MM,SP,DL}	*	PA,QL(70 cada 28 días)
KISQALI FEMARA CO-PACK 600 MG/DAY(200 MG X 3)-2.5 MG TABLET ^{MM,SP,DL}	*	PA,QL(91 cada 28 días)
KITABIS PAK 300 MG/5 ML SOLUTION FOR NEBULIZATION ^{MM,SP,DL}	*	PA,QL(280 cada 28 días)
KLARON 10 % LOTION (SUSPENSION)	3	
KLISYRI 1 % TOPICAL OINTMENT IN PACKET ^{SP,DL}	*	PA,QL(5 cada 30 días)
KLONOPIN 0.5 MG TABLET ^{MM,DL}	3	
KLONOPIN 1 MG TABLET ^{MM,DL}	3	
KLONOPIN 2 MG TABLET ^{MM,DL}	3	
KLOR-CON 10 MEQ TABLET,EXTENDED RELEASE ^{MM}	2	
klor-con 20 meq oral packet ^{MM}	1	
KLOR-CON 8 MEQ TABLET,EXTENDED RELEASE ^{MM}	2	
klor-con m10 meq tablet,extended release ^{MM}	1	
KLOR-CON M15 MEQ TABLET,EXTENDED RELEASE ^{MM}	2	
klor-con m20 meq tablet,extended release ^{MM}	1	
klor-con/ef 25 meq effervescent tablet ^{MM}	1	
KLOXXADO 8 MG/ACTUATION NASAL SPRAY	2	QL(2 cada 30 días)
KOMBIGLYZE XR 2.5 MG-1,000 MG TABLET,EXTENDED RELEASE ^{MM}	3	PA,QL(60 cada 30 días)
KOMBIGLYZE XR 5 MG-1,000 MG TABLET,EXTENDED RELEASE ^{MM}	3	PA,QL(30 cada 30 días)
KOMBIGLYZE XR 5 MG-500 MG TABLET,EXTENDED RELEASE ^{MM}	3	PA,QL(30 cada 30 días)
KORLYM 300 MG TABLET ^{MM,SP,DL}	*	PA,QL(120 cada 30 días)
KOSELUGO 10 MG CAPSULE ^{MM,SP,DL}	*	PA,QL(240 cada 30 días)

ST - Terapia por fases • QL - Límite de cantidad • PA - Autorización previa

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DEL USO
KOSELUGO 25 MG CAPSULE ^{MM,SP,DL}	*	PA,QL(120 cada 30 días)
KOSHER PRENATAL PLUS IRON 30 MG IRON-1 MG TABLET ^{MM}	3	
KRINTAFEL 150 MG TABLET	2	QL(4 cada 180 días)
KRISTALOSE 10 GRAM ORAL PACKET ^{MM}	3	
KRISTALOSE 20 GRAM ORAL PACKET ^{MM}	3	
KRO PEN NEEDLE 4MM X 33G ^{MM}	2	
kurvelo (28) 0.15 mg-0.03 mg tablet ^{MM}	1	
KUVAN 100 MG ORAL POWDER PACKET ^{MM,SP,DL}	*	PA
KUVAN 100 MG SOLUBLE TABLET ^{MM,SP,DL}	*	PA
KUVAN 500 MG ORAL POWDER PACKET ^{MM,SP,DL}	*	PA
KYLEENA 17.5 MCG/24 HRS (5YRS) 19.5MG INTRAUTERINE DEVICE ^{MM,SP,LD,DL}	*	
KYNMOBI 10 MG SUBLINGUAL FILM ^{MM,LD,DL}	3	PA,QL(150 cada 30 días)
KYNMOBI 10 MG-15 MG-20 MG-25 MG-30 MG SUBLINGUAL FILM ^{DL}	3	PA,QL(150 cada 30 días)
KYNMOBI 15 MG SUBLINGUAL FILM ^{MM,LD,DL}	3	PA,QL(150 cada 30 días)
KYNMOBI 20 MG SUBLINGUAL FILM ^{MM,LD,DL}	3	PA,QL(150 cada 30 días)
KYNMOBI 25 MG SUBLINGUAL FILM ^{MM,LD,DL}	3	PA,QL(150 cada 30 días)
KYNMOBI 30 MG SUBLINGUAL FILM ^{MM,LD,DL}	3	PA,QL(150 cada 30 días)
l-methylfolate 15 mg tablet	1	
l-methylfolate 7.5 mg tablet	1	
l-methylfolate cal 15 mg tab	1	
l-methylfolate cal 7.5 mg tab	1	
labetalol hcl 100 mg tablet ^{MM}	1	
labetalol hcl 200 mg tablet ^{MM}	1	
labetalol hcl 300 mg tablet ^{MM}	1	
lacosamide 10 mg/ml solution ^{MM}	1	QL(1395 cada 30 días)
lacosamide 100 mg tablet ^{MM}	1	
lacosamide 150 mg tablet ^{MM}	1	
lacosamide 200 mg tablet ^{MM}	1	
lacosamide 50 mg tablet ^{MM}	1	
lactulose 10 gm packet ^{MM}	1	
lactulose 10 gm/15 ml solution ^{MM}	1	
lactulose 10 gm/15 ml solution ^{MM}	1	
lactulose 20 gm/30 ml solution ^{MM}	1	
LAMICTAL 100 MG TABLET ^{MM}	3	ST
LAMICTAL 150 MG TABLET ^{MM}	3	ST
LAMICTAL 200 MG TABLET ^{MM}	3	ST
LAMICTAL 25 MG CHEWABLE DISPERSIBLE TABLET ^{MM}	3	QL(120 cada 30 días)
LAMICTAL 25 MG TABLET ^{MM}	3	ST
LAMICTAL 5 MG CHEWABLE DISPERSIBLE TABLET ^{MM}	3	QL(150 cada 30 días)
LAMICTAL ODT 100 MG DISINTEGRATING TABLET ^{MM}	3	ST
LAMICTAL ODT 200 MG DISINTEGRATING TABLET ^{MM}	3	ST
LAMICTAL ODT 25 MG DISINTEGRATING TABLET ^{MM}	3	ST
LAMICTAL ODT 50 MG DISINTEGRATING TABLET ^{MM}	3	ST
LAMICTAL ODT STARTER (BLUE) 25 MG (21)-50 MG (7) TABLET,DISINTEGRATING	3	ST
LAMICTAL ODT STARTER (GREEN) 50 MG (42)-100 MG (14) TABLET,DISINTEGRATING	3	ST
LAMICTAL ODT STARTER(ORANGE) 25 MG(14)-50 MG(14)-100 MG(7) TAB,DISINT	3	ST
LAMICTAL STARTER (BLUE) KIT 25 MG (35) TABLETS IN A DOSE PACK	3	
LAMICTAL STARTER (GREEN) KIT 25 MG (84)-100 MG (14) TABLETS, DOSE PACK	3	
LAMICTAL STARTER (ORANGE) KIT 25 MG (42)-100 MG (7) TABLETS, DOSE PACK	3	
LAMICTAL XR 100 MG TABLET,EXTENDED RELEASE ^{MM}	3	ST
LAMICTAL XR 200 MG TABLET,EXTENDED RELEASE ^{MM}	3	ST
LAMICTAL XR 25 MG TABLET,EXTENDED RELEASE ^{MM}	3	ST
LAMICTAL XR 250 MG TABLET,EXTENDED RELEASE ^{MM}	3	ST
LAMICTAL XR 300 MG TABLET,EXTENDED RELEASE ^{MM}	3	ST
LAMICTAL XR 50 MG TABLET,EXTENDED RELEASE ^{MM}	3	ST

ST - Terapia por fases • QL - Límite de cantidad • PA - Autorización previa

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DEL USO
LAMICTAL XR STARTER (BLUE) 25 MG (21)-50 MG (7) TABLET,EXTEND RELEASE	3	
LAMICTAL XR STARTER (GREEN) 50 MG(14)-100 MG(14)-200 MG(7) TAB,EXT.REL	3	
LAMICTAL XR STARTER (ORANGE) 25 MG(14)-50 MG(14)-100 MG(7) TAB,EXT.REL	3	
lamivudine 10 mg/ml oral soln ^{MM}	1	QL(960 cada 30 días)
lamivudine 150 mg tablet ^{MM}	1	QL(60 cada 30 días)
lamivudine 300 mg tablet ^{MM}	1	QL(30 cada 30 días)
lamivudine hbv 100 mg tablet ^{MM}	1	QL(90 cada 30 días)
lamivudine-zidovudine tablet ^{MM}	1	QL(60 cada 30 días)
lamotrigine 100 mg tablet ^{MM}	1	
lamotrigine 150 mg tablet ^{MM}	1	
lamotrigine 200 mg tablet ^{MM}	1	
lamotrigine 25 mg disper tab ^{MM}	1	QL(120 cada 30 días)
lamotrigine 25 mg tablet ^{MM}	1	
lamotrigine 5 mg disper tablet ^{MM}	1	QL(150 cada 30 días)
lamotrigine er 100 mg tablet ^{MM}	1	ST
lamotrigine er 200 mg tablet ^{MM}	1	ST
lamotrigine er 25 mg tablet ^{MM}	1	ST
lamotrigine er 250 mg tablet ^{MM}	1	ST
lamotrigine er 300 mg tablet ^{MM}	1	ST
lamotrigine er 50 mg tablet ^{MM}	1	ST
lamotrigine odt 100 mg tablet ^{MM}	1	ST
lamotrigine odt 200 mg tablet ^{MM}	1	ST
lamotrigine odt 25 mg tablet ^{MM}	1	ST
lamotrigine odt 50 mg tablet ^{MM}	1	ST
lamotrigine odt kit (blue)	1	ST
lamotrigine odt kit (green)	1	ST
lamotrigine odt kit (orange)	1	ST
lamotrigine tab start kit-blue	1	
lamotrigine tab start kt-green	1	
lamotrigine tab start kt-orang	1	
LAMPIT 120 MG TABLET	3	
LAMPIT 30 MG TABLET	3	
LANCETS, SUPER THIN ^{MM}	2	
LANCETS,THIN ^{MM}	2	
LANCETS,THIN 23 GAUGE ^{MM}	2	
LANCETS,THIN 28 GAUGE ^{MM}	2	
LANCETS,ULTRA THIN ^{MM}	2	
LANCETS,ULTRA THIN 26 GAUGE ^{MM}	2	
LANCING DEVICE	2	
LANCING DEVICE WITH LANCETS	2	
LANCING SYSTEM	3	
LANOXIN 125 MCG (0.125 MG) TABLET ^{MM}	3	QL(30 cada 30 días)
LANOXIN 187.5 MCG TABLET ^{MM}	3	QL(30 cada 30 días)
LANOXIN 250 MCG (0.25 MG) TABLET ^{MM}	3	QL(30 cada 30 días)
LANOXIN 62.5 MCG (0.0625 MG) TABLET ^{MM}	3	QL(30 cada 30 días)
lanreotide 120 mg/0.5 ml syrnq ^{MM,SP,DL}	*	PA,QL(0.5 cada 28 días)
lansoprazol-amoxicil-clarithro	1	
lansoprazole dr 15 mg capsule ^{MM}	1	QL(60 cada 30 días)
lansoprazole dr 30 mg capsule ^{MM}	1	QL(60 cada 30 días)
lansoprazole odt 15 mg tablet ^{MM}	1	ST,QL(30 cada 30 días)
lansoprazole odt 30 mg tablet ^{MM}	1	ST,QL(30 cada 30 días)
lanthanum carb 1,000 mg tb chw ^{MM,SP,DL}	*	ST
lanthanum carb 500 mg tab chew ^{MM,SP,DL}	*	ST
lanthanum carb 750 mg tab chew ^{MM,SP,DL}	*	ST
LANTUS SOLOSTAR U-100 INSULIN 100 UNIT/ML (3 ML) SUBCUTANEOUS PEN ^{MM}	2	

ST - Terapia por fases • QL - Límite de cantidad • PA - Autorización previa

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DEL USO
LANTUS U-100 INSULIN 100 UNIT/ML SUBCUTANEOUS SOLUTION ^{MM}	2	
LANZO LANCING DEVICE KIT ^{MM}	3	
lapatinib 250 mg tablet ^{MM,SP,DL}	*	PA,QL(180 cada 30 días)
larin 1.5/30 (21) 1.5 mg-30 mcg tablet ^{MM}	1	
larin 1/20 (21) 1 mg-20 mcg tablet ^{MM}	1	
larin 24 fe 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4) tablet ^{MM}	1	
larin fe 1.5/30 (28) 1.5 mg-30 mcg (21)/75 mg (7) tablet ^{MM}	1	
larin fe 1/20 (28) 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7) tablet ^{MM}	1	
larissia 0.1 mg-20 mcg tablet ^{MM}	1	
LASIX 20 MG TABLET ^{MM}	3	
LASIX 40 MG TABLET ^{MM}	3	
LASIX 80 MG TABLET ^{MM}	3	
LASTACAFT 0.25 % EYE DROPS	3	ST
latanoprost 0.005% eye drops ^{MM}	1	QL(5 cada 25 días)
LATUDA 120 MG TABLET ^{MM,SP,DL}	*	PA,QL(30 cada 30 días)
LATUDA 20 MG TABLET ^{MM,SP,DL}	*	PA,QL(30 cada 30 días)
LATUDA 40 MG TABLET ^{MM,SP,DL}	*	PA,QL(30 cada 30 días)
LATUDA 60 MG TABLET ^{MM,SP,DL}	*	PA,QL(30 cada 30 días)
LATUDA 80 MG TABLET ^{MM,SP,DL}	*	PA,QL(60 cada 30 días)
LAYOLIS FE 0.8 MG-25 MCG (24)/75 MG (4) CHEWABLE TABLET ^{MM}	3	
LAZANDA 100 MCG/SPRAY NASAL SPRAY ^{DL}	3	PA,QL(30 cada 30 días)
LAZANDA 400 MCG/SPRAY NASAL SPRAY ^{DL}	3	PA,QL(30 cada 30 días)
ledipasvir-sofosbuvir 90-400mg ^{SP,DL}	*	PA,QL(28 cada 28 días)
leena 28 0.5 mg/1 mg/0.5 mg-35 mcg tablet ^{MM}	1	
leflunomide 10 mg tablet ^{MM}	1	QL(30 cada 30 días)
leflunomide 20 mg tablet ^{MM}	1	QL(30 cada 30 días)
lenalidomide 10 mg capsule ^{MM,SP,DL}	*	PA,QL(28 cada 28 días)
lenalidomide 15 mg capsule ^{MM,SP,DL}	*	PA,QL(28 cada 28 días)
lenalidomide 25 mg capsule ^{MM,SP,DL}	*	PA,QL(28 cada 28 días)
lenalidomide 5 mg capsule ^{MM,SP,DL}	*	PA,QL(28 cada 28 días)
LENVIMA 10 MG/DAY (10 MG X 1) CAPSULE ^{MM,SP,DL}	*	PA,QL(30 cada 30 días)
LENVIMA 12 MG/DAY (4 MG X 3) CAPSULE ^{MM,SP,DL}	*	PA,QL(90 cada 30 días)
LENVIMA 14 MG/DAY(10 MG X 1-4 MG X 1) CAPSULE ^{MM,SP,DL}	*	PA,QL(60 cada 30 días)
LENVIMA 18 MG/DAY (10 MG X 1 AND 4 MG X 2) CAPSULE ^{MM,SP,DL}	*	PA,QL(90 cada 30 días)
LENVIMA 20 MG/DAY (10 MG X 2) CAPSULE ^{MM,SP,DL}	*	PA,QL(60 cada 30 días)
LENVIMA 24 MG PER DAY (10 MG X 2 AND 4 MG X 1) CAPSULE ^{MM,SP,DL}	*	PA,QL(90 cada 30 días)
LENVIMA 4 MG CAPSULE ^{MM,SP,DL}	*	PA,QL(30 cada 30 días)
LENVIMA 8 MG/DAY (4 MG X 2) CAPSULE ^{MM,SP,DL}	*	PA,QL(60 cada 30 días)
LESCOL 20 MG CAPSULE ^{MM}	3	ST,QL(60 cada 30 días)
LESCOL 40 MG CAPSULE ^{MM}	3	ST,QL(60 cada 30 días)
LESCOL XL 80 MG TABLET,EXTENDED RELEASE ^{MM}	3	ST,QL(30 cada 30 días)
lessina 0.1 mg-20 mcg tablet ^{MM}	1	
LETAIRIS 10 MG TABLET ^{MM,SP,LD,DL}	*	PA,QL(30 cada 30 días)
LETAIRIS 5 MG TABLET ^{MM,SP,LD,DL}	*	PA,QL(30 cada 30 días)
letrozole 2.5 mg tablet ^{MM}	1	QL(30 cada 30 días)
leucovorin calcium 10 mg tab	1	
leucovorin calcium 15 mg tab	1	
leucovorin calcium 25 mg tab	1	
leucovorin calcium 5 mg tab	1	
LEUKERAN 2 MG TABLET	3	QL(480 cada 30 días)
LEUKINE 250 MCG SOLUTION FOR INJECTION ^{SP,DL}	*	PA,QL(28 cada 28 días)
leuprolide 2wk 14 mg/2.8 ml kt ^{MM,SP,DL}	*	PA,QL(2.8 cada 14 días)
leuprolide 2wk 14 mg/2.8 ml vl ^{MM}	1	PA,QL(2.8 cada 14 días)
levalbuterol 0.31 mg/3 ml sol ^{MM}	1	

ST - Terapia por fases • QL - Límite de cantidad • PA - Autorización previa

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DEL USO
levalbuterol 0.63 mg/3 ml sol ^{MM}	1	
levalbuterol 1.25 mg/3 ml sol ^{MM}	1	
levalbuterol conc 1.25 mg/0.5 ^{MM}	1	
levalbuterol tar hfa 4.5mcg inh ^{MM}	1	ST,QL(30 cada 30 días)
levamlodipine maleate 5 mg tab ^{MM}	3	PA,QL(30 cada 30 días)
LEVBID 0.375 MG TABLET,EXTENDED RELEASE ^{MM}	3	
LEVEMIR FLEXTOUCH U-100 INSULIN 100 UNIT/ML (3 ML) SUBCUTANEOUS PEN ^{MM}	2	
LEVEMIR U-100 INSULIN 100 UNIT/ML SUBCUTANEOUS SOLUTION ^{MM}	2	
levetiracetam 1,000 mg tablet ^{MM}	1	
levetiracetam 100 mg/ml soln ^{MM}	1	QL(900 cada 30 días)
levetiracetam 250 mg tablet ^{MM}	1	
levetiracetam 500 mg tablet ^{MM}	1	
levetiracetam 500 mg/5 ml soln ^{MM}	1	QL(900 cada 30 días)
levetiracetam 750 mg tablet ^{MM}	1	
levetiracetam er 500 mg tablet ^{MM}	1	
levetiracetam er 750 mg tablet ^{MM}	1	
LEVO-T 100 MCG TABLET ^{MM}	2	
LEVO-T 112 MCG TABLET ^{MM}	2	
LEVO-T 125 MCG TABLET ^{MM}	2	
LEVO-T 137 MCG TABLET ^{MM}	2	
LEVO-T 150 MCG TABLET ^{MM}	2	
LEVO-T 175 MCG TABLET ^{MM}	2	
LEVO-T 200 MCG TABLET ^{MM}	2	
LEVO-T 25 MCG TABLET ^{MM}	2	
LEVO-T 300 MCG TABLET ^{MM}	2	
LEVO-T 50 MCG TABLET ^{MM}	2	
LEVO-T 75 MCG TABLET ^{MM}	2	
LEVO-T 88 MCG TABLET ^{MM}	2	
levobunolol 0.5% eye drops ^{MM}	1	QL(5 cada 25 días)
levocarnitine 1 g/10 ml soln ^{MM}	1	
levocarnitine 330 mg tablet ^{MM}	1	
levocarnitine sf 1 g/10 ml sol ^{MM}	1	
levocetirizine 2.5 mg/5 ml sol ^{MM}	1	QL(300 cada 30 días)
levocetirizine 5 mg tablet ^{MM}	1	QL(30 cada 30 días)
levofloxacin 0.5% eye drops	1	
levofloxacin 1.5% eye drops	1	
levofloxacin 25 mg/ml solution	1	
levofloxacin 250 mg tablet	1	
levofloxacin 500 mg tablet	1	
levofloxacin 750 mg tablet	1	
levomefolate-algal 15 mg cap	1	
levonest (28) 50-30 (6)/75-40(5)/125-30(10) tablet ^{MM}	1	
levono-e estrad 0.15-0.03-0.01 ^{MM}	1	QL(91 cada 90 días)
levonor-e estrad 0.1-0.02-0.01 ^{MM}	1	QL(91 cada 90 días)
levonor-eth estra 0.09-0.02 mg ^{MM}	1	
levonor-eth estrad 0.1-0.02 mg ^{MM}	1	
levonor-eth estrad 0.15-0.03 ^{MM}	1	
levonor-eth estrad 0.15-0.03 ^{MM}	1	QL(91 cada 90 días)
levonor-eth estrad triphasic ^{MM}	1	
levonorg 0.15mg-ee 20-25-30mcg ^{MM}	1	QL(91 cada 90 días)
levonorgestrel 1.5 mg tablet	1	
levora-28 0.15 mg-0.03 mg tablet ^{MM}	1	
levorphanol 2 mg tablet ^{SP,DL}	*	ST,QL(240 cada 30 días)
levorphanol 3 mg tablet ^{SP,DL}	*	ST,QL(150 cada 30 días)
levothyroxine 100 mcg capsule ^{MM}	3	ST

ST - Terapia por fases • QL - Límite de cantidad • PA - Autorización previa

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DEL USO
levothyroxine 100 mcg tablet ^{MM}	1	
levothyroxine 112 mcg capsule ^{MM}	3	ST
levothyroxine 112 mcg tablet ^{MM}	1	
levothyroxine 125 mcg capsule ^{MM}	3	ST
levothyroxine 125 mcg tablet ^{MM}	1	
levothyroxine 13 mcg capsule ^{MM}	3	ST
levothyroxine 137 mcg capsule ^{MM}	3	ST
levothyroxine 137 mcg tablet ^{MM}	1	
levothyroxine 150 mcg capsule ^{MM}	3	ST
levothyroxine 150 mcg tablet ^{MM}	1	
levothyroxine 175 mcg capsule ^{MM}	3	ST
levothyroxine 175 mcg tablet ^{MM}	1	
levothyroxine 200 mcg capsule ^{MM}	3	ST
levothyroxine 200 mcg tablet ^{MM}	1	
levothyroxine 25 mcg capsule ^{MM}	3	ST
levothyroxine 25 mcg tablet ^{MM}	1	
levothyroxine 300 mcg tablet ^{MM}	1	
levothyroxine 50 mcg capsule ^{MM}	3	ST
levothyroxine 50 mcg tablet ^{MM}	1	
levothyroxine 75 mcg capsule ^{MM}	3	ST
levothyroxine 75 mcg tablet ^{MM}	1	
levothyroxine 88 mcg capsule ^{MM}	3	ST
levothyroxine 88 mcg tablet ^{MM}	1	
LEVOXYL 100 MCG TABLET ^{MM}	2	
LEVOXYL 112 MCG TABLET ^{MM}	2	
LEVOXYL 125 MCG TABLET ^{MM}	2	
LEVOXYL 137 MCG TABLET ^{MM}	2	
LEVOXYL 150 MCG TABLET ^{MM}	2	
LEVOXYL 175 MCG TABLET ^{MM}	2	
LEVOXYL 200 MCG TABLET ^{MM}	2	
LEVOXYL 25 MCG TABLET ^{MM}	2	
LEVOXYL 50 MCG TABLET ^{MM}	2	
LEVOXYL 75 MCG TABLET ^{MM}	2	
LEVOXYL 88 MCG TABLET ^{MM}	2	
LEVSIN 0.125 MG TABLET ^{MM}	3	
LEVSIN/SL 0.125 MG SUBLINGUAL TABLET ^{MM}	3	
LEVULAN 20 % TOPICAL SOLUTION	3	
LEXAPRO 10 MG TABLET ^{MM}	3	ST,QL(45 cada 30 días)
LEXAPRO 20 MG TABLET ^{MM}	3	ST,QL(30 cada 30 días)
LEXAPRO 5 MG TABLET ^{MM}	3	ST,QL(30 cada 30 días)
LEXETTE 0.05 % TOPICAL FOAM ^{SP,DL}	*	PA
LEXIVA 50 MG/ML ORAL SUSPENSION ^{MM,SP}	*	QL(1575 cada 28 días)
LEXIVA 700 MG TABLET ^{MM,SP}	*	QL(120 cada 30 días)
LIALDA 1.2 GRAM TABLET,DELAYED RELEASE ^{MM}	3	ST,QL(120 cada 30 días)
LIBRAX (WITH CLIDINIUM) 5 MG-2.5 MG CAPSULE	3	
LICART 1.3 % TRANSDERMAL 24 HOUR PATCH ^{SP,DL}	*	PA,QL(30 cada 30 días)
lidocaine 2% viscous soln	1	
lidocaine 5% ointment	1	PA
lidocaine 5% patch	1	PA,QL(90 cada 30 días)
lidocaine hcl 2% jelly	1	
lidocaine hcl 2% jelly uro-jet	1	
lidocaine hcl 4% solution	1	
lidocaine hcl 4% solution	1	
lidocaine viscous 2 % mucosal solution	1	
lidocaine-prilocaine cream	1	

ST - Terapia por fases • QL - Límite de cantidad • PA - Autorización previa

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DEL USO
lidocaine-prilocaine cream	1	
LIDODERM 5 % TOPICAL PATCH	3	PA,QL(90 cada 30 días)
LILETTA 20.1 MCG/24 HRS (6 YRS) 52 MG INTRAUTERINE DEVICE ^{MM,SP,DL}	*	
lillo (28) 0.15 mg-0.03 mg tablet ^{MM}	1	
lindane 1% shampoo	1	
linezolid 100 mg/5 ml susp	1	QL(1800 cada 30 días)
linezolid 600 mg tablet	1	QL(30 cada 30 días)
LINZESS 145 MCG CAPSULE ^{MM}	2	QL(30 cada 30 días)
LINZESS 290 MCG CAPSULE ^{MM}	2	QL(30 cada 30 días)
LINZESS 72 MCG CAPSULE ^{MM}	2	QL(30 cada 30 días)
liothyronine sod 25 mcg tab ^{MM}	1	
liothyronine sod 5 mcg tab ^{MM}	1	
liothyronine sod 50 mcg tab ^{MM}	1	
LIPITOR 10 MG TABLET ^{MM}	3	ST
LIPITOR 20 MG TABLET ^{MM}	3	ST
LIPITOR 40 MG TABLET ^{MM}	3	ST
LIPITOR 80 MG TABLET ^{MM}	3	ST
LIPOFEN 150 MG CAPSULE ^{MM}	3	ST,QL(30 cada 30 días)
LIPOFEN 50 MG CAPSULE ^{MM}	3	ST,QL(60 cada 30 días)
lisinopril 10 mg tablet ^{MM}	1	
lisinopril 2.5 mg tablet ^{MM}	1	
lisinopril 20 mg tablet ^{MM}	1	
lisinopril 30 mg tablet ^{MM}	1	
lisinopril 40 mg tablet ^{MM}	1	
lisinopril 5 mg tablet ^{MM}	1	
lisinopril-hctz 10-12.5 mg tab ^{MM}	1	
lisinopril-hctz 20-12.5 mg tab ^{MM}	1	
lisinopril-hctz 20-25 mg tab ^{MM}	1	
LITE TOUCH INSULIN PEN NEEDLES 29 GAUGE X 1/2" ^{MM}	2	
LITE TOUCH INSULIN PEN NEEDLES 31 GAUGE X 1/4" ^{MM}	2	
LITE TOUCH INSULIN PEN NEEDLES 31 GAUGE X 3/16" ^{MM}	2	
LITE TOUCH INSULIN PEN NEEDLES 31 GAUGE X 5/16" ^{MM}	2	
LITE TOUCH INSULIN SYRINGE 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2" ^{MM}	2	
LITE TOUCH INSULIN SYRINGE 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16" ^{MM}	2	
LITE TOUCH INSULIN SYRINGE 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16" ^{MM}	2	
LITE TOUCH INSULIN SYRINGE 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2" ^{MM}	2	
LITE TOUCH INSULIN SYRINGE 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16" ^{MM}	2	
LITE TOUCH INSULIN SYRINGE 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16" ^{MM}	2	
LITE TOUCH INSULIN SYRINGE 1 ML 28 GAUGE ^{MM}	2	
LITE TOUCH INSULIN SYRINGE 1 ML 28 GAUGE X 1/2" ^{MM}	2	
LITE TOUCH INSULIN SYRINGE 1 ML 29 GAUGE ^{MM}	2	
LITE TOUCH INSULIN SYRINGE 1 ML 29 GAUGE X 1/2" ^{MM}	2	
LITE TOUCH INSULIN SYRINGE 1 ML 30 GAUGE X 5/16" ^{MM}	2	
LITE TOUCH INSULIN SYRINGE 1 ML 30 GAUGE X 7/16" ^{MM}	2	
LITE TOUCH INSULIN SYRINGE 1 ML 31 GAUGE X 5/16" ^{MM}	2	
LITE TOUCH INSULIN SYRINGE 1/2 ML 28 GAUGE ^{MM}	2	
LITE TOUCH INSULIN SYRINGE 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2" ^{MM}	2	
LITE TOUCH INSULIN SYRINGE 1/2 ML 29 ^{MM}	2	
LITE TOUCH INSULIN SYRINGE 1/2 ML 30 GAUGE ^{MM}	2	
LITE TOUCH LANCETS 28 GAUGE ^{MM}	2	
LITE TOUCH LANCETS 30 GAUGE ^{MM}	2	
LITE TOUCH LANCETS 33 GAUGE ^{MM}	2	
LITE TOUCH LANCING DEVICE	3	
LITE TOUCH-MEDIUM MASK	3	
LITEAIRE MDI CHAMBER	3	

ST - Terapia por fases • QL - Límite de cantidad • PA - Autorización previa

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DEL USO
LITETOUCH-LARGE MASK	3	
LITETOUCH-SMALL MASK	3	
lithium carbonate 150 mg cap ^{MM}	1	
lithium carbonate 300 mg cap ^{MM}	1	
lithium carbonate 300 mg tab ^{MM}	1	
lithium carbonate 600 mg cap ^{MM}	1	
lithium carbonate er 300 mg tb ^{MM}	1	
lithium carbonate er 450 mg tb ^{MM}	1	
LITHOBID 300 MG TABLET,EXTENDED RELEASE ^{MM}	3	
LITHOSTAT 250 MG TABLET	3	
LIVALO 1 MG TABLET ^{MM}	3	ST,QL(30 cada 30 días)
LIVALO 2 MG TABLET ^{MM}	3	ST,QL(30 cada 30 días)
LIVALO 4 MG TABLET ^{MM}	3	ST,QL(30 cada 30 días)
LIVMARLI 9.5 MG/ML ORAL SOLUTION ^{MM,SP,DL}	*	PA,QL(90 cada 30 días)
LIVTENCITY 200 MG TABLET ^{SP,DL}	*	PA,QL(120 cada 30 días)
LO LOESTRIN FE 1 MG-10 MCG (24)/10 MCG (2) TABLET ^{MM}	2	
lo-zumandimine (28) 3 mg-0.02 mg tablet ^{MM}	1	
LOCOID 0.1 % LOTION ^{SP,DL}	*	ST
LOCOID 0.1% CREAM	3	ST
LOCOID 0.1% SOLUTION	3	ST
LOCOID LIPOCREAM 0.1 % TOPICAL	3	ST
LODINE 400 MG TABLET ^{MM}	3	ST
LODOSYN 25 MG TABLET ^{MM}	3	
LOESTRIN 1.5/30 (21) 1.5 MG-30 MCG TABLET ^{MM}	3	
LOESTRIN 1/20 (21) 1 MG-20 MCG TABLET ^{MM}	3	
LOESTRIN FE 1.5/30 (28-DAY) 1.5 MG-30 MCG (21)/75 MG (7) TABLET ^{MM}	3	
LOESTRIN FE 1/20 (28-DAY) 1 MG-20 MCG (21)/75 MG (7) TABLET ^{MM}	3	
lofena 25 mg tablet ^{SP,DL}	*	
lojaimiess 0.10 mg-20 mcg (84)/10 mcg(7) tablets,3 month dose pack ^{MM}	1	QL(91 cada 90 días)
LOKELMA 10 GRAM ORAL POWDER PACKET ^{MM,SP,DL}	*	PA,QL(30 cada 30 días)
LOKELMA 5 GRAM ORAL POWDER PACKET ^{MM,SP,DL}	*	PA,QL(30 cada 30 días)
LOMOTIL 2.5 MG-0.025 MG TABLET	3	
LONHALA MAGNAIR REFILL 25 MCG/ML SOLUTION FOR NEBULIZATION ^{MM,SP,DL}	*	PA,QL(60 cada 30 días)
LONHALA MAGNAIR STARTER 25 MCG/ML SOLUTION FOR NEBULIZATION ^{SP,DL}	*	PA,QL(60 cada 365 días)
LONSURF 15 MG-6.14 MG TABLET ^{SP,DL}	*	PA,QL(100 cada 30 días)
LONSURF 20 MG-8.19 MG TABLET ^{SP,DL}	*	PA,QL(80 cada 30 días)
loperamide 2 mg capsule ^{MM}	1	
LOPID 600 MG TABLET ^{MM}	3	QL(60 cada 30 días)
lopinavir-ritonavir 80-20mg/ml ^{MM}	1	
lopinavir-ritonavir 100-25mg tb ^{MM,SP}	*	QL(300 cada 30 días)
lopinavir-ritonavir 200-50mg tb ^{MM,SP}	*	QL(150 cada 30 días)
lopreeza 1 mg-0.5 mg tablet ^{MM}	1	
LOPRESSOR 100 MG TABLET ^{MM}	3	
LOPRESSOR 50 MG TABLET ^{MM}	3	
LOPROX (AS OLAMINE) 0.77 % TOPICAL CREAM	3	
LOPROX (AS OLAMINE) 0.77 % TOPICAL SUSPENSION	3	
LOPROX 1 % SHAMPOO	3	
lorazepam 0.5 mg tablet ^{DL}	1	QL(90 cada 30 días)
lorazepam 1 mg tablet ^{DL}	1	QL(90 cada 30 días)
lorazepam 2 mg tablet ^{DL}	1	QL(150 cada 30 días)
lorazepam 2 mg/ml oral concent ^{DL}	1	QL(150 cada 30 días)
lorazepam intensol 2 mg/ml oral concentrate ^{DL}	1	QL(150 cada 30 días)
LORBRENA 100 MG TABLET ^{MM,SP,LD,DL}	*	PA,QL(30 cada 30 días)
LORBRENA 25 MG TABLET ^{MM,SP,LD,DL}	*	PA,QL(90 cada 30 días)
lorcet 5-325 mg tablet ^{DL}	1	QL(360 cada 30 días)

ST - Terapia por fases • QL - Límite de cantidad • PA - Autorización previa

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DEL USO
lorcet hd 10-325 mg tablet ^{DL}	1	QL(360 cada 30 días)
lorcet plus 7.5-325 mg tablet ^{DL}	1	QL(360 cada 30 días)
LOREEV XR 1 MG CAPSULE,EXTENDED RELEASE ^{SP,DL}	*	PA,QL(210 cada 30 días)
LOREEV XR 1.5 MG CAPSULE,EXTENDED RELEASE ^{SP,DL}	*	PA,QL(150 cada 30 días)
LOREEV XR 2 MG CAPSULE,EXTENDED RELEASE ^{SP,DL}	*	PA,QL(150 cada 30 días)
LOREEV XR 3 MG CAPSULE,EXTENDED RELEASE ^{SP,DL}	*	PA,QL(90 cada 30 días)
lortab elixir 10 mg-300 mg/15 ml oral solution ^{DL}	1	QL(6000 cada 30 días)
loryna (28) 3 mg-0.02 mg tablet ^{MM}	1	
LORZONE 375 MG TABLET	3	ST,QL(120 cada 30 días)
LORZONE 750 MG TABLET	3	ST,QL(120 cada 30 días)
losartan potassium 100 mg tab ^{MM}	1	QL(60 cada 30 días)
losartan potassium 25 mg tab ^{MM}	1	QL(60 cada 30 días)
losartan potassium 50 mg tab ^{MM}	1	QL(60 cada 30 días)
losartan-hctz 100-12.5 mg tab ^{MM}	1	QL(60 cada 30 días)
losartan-hctz 100-25 mg tab ^{MM}	1	QL(60 cada 30 días)
losartan-hctz 50-12.5 mg tab ^{MM}	1	QL(60 cada 30 días)
LOSEASONIQUE 0.10 MG-20 MCG (84)/10 MCG(7) TABLETS,3 MONTH DOSE PACK ^{MM}	3	QL(91 cada 90 días)
LOTEMAX 0.5 % EYE DROPS,SUSPENSION	3	ST
LOTEMAX 0.5 % EYE GEL DROPS	3	ST
LOTEMAX 0.5 % EYE OINTMENT	3	ST
LOTEMAX SM 0.38 % EYE GEL DROPS	3	ST
LOTENSIN 10 MG TABLET ^{MM}	3	
LOTENSIN 20 MG TABLET ^{MM}	3	
LOTENSIN 40 MG TABLET ^{MM}	3	
LOTENSIN HCT 10 MG-12.5 MG TABLET ^{MM}	3	
LOTENSIN HCT 20 MG-12.5 MG TABLET ^{MM}	3	
LOTENSIN HCT 20 MG-25 MG TABLET ^{MM}	3	
loteprednol 0.5% ophthalmic gel	1	ST
loteprednol etabonate 0.5% drp	1	ST
LOTREL 10 MG-20 MG CAPSULE ^{MM}	3	QL(60 cada 30 días)
LOTREL 10 MG-40 MG CAPSULE ^{MM}	3	QL(30 cada 30 días)
LOTREL 5 MG-10 MG CAPSULE ^{MM}	3	QL(60 cada 30 días)
LOTREL 5 MG-20 MG CAPSULE ^{MM}	3	QL(60 cada 30 días)
LOTREL 5-40 MG CAPSULE ^{MM}	3	QL(30 cada 30 días)
LOTRONEX 0.5 MG TABLET ^{SP,DL}	*	PA,QL(60 cada 30 días)
LOTRONEX 1 MG TABLET ^{SP,DL}	*	PA,QL(60 cada 30 días)
lovastatin 10 mg tablet ^{MM}	1	
lovastatin 20 mg tablet ^{MM}	1	
lovastatin 40 mg tablet ^{MM}	1	
LOVAZA 1 GRAM CAPSULE ^{MM}	3	PA,QL(120 cada 30 días)
LOVENOX 100 MG/ML SUBCUTANEOUS SYRINGE	3	QL(28 cada 28 días)
LOVENOX 120 MG/0.8 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE	3	QL(22.4 cada 28 días)
LOVENOX 150 MG/ML SUBCUTANEOUS SYRINGE	3	QL(28 cada 28 días)
LOVENOX 30 MG/0.3 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE	3	QL(16.8 cada 28 días)
LOVENOX 300 MG/3 ML SUBCUTANEOUS SOLUTION	3	QL(84 cada 28 días)
LOVENOX 40 MG/0.4 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE	3	QL(11.2 cada 28 días)
LOVENOX 60 MG/0.6 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE	3	QL(16.8 cada 28 días)
LOVENOX 80 MG/0.8 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE	3	QL(22.4 cada 28 días)
low-ogestrel (28) 0.3 mg-30 mcg tablet ^{MM}	1	
loxapine 10 mg capsule ^{MM}	1	
loxapine 25 mg capsule ^{MM}	1	
loxapine 5 mg capsule ^{MM}	1	
loxapine 50 mg capsule ^{MM}	1	
lubiprostone 24 mcg capsule ^{MM}	3	PA,QL(60 cada 30 días)
lubiprostone 8 mcg capsule ^{MM}	3	PA,QL(60 cada 30 días)

ST - Terapia por fases • QL - Límite de cantidad • PA - Autorización previa

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DEL USO
LUCEMYRA 0.18 MG TABLET ^{SP}	*	PA,QL(224 cada 365 días)
LUCIRA CHECK-IT COVID-19 HOME TEST KIT	3	
lugols 5 % oral solution	1	
LUGOLS 5 %-10 % TOPICAL SOLUTION	3	
luliconazole 1% cream	1	ST,QL(60 cada 28 días)
LUMAKRAS 120 MG TABLET ^{MM,SP,DL}	*	PA,QL(240 cada 30 días)
LUMIGAN 0.01 % EYE DROPS ^{MM}	2	QL(2.5 cada 25 días)
LUNESTA 1 MG TABLET	3	ST,QL(30 cada 30 días)
LUNESTA 2 MG TABLET	3	ST,QL(30 cada 30 días)
LUNESTA 3 MG TABLET	3	ST,QL(30 cada 30 días)
LUPANETA PACK (1 MONTH) 3.75 MG IM SYRINGE AND 5 MG (30) TABLETS,KIT ^{SP,DL}	*	PA,QL(1 cada 30 días)
LUPANETA PK 11.25-5 MG 3MO KIT ^{SP}	*	PA,QL(1 cada 90 días)
LUPKYNIS 7.9 MG CAPSULE ^{MM,SP,DL}	*	PA,QL(180 cada 30 días)
lutera (28) 0.1 mg-20 mcg tablet ^{MM}	1	
LUXIQ 0.12 % TOPICAL FOAM	3	ST
LUZU 1 % TOPICAL CREAM	3	ST,QL(60 cada 28 días)
LYBALVI 10 MG-10 MG TABLET ^{MM,SP,DL}	*	PA,QL(30 cada 30 días)
LYBALVI 15 MG-10 MG TABLET ^{MM,SP,DL}	*	PA,QL(30 cada 30 días)
LYBALVI 20 MG-10 MG TABLET ^{MM,SP,DL}	*	PA,QL(30 cada 30 días)
LYBALVI 5 MG-10 MG TABLET ^{MM,SP,DL}	*	PA,QL(30 cada 30 días)
lyleq 0.35 mg tablet ^{MM}	1	
lyllana 0.025 mg/24 hr transdermal patch ^{MM}	1	QL(8 cada 28 días)
lyllana 0.0375 mg/24 hr transdermal patch ^{MM}	1	QL(8 cada 28 días)
lyllana 0.05 mg/24 hr transdermal patch ^{MM}	1	QL(8 cada 28 días)
lyllana 0.075 mg/24 hr transdermal patch ^{MM}	1	QL(8 cada 28 días)
lyllana 0.1 mg/24 hr transdermal patch ^{MM}	1	QL(8 cada 28 días)
LYMEPAK 100 MG TABLET	3	
LYNPARZA 100 MG TABLET ^{MM,SP,DL}	*	PA,QL(120 cada 30 días)
LYNPARZA 150 MG TABLET ^{MM,SP,DL}	*	PA,QL(120 cada 30 días)
LYRICA 100 MG CAPSULE ^{MM}	3	ST,QL(90 cada 30 días)
LYRICA 150 MG CAPSULE ^{MM}	3	ST,QL(90 cada 30 días)
LYRICA 20 MG/ML ORAL SOLUTION ^{MM}	3	ST,QL(900 cada 30 días)
LYRICA 200 MG CAPSULE ^{MM}	3	ST,QL(90 cada 30 días)
LYRICA 225 MG CAPSULE ^{MM}	3	ST,QL(60 cada 30 días)
LYRICA 25 MG CAPSULE ^{MM}	3	ST,QL(90 cada 30 días)
LYRICA 300 MG CAPSULE ^{MM}	3	ST,QL(60 cada 30 días)
LYRICA 50 MG CAPSULE ^{MM}	3	ST,QL(90 cada 30 días)
LYRICA 75 MG CAPSULE ^{MM}	3	ST,QL(90 cada 30 días)
LYRICA CR 165 MG TABLET,EXTENDED RELEASE ^{MM}	3	PA,QL(30 cada 30 días)
LYRICA CR 330 MG TABLET,EXTENDED RELEASE ^{MM}	3	PA,QL(60 cada 30 días)
LYRICA CR 82.5 MG TABLET,EXTENDED RELEASE ^{MM}	3	PA,QL(30 cada 30 días)
LYSODREN 500 MG TABLET ^{MM,SP,DL}	*	
LYSTEDA 650 MG TABLET ^{MM}	3	QL(30 cada 5 días)
LYUMJEV KWIKPEN U-100 INSULIN 100 UNIT/ML SUBCUTANEOUS ^{MM}	3	ST
LYUMJEV KWIKPEN U-200 INSULIN 200 UNIT/ML (3 ML) SUBCUTANEOUS ^{MM}	3	ST
LYUMJEV U-100 INSULIN 100 UNIT/ML SUBCUTANEOUS SOLUTION ^{MM}	3	ST
LYVISPAH 10 MG ORAL GRANULES IN PACKET ^{MM,SP,DL}	*	PA,QL(120 cada 30 días)
LYVISPAH 20 MG ORAL GRANULES IN PACKET ^{MM,SP,DL}	*	PA,QL(120 cada 30 días)
LYVISPAH 5 MG ORAL GRANULES IN PACKET ^{MM,SP,DL}	*	PA,QL(270 cada 30 días)
lyza 0.35 mg tablet ^{MM}	1	
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 ^{MM}	1	
MACROBID 100 MG CAPSULE	3	
MACRODANTIN 100 MG CAPSULE	3	
MACRODANTIN 25 MG CAPSULE	3	

ST - Terapia por fases • QL - Límite de cantidad • PA - Autorización previa

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DEL USO
MACRODANTIN 50 MG CAPSULE	3	
mafenide acetate 50 gm powd pk	1	
MAGELLAN INSULIN SAFETY SYRINGE 0.3 ML 29 X 1/2"MM	2	
MAGELLAN INSULIN SAFETY SYRINGE 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"MM	2	
MAGELLAN INSULIN SAFETY SYRINGE 1 ML 29 GAUGE X 1/2"MM	2	
MAGELLAN INSULIN SAFETY SYRINGE 1 ML 30 GAUGE X 5/16"MM	2	
MAGELLAN SAFETY SYRINGE 1 ML 23 GAUGE X 1"	3	
MAGELLAN SYRINGE 0.3 ML 30 X 5/16"MM	2	
MAGELLAN SYRINGE 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"MM	2	
MAGELLAN SYRINGE 1 ML 27 GAUGE X 1/2"	2	
MAGELLAN TUBERCULIN SAFETY SYRINGE 1 ML 28 GAUGE X 1/2"	3	
MAKENA (PF) 275 MG/1.1 ML SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR ^{SP,LD,DL}	*	PA
MAKENA 250 MG/ML INTRAMUSCULAR OIL ^{SP,LD,DL}	*	PA
MAKENA 250 MG/ML VIAL ^{SP,LD,DL}	*	PA
MALARONE 250 MG-100 MG TABLET	3	QL(30 cada 30 días)
MALARONE PEDIATRIC 62.5 MG-25 MG TABLET	3	QL(30 cada 30 días)
malathion 0.5% lotion	1	
maprotiline 25 mg tablet ^{MM}	1	
maprotiline 50 mg tablet ^{MM}	1	
maprotiline 75 mg tablet ^{MM}	1	
maraviroc 150 mg tablet ^{MM,SP}	*	QL(240 cada 30 días)
maraviroc 300 mg tablet ^{MM,SP}	*	QL(120 cada 30 días)
MARINOL 10 MG CAPSULE	3	PA,QL(120 cada 30 días)
MARINOL 2.5 MG CAPSULE	3	PA,QL(120 cada 30 días)
MARINOL 5 MG CAPSULE	3	PA,QL(120 cada 30 días)
marlissa (28) 0.15 mg-0.03 mg tablet ^{MM}	1	
MARNATAL-F 60 MG IRON-1 MG CAPSULE ^{MM}	3	
MARPLAN 10 MG TABLET ^{MM}	3	
MATULANE 50 MG CAPSULE ^{SP,DL}	*	
matzim la 180 mg tablet,extended release ^{MM}	1	QL(60 cada 30 días)
matzim la 240 mg tablet,extended release ^{MM}	1	QL(60 cada 30 días)
matzim la 300 mg tablet,extended release ^{MM}	1	QL(30 cada 30 días)
matzim la 360 mg tablet,extended release ^{MM}	1	QL(30 cada 30 días)
matzim la 420 mg tablet,extended release ^{MM}	1	QL(30 cada 30 días)
MAVENCLAD (10 TABLET PACK) 10 MG TABLET ^{MM,SP,LD,DL}	*	PA
MAVENCLAD (4 TABLET PACK) 10 MG TABLET ^{MM,SP,LD,DL}	*	PA
MAVENCLAD (5 TABLET PACK) 10 MG TABLET ^{MM,SP,LD,DL}	*	PA
MAVENCLAD (6 TABLET PACK) 10 MG TABLET ^{MM,SP,LD,DL}	*	PA
MAVENCLAD (7 TABLET PACK) 10 MG TABLET ^{MM,SP,LD,DL}	*	PA
MAVENCLAD (8 TABLET PACK) 10 MG TABLET ^{MM,SP,LD,DL}	*	PA
MAVENCLAD (9 TABLET PACK) 10 MG TABLET ^{MM,SP,LD,DL}	*	PA
MAVYRET 100 MG-40 MG TABLET ^{SP,DL}	*	PA,QL(84 cada 28 días)
MAVYRET 50 MG-20 MG ORAL PELLETS IN PACKET ^{SP,DL}	*	PA,QL(150 cada 30 días)
MAXALT 10 MG TABLET	3	ST,QL(12 cada 30 días)
MAXALT-MLT 10 MG DISINTEGRATING TABLET	3	ST,QL(12 cada 30 días)
MAXI-COMFORT INSULIN SYRINGE 1 ML 28 GAUGE X 1/2"MM	3	
MAXI-COMFORT INSULIN SYRINGE 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2"MM	3	
MAXICOMFORT II PEN NEEDLE 31 GAUGE X 1/4"MM	2	
MAXICOMFORT INSULIN SYRINGE 1 ML 27 GAUGE X 1/2"MM	2	
MAXICOMFORT INSULIN SYRINGE 1/2 ML 27 GAUGE X 1/2"MM	2	
MAXICOMFORT SAFETY PEN NEEDLE 29 GAUGE X 3/16"MM	2	
MAXICOMFORT SAFETY PEN NEEDLE 29 GAUGE X 5/16"MM	2	
MAXIDEX 0.1 % EYE DROPS,SUSPENSION	3	ST
MAXITROL 3.5 MG/G-10,000 UNIT/G-0.1 % EYE OINTMENT	3	
MAXITROL 3.5 MG/ML-10,000 UNIT/ML-0.1% EYE DROPS,SUSPENSION	3	

ST - Terapia por fases • QL - Límite de cantidad • PA - Autorización previa

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DEL USO
MAXZIDE 75 MG-50 MG TABLET ^{MM}	3	
MAXZIDE-25MG 37.5 MG-25 MG TABLET ^{MM}	3	
MAYZENT 0.25 MG TABLET ^{MM,SP,LD,DL}	*	PA,QL(120 cada 30 días)
MAYZENT 1 MG TABLET ^{MM,SP,DL}	*	PA,QL(30 cada 30 días)
MAYZENT 2 MG TABLET ^{MM,SP,LD,DL}	*	PA,QL(30 cada 30 días)
MAYZENT STARTER PACK (FOR 1 MG MAINT DOSE) 0.25 MG (7 TABS) TABLETS ^{SP,DL}	*	PA,QL(7 cada 30 días)
MAYZENT STARTER PACK (FOR 2 MG MAINT DOSE) 0.25 MG (12 TABS) TABLETS ^{SP,LD,DL}	*	PA,QL(12 cada 30 días)
meclizine 12.5 mg tablet	1	
meclizine 25 mg tablet	1	
meclofenamate 100 mg capsule	1	
meclofenamate 50 mg capsule	1	
MEDISENSE COMBO PACK ^{MM}	3	
MEDISENSE CONTROLS 1-HI 1-LO COMBO PACK ^{MM}	3	
MEDISENSE GLUCOSE KETONE COMBO PACK ^{MM}	3	
MEDISENSE MID CONTROL SOLUTION ^{MM}	3	
MEDISENSE THIN LANCETS ^{MM}	2	
MEDISENSE THIN LANCETS 28 GAUGE ^{MM}	2	
MEDLANCE PLUS LANCETS 21 GAUGE ^{MM}	2	
MEDLANCE PLUS LANCETS 25 GAUGE ^{MM}	2	
MEDLANCE PLUS LANCETS 30 GAUGE ^{MM}	2	
MEDPOINT NORMAL CONTROL SOLUTION ^{MM}	3	
MEDROL (PAK) 4 MG TABLETS IN A DOSE PACK	3	
MEDROL 16 MG TABLET	3	
MEDROL 2 MG TABLET	3	
MEDROL 32 MG TABLET	3	
MEDROL 4 MG TABLET	3	
MEDROL 8 MG TABLET	3	
medroxyprogesterone 10 mg tab ^{MM}	1	
medroxyprogesterone 150 mg/ml ^{MM}	1	QL(1 cada 90 días)
medroxyprogesterone 150 mg/ml ^{MM}	1	QL(1 cada 90 días)
medroxyprogesterone 2.5 mg tab ^{MM}	1	
medroxyprogesterone 5 mg tab ^{MM}	1	
mefenamic acid 250 mg capsule	1	
mefloquine hcl 250 mg tablet	1	
megestrol 20 mg tablet	1	
megestrol 40 mg tablet	1	
megestrol 625 mg/5 ml susp ^{MM}	1	ST
megestrol acet 40 mg/ml susp ^{MM}	1	
megestrol acet 400 mg/10 ml ^{MM}	1	
MEKINIST 0.5 MG TABLET ^{MM,SP,LD,DL}	*	PA,QL(120 cada 30 días)
MEKINIST 2 MG TABLET ^{MM,SP,LD,DL}	*	PA,QL(30 cada 30 días)
MEKTOVI 15 MG TABLET ^{MM,SP,LD,DL}	*	PA,QL(180 cada 30 días)
melodetta 24 fe chewable tab ^{MM}	1	
meloxicam 10 mg capsule ^{MM,SP,DL}	*	PA,QL(30 cada 30 días)
meloxicam 15 mg tablet ^{MM}	1	QL(30 cada 30 días)
meloxicam 5 mg capsule ^{MM,SP,DL}	*	PA,QL(30 cada 30 días)
meloxicam 7.5 mg tablet ^{MM}	1	QL(60 cada 30 días)
melphalan 2 mg tablet ^{SP,DL}	*	QL(80 cada 30 días)
memantine 5-10 mg titration pk	1	QL(98 cada 30 días)
memantine hcl 10 mg tablet ^{MM}	1	QL(60 cada 30 días)
memantine hcl 2 mg/ml solution ^{MM}	1	QL(360 cada 30 días)
memantine hcl 5 mg tablet ^{MM}	1	QL(60 cada 30 días)
memantine hcl er 14 mg capsule ^{MM}	1	QL(30 cada 30 días)
memantine hcl er 21 mg capsule ^{MM}	1	QL(30 cada 30 días)

ST - Terapia por fases • QL - Límite de cantidad • PA - Autorización previa

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DEL USO
memantine hcl er 28 mg capsule ^{MM}	1	QL(30 cada 30 días)
memantine hcl er 7 mg capsule ^{MM}	1	QL(30 cada 30 días)
MENEST 0.3 MG TABLET ^{MM}	3	
MENEST 0.625 MG TABLET ^{MM}	3	
MENEST 1.25 MG TABLET ^{MM}	3	
MENEST 2.5 MG TABLET ^{MM}	3	
MENOSTAR 14 MCG/24 HR TRANSDERMAL PATCH ^{MM}	3	QL(8 cada 28 días)
MENTAX 1 % TOPICAL CREAM	3	
meperidine 50 mg tablet ^{DL}	1	QL(480 cada 30 días)
meperidine 50 mg/5 ml solution ^{DL}	1	QL(720 cada 30 días)
MEPHYTON 5 MG TABLET ^{DL}	3	
meprobamate 200 mg tablet	1	
meprobamate 400 mg tablet	1	
MEPRON 750 MG/5 ML ORAL SUSPENSION ^{SP,DL}	*	QL(600 cada 30 días)
mercaptapurine 50 mg tablet ^{MM}	1	QL(480 cada 30 días)
merzee 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4) capsule ^{MM}	1	
mesalamine 1,000 mg supp ^{MM}	1	ST,QL(30 cada 30 días)
mesalamine 4 gm/60 ml enema ^{MM}	1	QL(1800 cada 30 días)
mesalamine 4 gm/60 ml kit ^{MM}	1	QL(30 cada 30 días)
mesalamine 800 mg dr tablet ^{MM,SP,DL}	*	ST,QL(180 cada 30 días)
mesalamine dr 1.2 gm tablet ^{MM}	1	ST,QL(120 cada 30 días)
mesalamine dr 400 mg capsule ^{MM}	1	ST,QL(180 cada 30 días)
mesalamine er 0.375 gram cap ^{MM}	1	QL(120 cada 30 días)
mesalamine er 500 mg capsule ^{MM,SP,DL}	*	ST,QL(300 cada 30 días)
MESNEX 400 MG TABLET	3	
MESTINON 60 MG TABLET ^{MM}	3	
MESTINON 60 MG/5 ML ORAL SYRUP ^{MM}	3	
MESTINON TIMESPAN 180 MG TABLET,EXTENDED RELEASE ^{MM}	3	
metadate er 20 mg tablet,extended release ^{MM}	1	QL(90 cada 30 días)
metaproterenol 10 mg/5 ml syr ^{MM}	1	
metaxall 800 mg tablet	1	ST,QL(120 cada 30 días)
metaxalone 400 mg tablet	1	ST,QL(120 cada 30 días)
metaxalone 800 mg tablet	1	ST,QL(120 cada 30 días)
METER-CHECK SOLUTION ^{MM}	3	
metformin er 1,000 mg gastr-tb ^{MM,SP,DL}	*	ST,QL(60 cada 30 días)
metformin er 1,000 mg osm-tab ^{MM}	1	ST,QL(60 cada 30 días)
metformin er 500 mg gastrc-tb ^{MM,SP,DL}	*	ST,QL(120 cada 30 días)
metformin er 500 mg osmotic tb ^{MM}	1	ST,QL(150 cada 30 días)
metformin hcl 1,000 mg tablet ^{MM}	1	
metformin hcl 500 mg tablet ^{MM}	1	
metformin hcl 500 mg/5 ml soln ^{MM,SP,DL}	*	QL(750 cada 30 días)
metformin hcl 625 mg tablet ^{MM,SP,DL}	*	ST,QL(120 cada 30 días)
metformin hcl 850 mg tablet ^{MM}	1	
metformin hcl er 500 mg tablet ^{MM}	1	QL(120 cada 30 días)
metformin hcl er 750 mg tablet ^{MM}	1	QL(60 cada 30 días)
methadone 10 mg/5 ml solution ^{DL}	1	QL(1800 cada 30 días)
methadone 10 mg/ml oral conc ^{DL}	1	QL(360 cada 30 días)
methadone 40 mg tablet disp ^{DL}	1	QL(90 cada 30 días)
methadone 5 mg/5 ml solution ^{DL}	1	QL(3600 cada 30 días)
methadone hcl 10 mg tablet ^{DL}	1	QL(240 cada 30 días)
methadone hcl 5 mg tablet ^{DL}	1	QL(480 cada 30 días)
methadone intensol 10 mg/ml oral concentrate ^{DL}	1	QL(360 cada 30 días)
METHADOSE 10 MG/ML ORAL CONCENTRATE ^{DL}	3	QL(360 cada 30 días)
methadose 40 mg soluble tablet ^{DL}	1	QL(90 cada 30 días)

ST - Terapia por fases • QL - Limite de cantidad • PA - Autorización previa

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DEL USO
methamphetamine 5 mg tablet ^{MM}	1	QL(150 cada 30 días)
methazolamide 25 mg tablet ^{MM}	1	
methazolamide 50 mg tablet ^{MM}	1	
methenamine hipp 1 gm tablet	1	
methergine 0.2 mg tablet	1	
methimazole 10 mg tablet ^{MM}	1	
methimazole 5 mg tablet ^{MM}	1	
METHITEST 10 MG TABLET ^{MM,SP,DL}	*	
methocarbamol 500 mg tablet	1	
methocarbamol 750 mg tablet	1	
methotrexate 2.5 mg tablet ^{MM}	1	
methotrexate 50 mg/2 ml vial	1	
methotrexate 50 mg/2 ml vial	1	
methoxsalen 10 mg softgel ^{SP,DL}	*	
methscopolamine brom 2.5 mg tb	1	
methscopolamine brom 5 mg tab	1	
methylcobalamin 10,000 mcg vl	1	
methyl dopa 250 mg tablet ^{MM}	1	
methyl dopa 500 mg tablet ^{MM}	1	
methyl dopa-hctz 250-15 mg tab ^{MM}	1	
methyl dopa-hctz 250-25 mg tab ^{MM}	1	
methyl ergonovine 0.2 mg tablet	1	
METHYLIN 10 MG/5 ML ORAL SOLUTION ^{MM}	3	QL(900 cada 30 días)
METHYLIN 5 MG/5 ML ORAL SOLUTION ^{MM}	3	QL(1800 cada 30 días)
methylphenidate 10 mg chew tab ^{MM}	1	ST,QL(180 cada 30 días)
methylphenidate 10 mg tablet ^{MM}	1	QL(90 cada 30 días)
methylphenidate 10 mg/5 ml sol ^{MM}	1	QL(900 cada 30 días)
methylphenidate 2.5 mg chew tb ^{MM}	1	ST,QL(150 cada 30 días)
methylphenidate 20 mg tablet ^{MM}	1	QL(90 cada 30 días)
methylphenidate 5 mg chew tab ^{MM}	1	ST,QL(150 cada 30 días)
methylphenidate 5 mg tablet ^{MM}	1	QL(90 cada 30 días)
methylphenidate 5 mg/5 ml soln ^{MM}	1	QL(1800 cada 30 días)
methylphenidate cd 10 mg cap ^{MM}	1	QL(30 cada 30 días)
methylphenidate cd 20 mg cap ^{MM}	1	QL(60 cada 30 días)
methylphenidate cd 30 mg cap ^{MM}	1	QL(60 cada 30 días)
methylphenidate cd 40 mg cap ^{MM}	1	QL(30 cada 30 días)
methylphenidate cd 50 mg cap ^{MM}	1	QL(30 cada 30 días)
methylphenidate cd 60 mg cap ^{MM}	1	QL(30 cada 30 días)
methylphenidate er 10 mg cap ^{MM}	1	ST,QL(30 cada 30 días)
methylphenidate er 10 mg tab ^{MM}	1	QL(180 cada 30 días)
methylphenidate er 15 mg cap ^{MM}	1	ST,QL(30 cada 30 días)
methylphenidate er 18 mg tab ^{MM}	1	ST,QL(30 cada 30 días)
methylphenidate er 20 mg cap ^{MM}	1	ST,QL(30 cada 30 días)
methylphenidate er 20 mg tab ^{MM}	1	QL(90 cada 30 días)
methylphenidate er 27 mg tab ^{MM}	1	ST,QL(30 cada 30 días)
methylphenidate er 30 mg cap ^{MM}	1	ST,QL(30 cada 30 días)
methylphenidate er 36 mg tab ^{MM}	1	ST,QL(60 cada 30 días)
methylphenidate er 40 mg cap ^{MM}	1	ST,QL(30 cada 30 días)
methylphenidate er 50 mg cap ^{MM}	1	ST,QL(30 cada 30 días)
methylphenidate er 54 mg tab ^{MM}	1	ST,QL(30 cada 30 días)
methylphenidate er 60 mg cap ^{MM}	1	ST,QL(30 cada 30 días)
methylphenidate er 72 mg tab ^{MM}	1	ST,QL(30 cada 30 días)
methylphenidate la 10 mg cap ^{MM}	1	QL(30 cada 30 días)
methylphenidate la 20 mg cap ^{MM}	1	QL(30 cada 30 días)
methylphenidate la 30 mg cap ^{MM}	1	QL(60 cada 30 días)

ST - Terapia por fases • QL - Límite de cantidad • PA - Autorización previa

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DEL USO
methylphenidate la 40 mg cap ^{MM}	1	QL(30 cada 30 días)
methylphenidate la 60 mg cap ^{MM}	1	QL(30 cada 30 días)
methylprednisolone 16 mg tab	1	
methylprednisolone 32 mg tab	1	
methylprednisolone 4 mg dosepk	1	
methylprednisolone 4 mg tablet	1	
methylprednisolone 8 mg tab	1	
methyltestosterone 10 mg cap ^{MM,SP,DL}	*	
metipranolol 0.3% eye drops ^{MM}	1	
metoclopramide 10 mg tablet	1	
metoclopramide 5 mg tablet	1	
metoclopramide 5 mg/5 ml soln	1	
metoclopramide hcl 10 mg odt	1	QL(180 cada 30 días)
metoclopramide hcl 5 mg odt	1	QL(360 cada 30 días)
metolazone 10 mg tablet ^{MM}	1	
metolazone 2.5 mg tablet ^{MM}	1	
metolazone 5 mg tablet ^{MM}	1	
METOPIRONE 250 MG CAPSULE	3	
metoprolol succ er 100 mg tab ^{MM}	1	QL(60 cada 30 días)
metoprolol succ er 200 mg tab ^{MM}	1	QL(60 cada 30 días)
metoprolol succ er 25 mg tab ^{MM}	1	QL(90 cada 30 días)
metoprolol succ er 50 mg tab ^{MM}	1	QL(60 cada 30 días)
metoprolol tartrate 100 mg tab ^{MM}	1	
metoprolol tartrate 25 mg tab ^{MM}	1	
metoprolol tartrate 37.5 mg tb ^{MM}	1	
metoprolol tartrate 50 mg tab ^{MM}	1	
metoprolol tartrate 75 mg tab ^{MM}	1	
metoprolol-hctz 100-25 mg tab ^{MM}	1	
metoprolol-hctz 100-50 mg tab ^{MM}	1	
metoprolol-hctz 50-25 mg tab ^{MM}	1	
METROCREAM 0.75 % TOPICAL	3	ST
METROGEL 1 % TOPICAL	3	ST
METROGEL TOPICAL 1% PUMP	3	ST
METROGEL-VAGINAL 0.75% GEL	3	
METROLOTION 0.75 % TOPICAL	3	ST
metronidazole 0.75% cream	1	
metronidazole 0.75% lotion	1	
metronidazole 250 mg tablet	1	
metronidazole 375 mg capsule	1	
metronidazole 500 mg tablet	1	
metronidazole top 1% gel pump	1	
metronidazole topical 0.75% gl	1	
metronidazole topical 1% gel	1	
metronidazole vaginal 0.75% gl	1	
metyrosine 250 mg capsule	1	
mexiletine 150 mg capsule ^{MM}	1	
mexiletine 200 mg capsule ^{MM}	1	
mexiletine 250 mg capsule ^{MM}	1	
MIACALCIN 200 UNIT/ML INJECTION SOLUTION	3	QL(4 cada 28 días)
mibelas 24 fe 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4) chewable tablet ^{MM}	1	
MICARDIS 20 MG TABLET ^{MM}	3	ST,QL(30 cada 30 días)
MICARDIS 40 MG TABLET ^{MM}	3	ST,QL(30 cada 30 días)
MICARDIS 80 MG TABLET ^{MM}	3	ST,QL(60 cada 30 días)
MICARDIS HCT 40 MG-12.5 MG TABLET ^{MM}	3	ST,QL(30 cada 30 días)
MICARDIS HCT 80 MG-12.5 MG TABLET ^{MM}	3	ST,QL(60 cada 30 días)
MICARDIS HCT 80 MG-25 MG TABLET ^{MM}	3	ST,QL(30 cada 30 días)
miconazole-3 200 mg vaginal suppository	1	

ST - Terapia por fases • QL - Límite de cantidad • PA - Autorización previa

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DEL USO
miconazole-zinc-petro 0.25-15%	1	
MICRO BLOOD GLUCOSE STRIPS ^{MM}	3	ST,QL(150 cada 30 días)
MICRO THIN LANCETS 33 GAUGE ^{MM}	2	
MICROCHAMBER SPACER	3	
MICRODOT BLOOD GLUCOSE MONITORING SYSTEM ^{MM}	3	ST
MICRODOT BLOOD GLUCOSE MONITORING SYSTEM KIT ^{MM}	3	ST
MICRODOT BLOOD GLUCOSE MONITORING SYSTEM STRIPS ^{MM}	3	ST,QL(150 cada 30 días)
MICRODOT HIGH-LOW CONTROL SOLUTION ^{MM}	3	
MICRODOT INSULIN PEN NEEDLE 31 GAUGE X 1/4" ^{MM}	2	
MICRODOT INSULIN PEN NEEDLE 32 GAUGE X 5/32" ^{MM}	2	
MICRODOT INSULIN PEN NEEDLE 33 GAUGE X 5/32" ^{MM}	2	
MICRODOT NORMAL CONTROL SOLUTION ^{MM}	3	
MICRODOT XTRA BLOOD GLUCOSE STRIPS ^{MM}	3	ST,QL(150 cada 30 días)
microgestin 1.5/30 (21) 1.5 mg-30 mcg tablet ^{MM}	1	
microgestin 1/20 (21) 1 mg-20 mcg tablet ^{MM}	1	
microgestin 24 fe 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4) tablet ^{MM}	1	
microgestin fe 1.5/30 (28) 1.5 mg-30 mcg (21)/75 mg (7) tablet ^{MM}	1	
microgestin fe 1/20 (28) 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7) tablet ^{MM}	1	
MICROLET 2 LANCING DEVICE KIT ^{MM}	3	
MICROLET LANCET ^{MM}	2	
MICROLET NEXT LANCING DEVICE KIT ^{MM}	3	
MICROSPACER	2	
midazolam hcl 10 mg/5 ml syrup ^{DL}	1	
midazolam hcl 2 mg/ml syrup ^{DL}	1	
midodrine hcl 10 mg tablet	1	
midodrine hcl 2.5 mg tablet	1	
midodrine hcl 5 mg tablet	1	
migergot 2 mg-100 mg rectal suppository ^{SP,DL}	*	
miqtilol 100 mg tablet ^{MM}	1	
miqtilol 25 mg tablet ^{MM}	1	
miqtilol 50 mg tablet ^{MM}	1	
miqtilostat 100 mg capsule ^{MM,SP,DL}	*	PA,QL(90 cada 30 días)
MIGRANAL 0.5 MG/PUMP ACT. (4 MG/ML) NASAL SPRAY ^{SP,DL}	*	PA,QL(8 cada 30 días)
mili 0.25 mg-35 mcg tablet ^{MM}	1	
millipred 5 mg tablet	1	
millipred dp 5 mg (21 tabs) tablets in a dose pack	1	
millipred dp 5 mg (48 tabs) tablets in a dose pack	1	
mimvey 1 mg-0.5 mg tablet ^{MM}	1	
MINASTRIN 24 FE 1 MG-20 MCG (24)/75 MG (4) CHEWABLE TABLET ^{MM}	3	
MINI LANCING DEVICE	3	
MINI ULTRA-THIN II 31 GAUGE X 3/16" NEEDLE ^{MM}	2	
MINI WRIGHT PEAK FLOW METER	2	
MINI-WRIGHT PEAK FLOW METER	2	
MINILINK REAL-TIME TRANSMITTER ^{MM}	3	PA
MINIMED SYRINGE RESERVOIR 1.8 ML ^{MM}	2	
MINIMED SYRINGE RESERVOIR 3 ML ^{MM}	2	
MINIPRESS 1 MG CAPSULE ^{MM}	3	
MINIPRESS 2 MG CAPSULE ^{MM}	3	
MINIPRESS 5 MG CAPSULE ^{MM}	3	
minitran 0.1 mg/hr patch ^{MM}	1	QL(30 cada 30 días)
minitran 0.2 mg/hr patch ^{MM}	1	QL(30 cada 30 días)
minitran 0.4 mg/hr patch ^{MM}	1	QL(60 cada 30 días)
minitran 0.6 mg/hr patch ^{MM}	1	QL(30 cada 30 días)
MINIVELLE 0.025 MG/24 HR TRANSDERMAL PATCH ^{MM}	3	QL(8 cada 28 días)
MINIVELLE 0.0375 MG/24 HR TRANSDERMAL PATCH ^{MM}	3	QL(8 cada 28 días)

ST - Terapia por fases • QL - Límite de cantidad • PA - Autorización previa

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DEL USO
MINIVELLE 0.05 MG/24 HR TRANSDERMAL PATCH ^{MM}	3	QL(8 cada 28 días)
MINIVELLE 0.075 MG/24 HR TRANSDERMAL PATCH ^{MM}	3	QL(8 cada 28 días)
MINIVELLE 0.1 MG/24 HR TRANSDERMAL PATCH ^{MM}	3	QL(8 cada 28 días)
MINOCIN 50 MG PELLETIZED CAP	3	
minocycline 100 mg capsule	1	
minocycline 50 mg capsule	1	
minocycline 75 mg capsule	1	
minocycline er 105 mg tablet	1	ST,QL(30 cada 30 días)
minocycline er 115 mg tablet	1	ST,QL(30 cada 30 días)
minocycline er 135 mg capsule	3	ST,QL(30 cada 30 días)
minocycline er 135 mg tablet	1	ST,QL(30 cada 30 días)
minocycline er 45 mg capsule	3	ST,QL(30 cada 30 días)
minocycline er 45 mg tablet	1	ST,QL(30 cada 30 días)
minocycline er 55 mg tablet	1	ST,QL(30 cada 30 días)
minocycline er 65 mg tablet	1	ST,QL(30 cada 30 días)
minocycline er 80 mg tablet	1	ST,QL(30 cada 30 días)
minocycline er 90 mg capsule	3	ST,QL(30 cada 30 días)
minocycline er 90 mg tablet	1	ST,QL(30 cada 30 días)
minocycline hcl 100 mg tablet	1	ST
minocycline hcl 50 mg tablet	1	ST
minocycline hcl 75 mg tablet	1	ST
MINOLIRA ER 105 MG TABLET, EXTENDED RELEASE ^{SP,DL}	*	ST,QL(30 cada 30 días)
MINOLIRA ER 135 MG TABLET, EXTENDED RELEASE ^{SP,DL}	*	ST,QL(30 cada 30 días)
minoxidil 10 mg tablet ^{MM}	1	
minoxidil 2.5 mg tablet ^{MM}	1	
MIRAPEX 0.125 MG TABLET ^{MM}	3	ST
MIRAPEX 0.25 MG TABLET ^{MM}	3	ST
MIRAPEX 0.5 MG TABLET ^{MM}	3	ST
MIRAPEX 0.75 MG TABLET ^{MM}	3	ST
MIRAPEX 1 MG TABLET ^{MM}	3	ST
MIRAPEX 1.5 MG TABLET ^{MM}	3	ST
MIRAPEX ER 0.375 MG TABLET,EXTENDED RELEASE ^{MM}	3	ST,QL(30 cada 30 días)
MIRAPEX ER 0.75 MG TABLET,EXTENDED RELEASE ^{MM}	3	ST,QL(30 cada 30 días)
MIRAPEX ER 1.5 MG TABLET,EXTENDED RELEASE ^{MM}	3	ST,QL(30 cada 30 días)
MIRAPEX ER 2.25 MG TABLET,EXTENDED RELEASE ^{MM}	3	ST,QL(30 cada 30 días)
MIRAPEX ER 3 MG TABLET,EXTENDED RELEASE ^{MM}	3	ST,QL(30 cada 30 días)
MIRAPEX ER 3.75 MG TABLET,EXTENDED RELEASE ^{MM}	3	ST,QL(30 cada 30 días)
MIRAPEX ER 4.5 MG TABLET,EXTENDED RELEASE ^{MM}	3	ST,QL(30 cada 30 días)
MIRCERA 100 MCG/0.3 ML INJECTION SYRINGE ^{MM,SP,DL}	*	PA,QL(1.2 cada 28 días)
MIRCERA 150 MCG/0.3 ML INJECTION SYRINGE ^{MM,SP,DL}	*	PA,QL(0.6 cada 28 días)
MIRCERA 200 MCG/0.3 ML INJECTION SYRINGE ^{MM,SP,DL}	*	PA,QL(0.6 cada 28 días)
MIRCERA 30 MCG/0.3 ML INJECTION SYRINGE ^{MM,SP,DL}	*	PA,QL(0.6 cada 28 días)
MIRCERA 50 MCG/0.3 ML INJECTION SYRINGE ^{MM,SP,DL}	*	PA,QL(0.9 cada 28 días)
MIRCERA 75 MCG/0.3 ML INJECTION SYRINGE ^{MM,SP,DL}	*	PA,QL(0.9 cada 28 días)
MIRCETTE (28) 0.15 MG-0.02 MG (21)/0.01 MG (5) TABLET ^{MM}	3	
MIRENA 20 MCG/24 HOURS (7 YRS) 52 MG INTRAUTERINE DEVICE ^{MM,SP,LD,DL}	*	
mirtazapine 15 mg odt ^{MM}	1	QL(30 cada 30 días)
mirtazapine 15 mg tablet ^{MM}	1	QL(30 cada 30 días)
mirtazapine 30 mg odt ^{MM}	1	QL(30 cada 30 días)
mirtazapine 30 mg tablet ^{MM}	1	QL(30 cada 30 días)
mirtazapine 45 mg odt ^{MM}	1	QL(30 cada 30 días)
mirtazapine 45 mg tablet ^{MM}	1	QL(30 cada 30 días)
mirtazapine 7.5 mg tablet ^{MM}	1	QL(30 cada 30 días)
MIRVASO 0.33 % TOPICAL GEL WITH PUMP	3	ST
MIRVASO 0.33% GEL	3	ST
misoprostol 100 mcg tablet ^{MM}	1	

ST - Terapia por fases • QL - Límite de cantidad • PA - Autorización previa

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DEL USO
misoprostol 200 mcg tablet ^{MM}	1	
MISTASSIST DEVICE	3	
MITIGARE 0.6 MG CAPSULE ^{MM}	1	QL(60 cada 30 días)
MOBIC 15 MG TABLET ^{MM}	3	QL(30 cada 30 días)
MOBIC 7.5 MG TABLET ^{MM}	3	QL(60 cada 30 días)
modafinil 100 mg tablet ^{MM}	1	PA,QL(60 cada 30 días)
modafinil 200 mg tablet ^{MM}	1	PA,QL(60 cada 30 días)
MODERNA COVID-19 BOOSTER (PF) 50 MCG/0.5 ML IM SUSPENSION (EUA)	3	
MODERNA COVID-19 VACCINE (PF) 100 MCG/0.5 ML INTRAMUSCULAR SUSP. (EUA)	3	
MODERNA COVID-19 VACCINE(6MO-5YR)(PF) 25 MCG/0.25 ML IM SUSP (UNAPP)	3	
MODERNA COVID-19 VACCINE(6YR-11YR)(PF) 50 MCG/0.5 ML IM SUSP (UNAPP)	3	
moexipril hcl 15 mg tablet ^{MM}	1	
moexipril hcl 7.5 mg tablet ^{MM}	1	
molindone hcl 10 mg tablet ^{MM}	1	PA,QL(240 cada 30 días)
molindone hcl 25 mg tablet ^{MM}	1	PA,QL(270 cada 30 días)
molindone hcl 5 mg tablet ^{MM}	1	PA,QL(360 cada 30 días)
MOLNUIRAVIR 200 MG CAP (EUA)	3	QL(40 cada 5 días)
mometasone furoate 0.1% cream	1	
mometasone furoate 0.1% oint	1	
mometasone furoate 0.1% soln	1	
mometasone furoate 50 mcg spry ^{MM}	1	ST,QL(34 cada 30 días)
mondoxyne nl 100 mg capsule	1	QL(90 cada 30 días)
mondoxyne nl 75 mg capsule	1	ST,QL(60 cada 30 días)
mono-linyah 0.25 mg-35 mcg tablet ^{MM}	1	
MONODOX 100 MG CAPSULE	3	ST,QL(90 cada 30 días)
MONODOX 50 MG CAPSULE	3	ST,QL(60 cada 30 días)
MONODOX 75 MG CAPSULE	3	ST,QL(60 cada 30 días)
MONOJECT BLOOD COLLECTION 20 GAUGE X 1" NEEDLE	3	
MONOJECT BLOOD COLLECTION 20 X 1 1/2" NEEDLE	3	
MONOJECT BLOOD COLLECTION 21 GAUGE X 1" NEEDLE	3	
MONOJECT BLOOD COLLECTION 22 GAUGE X 1" NEEDLE	3	
MONOJECT CONTROL SYRINGE LUER LOCK 12 ML	3	
MONOJECT ENFIT STERILE SYRINGE 1 ML	3	
MONOJECT ENFIT STERILE SYRINGE 3 ML	3	
MONOJECT ENFIT STERILE SYRINGE 35 ML	3	
MONOJECT ENFIT STERILE SYRINGE 6 ML	3	
MONOJECT ENFIT STERILE SYRINGE 60 ML	3	
MONOJECT ENFIT SYRINGE 12 ML	3	
MONOJECT ENFIT SYRINGE CAP	3	
MONOJECT HYPODERMIC NEEDLES 22 GAUGE X 1 1/2"	3	
MONOJECT HYPODERMIC NEEDLES 22 GAUGE X 1"	3	
MONOJECT HYPODERMIC NEEDLES 23 GAUGE X 1"	3	
MONOJECT HYPODERMIC NEEDLES 25 GAUGE X 1 1/2"	3	
MONOJECT HYPODERMIC NEEDLES 25 GAUGE X 1"	3	
MONOJECT HYPODERMIC NEEDLES 25 GAUGE X 5/8"	3	
MONOJECT HYPODERMIC NEEDLES 26 GAUGE X 1 1/2"	3	
MONOJECT HYPODERMIC NEEDLES 27 GAUGE X 1/2"	3	
MONOJECT HYPODERMIC NEEDLES 30 GAUGE X 3/4"	3	
MONOJECT INSULIN SAFETY SYRINGE 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2" ^{MM}	2	
MONOJECT INSULIN SAFETY SYRINGE 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16" ^{MM}	2	
MONOJECT INSULIN SAFETY SYRINGE 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2" ^{MM}	2	
MONOJECT INSULIN SAFETY SYRINGE 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16" ^{MM}	2	
MONOJECT INSULIN SAFETY SYRINGE 29 GAUGE X 1/2" ^{MM}	2	
MONOJECT INSULIN SYRINGE 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2" ^{MM}	2	
MONOJECT INSULIN SYRINGE 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16" ^{MM}	2	
MONOJECT INSULIN SYRINGE 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16" ^{MM}	2	
MONOJECT INSULIN SYRINGE 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2" ^{MM}	2	

ST - Terapia por fases • QL - Limite de cantidad • PA - Autorización previa

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DEL USO
MONOJECT INSULIN SYRINGE 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16" ^{MM}	2	
MONOJECT INSULIN SYRINGE 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16" ^{MM}	2	
MONOJECT INSULIN SYRINGE 1 ML ^{MM}	2	
MONOJECT INSULIN SYRINGE 1 ML 25 GAUGE X 5/8" ^{MM}	2	
MONOJECT INSULIN SYRINGE 1 ML 27 GAUGE X 1/2" ^{MM}	2	
MONOJECT INSULIN SYRINGE 1 ML 28 GAUGE X 1/2" ^{MM}	2	
MONOJECT INSULIN SYRINGE 1 ML 29 GAUGE X 1/2" ^{MM}	2	
MONOJECT INSULIN SYRINGE 1 ML 30 GAUGE X 5/16" ^{MM}	2	
MONOJECT INSULIN SYRINGE 1 ML 31 GAUGE X 5/16" ^{MM}	2	
MONOJECT INSULIN SYRINGE 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2" ^{MM}	2	
MONOJECT LUER-LOCK TIP 12 ML SYRINGE	3	
MONOJECT MAGELLAN SYRINGE 1 ML 25 GAUGE X 1"	3	
MONOJECT MAGELLAN SYRINGE 1 ML 25 GAUGE X 5/8"	3	
MONOJECT MAGELLAN SYRINGE 3 ML 20 GAUGE X 1"	3	
MONOJECT PHARMACY TRAY REGULAR TIP 1 ML SYRINGE	3	
MONOJECT REGULAR LUER 12 ML SYRINGE	3	
MONOJECT SAFETY SYRINGES	3	
MONOJECT SAFETY SYRINGES 12 ML 21 X 1 1/2"	3	
MONOJECT SAFETY SYRINGES 3 ML 21 GAUGE X 1"	3	
MONOJECT SAFETY SYRINGES 3 ML 22 GAUGE X 1 1/2"	3	
MONOJECT SAFETY SYRINGES 6 ML	3	
MONOJECT SMARTIP CANNULA 12 ML SYRINGE	3	
MONOJECT SMARTIP CANNULA 3 ML SYRINGE	3	
MONOJECT SMARTIP CANNULA 6 ML SYRINGE	3	
MONOJECT SYRINGE 1/2 ML 28 GAUGE ^{MM}	2	
MONOJECT SYRINGE 3 ML	2	
MONOJECT SYRINGE 6 ML	2	
MONOJECT SYRINGE 6 ML 20 X 1 1/2"	2	
MONOJECT SYRINGE 6 ML 21 X 1 1/2"	2	
MONOJECT SYRINGE 6 ML 21 X 1"	2	
MONOJECT SYRINGE 6 ML 22 X 1 1/2"	2	
MONOJECT TB LUER LOK 1 ML SYRINGE	3	
MONOJECT TUBERCULIN SYRINGE 1 ML	3	
MONOJECT ULTRA COMFORT INSULIN 1/2 ML 28 GAUGE SYRINGE ^{MM}	2	
MONOLET LANCETS 21 GAUGE ^{MM}	2	
MONOLET THIN LANCETS 28 GAUGE ^{MM}	2	
montelukast sod 10 mg tablet ^{MM}	1	QL(30 cada 30 días)
montelukast sod 4 mg granules ^{MM}	1	QL(30 cada 30 días)
montelukast sod 4 mg tab chew ^{MM}	1	QL(30 cada 30 días)
montelukast sod 5 mg tab chew ^{MM}	1	QL(30 cada 30 días)
MONUROL 3 GRAM ORAL PACKET	3	
morgidox 100 mg capsule	1	QL(90 cada 30 días)
morgidox 50 mg capsule	1	
morphine sulf 10 mg suppos ^{DL}	1	QL(180 cada 30 días)
morphine sulf 10 mg/5 ml soln ^{DL}	1	QL(2700 cada 30 días)
morphine sulf 100 mg/5 ml conc ^{DL}	1	QL(540 cada 30 días)
morphine sulf 20 mg suppos ^{DL}	1	QL(180 cada 30 días)
morphine sulf 20 mg/5 ml soln ^{DL}	1	QL(1350 cada 30 días)
morphine sulf 30 mg suppos ^{DL}	1	QL(180 cada 30 días)
morphine sulf 5 mg suppos ^{DL}	1	QL(180 cada 30 días)
morphine sulf er 100 mg tablet ^{DL}	1	QL(180 cada 30 días)
morphine sulf er 15 mg tablet ^{DL}	1	QL(120 cada 30 días)
morphine sulf er 200 mg tablet ^{DL}	1	QL(90 cada 30 días)
morphine sulf er 30 mg tablet ^{DL}	1	QL(120 cada 30 días)
morphine sulf er 60 mg tablet ^{DL}	1	QL(120 cada 30 días)
morphine sulfate er 10 mg cap ^{DL}	1	ST,QL(60 cada 30 días)

ST - Terapia por fases • QL - Límite de cantidad • PA - Autorización previa

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DEL USO
morphine sulfate er 100 mg cap ^{DL}	1	ST,QL(60 cada 30 días)
morphine sulfate er 120 mg cap ^{DL}	1	ST,QL(60 cada 30 días)
morphine sulfate er 20 mg cap ^{DL}	1	ST,QL(60 cada 30 días)
morphine sulfate er 30 mg cap ^{DL}	1	ST,QL(30 cada 30 días)
morphine sulfate er 30 mg cap ^{DL}	1	ST,QL(60 cada 30 días)
morphine sulfate er 40 mg cap ^{DL}	1	ST,QL(60 cada 30 días)
morphine sulfate er 45 mg cap ^{DL}	1	ST,QL(30 cada 30 días)
morphine sulfate er 50 mg cap ^{DL}	1	ST,QL(60 cada 30 días)
morphine sulfate er 60 mg cap ^{DL}	1	ST,QL(60 cada 30 días)
morphine sulfate er 60 mg cap ^{DL}	1	ST,QL(60 cada 30 días)
morphine sulfate er 75 mg cap ^{DL}	1	ST,QL(60 cada 30 días)
morphine sulfate er 80 mg cap ^{DL}	1	ST,QL(60 cada 30 días)
morphine sulfate er 90 mg cap ^{DL}	1	ST,QL(60 cada 30 días)
morphine sulfate ir 15 mg tab ^{DL}	1	QL(180 cada 30 días)
morphine sulfate ir 30 mg tab ^{DL}	1	QL(180 cada 30 días)
MOTEGRITY 1 MG TABLET ^{MM}	3	PA,QL(30 cada 30 días)
MOTEGRITY 2 MG TABLET ^{MM}	3	PA,QL(30 cada 30 días)
MOTOFEN 1 MG-0.025 MG TABLET	3	
MOUNJARO 10 MG/0.5 ML SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR ^{MM,SP,DL}	*	PA,QL(2 cada 28 días)
MOUNJARO 12.5 MG/0.5 ML SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR ^{MM,SP,DL}	*	PA,QL(2 cada 28 días)
MOUNJARO 15 MG/0.5 ML SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR ^{MM,SP,DL}	*	PA,QL(2 cada 28 días)
MOUNJARO 2.5 MG/0.5 ML SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR ^{SP,DL}	*	PA,QL(2 cada 28 días)
MOUNJARO 5 MG/0.5 ML SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR ^{MM,SP,DL}	*	PA,QL(2 cada 28 días)
MOUNJARO 7.5 MG/0.5 ML SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR ^{MM,SP,DL}	*	PA,QL(2 cada 28 días)
MOVANTIK 12.5 MG TABLET	2	QL(30 cada 30 días)
MOVANTIK 25 MG TABLET	2	QL(30 cada 30 días)
MOVIPREP 100 GRAM-7.5 GRAM-2.691 GRAM ORAL POWDER PACKET	3	ST
MOXATAG 775 MG TABLET,EXTENDED RELEASE	3	
MOXEZA 0.5% EYE DROPS	3	ST
moxifloxacin 0.5% eye drops	1	ST
moxifloxacin 0.5% eye drops	1	
moxifloxacin hcl 400 mg tablet	1	
MS CONTIN 100 MG TABLET,EXTENDED RELEASE ^{DL}	3	ST,QL(180 cada 30 días)
MS CONTIN 15 MG TABLET,EXTENDED RELEASE ^{DL}	3	ST,QL(120 cada 30 días)
MS CONTIN 200 MG TABLET,EXTENDED RELEASE ^{DL}	3	ST,QL(90 cada 30 días)
MS CONTIN 30 MG TABLET,EXTENDED RELEASE ^{DL}	3	ST,QL(120 cada 30 días)
MS CONTIN 60 MG TABLET,EXTENDED RELEASE ^{DL}	3	ST,QL(120 cada 30 días)
MULPLETA 3 MG TABLET ^{SP,DL}	*	PA,QL(7 cada 30 días)
MULTAQ 400 MG TABLET ^{MM}	3	QL(60 cada 30 días)
MULTI-LANCET DEVICE 2 KIT ^{MM}	2	
multigen 70 mg-150 mg-10 mcg-2 mg-75mg tablet	1	
multigen plus 151 mg-60 mg-10 mcg-1 mg tablet	1	
mupirocin 2% cream	1	ST
mupirocin 2% ointment	1	
my choice 1.5 mg tablet	1	
my way 1.5 mg tablet	1	
MYALEPT 5 MG/ML (FINAL CONCENTRATION) SUBCUTANEOUS SOLUTION ^{MM,SP,DL}	*	PA,QL(30 cada 30 días)
MYAMBUTOL 400 MG TABLET	3	
MYCAPSSA 20 MG CAPSULE,DELAYED RELEASE ^{MM,SP,DL}	*	PA,QL(112 cada 28 días)
MYCOBUTIN 150 MG CAPSULE	3	
mycophenolate 200 mg/ml susp ^{MM}	1	
mycophenolate 250 mg capsule ^{MM}	1	QL(360 cada 30 días)
mycophenolate 500 mg tablet ^{MM}	1	QL(180 cada 30 días)
mycophenolic acid dr 180 mg tb ^{MM}	1	
mycophenolic acid dr 360 mg tb ^{MM}	1	

ST - Terapia por fases • QL - Limite de cantidad • PA - Autorización previa

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DEL USO
MYDAYIS 12.5 MG CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HR ^{MM}	2	QL(30 cada 30 días)
MYDAYIS 25 MG CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HR ^{MM}	2	QL(30 cada 30 días)
MYDAYIS 37.5 MG CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HR ^{MM}	2	QL(30 cada 30 días)
MYDAYIS 50 MG CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HR ^{MM}	2	QL(30 cada 30 días)
MYDRIACYL 1 % EYE DROPS	3	
MYFEMBREE 40 MG-1 MG-0.5 MG TABLET ^{MM,SP,DL}	*	PA,QL(28 cada 28 días)
MYFORTIC 180 MG TABLET,DELAYED RELEASE ^{MM}	3	
MYFORTIC 360 MG TABLET,DELAYED RELEASE ^{MM}	3	
MYGLUCOHEALTH CONTROL SOLUTION ^{MM}	3	
MYGLUCOHEALTH KIT ^{MM}	3	ST
MYGLUCOHEALTH LANCETS 30 GAUGE ^{MM}	2	
MYGLUCOHEALTH STRIPS ^{MM}	3	ST,QL(150 cada 30 días)
MYLERAN 2 MG TABLET ^{SP,DL}	*	QL(150 cada 30 días)
MYNATAL 65 MG IRON-1 MG CAPSULE ^{MM}	2	
mynatal plus 65 mg iron-1 mg tablet ^{MM}	1	
mynatal-z 65 mg iron-1 mg tablet ^{MM}	1	
mynephrocaps 1 mg capsule	1	
myorisan 10 mg capsule	1	QL(60 cada 30 días)
myorisan 20 mg capsule	1	QL(60 cada 30 días)
myorisan 30 mg capsule	1	QL(60 cada 30 días)
myorisan 40 mg capsule	1	QL(120 cada 30 días)
MYRBETRIQ 25 MG TABLET,EXTENDED RELEASE ^{MM}	3	PA,QL(30 cada 30 días)
MYRBETRIQ 50 MG TABLET,EXTENDED RELEASE ^{MM}	3	PA,QL(30 cada 30 días)
MYRBETRIQ 8 MG/ML ORAL SUSPENSION,EXTENDED RELEASE ^{MM}	3	PA,QL(300 cada 30 días)
MYSOLINE 250 MG TABLET ^{MM}	3	ST
MYSOLINE 50 MG TABLET ^{MM}	3	ST
MYTESI 125 MG TABLET,DELAYED RELEASE ^{SP,DL}	*	PA,QL(60 cada 30 días)
nabumetone 500 mg tablet	1	
nabumetone 750 mg tablet	1	
nadolol 20 mg tablet ^{MM}	1	
nadolol 40 mg tablet ^{MM}	1	
nadolol 80 mg tablet ^{MM}	1	
naftifine hcl 1% cream	1	
naftifine hcl 1% gel	1	ST
naftifine hcl 2% cream	1	
NAFTIN 1 % TOPICAL GEL	3	ST
NAFTIN 2 % TOPICAL GEL	3	ST
NAFTIN 2% CREAM	3	ST
NALFON 400 MG CAPSULE	3	PA,QL(240 cada 30 días)
NALFON 600 MG TABLET	1	PA
nalmefene hcl 2 mg/2 ml vial	1	
nalocet 2.5 mg-300 mg tablet ^{SP,DL}	*	PA,QL(360 cada 30 días)
naloxone 0.4 mg/ml carpject	1	
naloxone 0.4 mg/ml vial	1	
naloxone 2 mg auto-injector	3	QL(0.8 cada 30 días)
naloxone 2 mg/2 ml syringe	1	
naloxone hcl 4 mg nasal spray	1	QL(2 cada 30 días)
naltrexone 50 mg tablet	1	
NAMENDA 10 MG TABLET ^{MM}	3	QL(60 cada 30 días)
NAMENDA 5 MG TABLET ^{MM}	3	QL(60 cada 30 días)
NAMENDA TITRATION PAK 5 MG-10 MG TABLETS IN A DOSE PACK	3	QL(98 cada 30 días)
NAMENDA XR 14 MG CAPSULE SPRINKLE,EXTENDED RELEASE ^{MM}	3	PA,QL(30 cada 30 días)
NAMENDA XR 21 MG CAPSULE SPRINKLE,EXTENDED RELEASE ^{MM}	3	PA,QL(30 cada 30 días)
NAMENDA XR 28 MG CAPSULE SPRINKLE,EXTENDED RELEASE ^{MM}	3	PA,QL(30 cada 30 días)
NAMENDA XR 7 MG CAPSULE SPRINKLE,EXTENDED RELEASE ^{MM}	3	PA,QL(30 cada 30 días)
NAMENDA XR 7 MG-14 MG-21 MG-28 MG CAPSULE,SPRINKLE,EXT REL, DOSE PACK	3	PA,QL(28 cada 28 días)

ST - Terapia por fases • QL - Límite de cantidad • PA - Autorización previa

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DEL USO
NAMZARIC 14 MG-10 MG CAPSULE SPRINKLE,EXTENDED RELEASE ^{MM}	3	PA,QL(30 cada 30 días)
NAMZARIC 21 MG-10 MG CAPSULE SPRINKLE,EXTENDED RELEASE ^{MM}	3	PA,QL(30 cada 30 días)
NAMZARIC 28 MG-10 MG CAPSULE SPRINKLE,EXTENDED RELEASE ^{MM}	3	PA,QL(30 cada 30 días)
NAMZARIC 7 MG-10 MG CAPSULE SPRINKLE,EXTENDED RELEASE ^{MM}	3	PA,QL(30 cada 30 días)
NAMZARIC 7/14/21/28 MG-10 MG CAPSULE,SPRINKLE,EXTEND RELEASE,DOSE PACK	3	PA,QL(28 cada 28 días)
NAPRELAN CR 375 MG TAB,EXTENDED RELEASE 24 HR MPHASE ^{MM,SP,DL}	*	ST,QL(120 cada 30 días)
NAPRELAN CR 500 MG TAB,EXTENDED RELEASE 24 HR MPHASE ^{MM}	3	ST,QL(90 cada 30 días)
NAPRELAN CR 750 MG TAB,EXTENDED RELEASE 24 HR MPHASE ^{MM}	3	ST,QL(60 cada 30 días)
NAPROSYN 125 MG/5 ML ORAL SUSPENSION ^{MM}	3	ST
NAPROSYN 500 MG TABLET ^{MM}	3	
naproxen 125 mg/5 ml suspen ^{MM}	1	ST
naproxen 250 mg tablet ^{MM}	1	
naproxen 375 mg tablet ^{MM}	1	
naproxen 500 mg tablet ^{MM}	1	
naproxen dr 375 mg tablet ^{MM}	1	
naproxen dr 500 mg tablet ^{MM}	1	
naproxen sod cr 375 mg tablet ^{MM,SP,DL}	*	ST,QL(120 cada 30 días)
naproxen sod cr 500 mg tablet ^{MM}	1	ST,QL(90 cada 30 días)
naproxen sod cr 750 mg tablet ^{MM}	3	ST,QL(60 cada 30 días)
naproxen sodium 275 mg tab ^{MM}	1	
naproxen sodium 550 mg tab ^{MM}	1	
naproxen-esomepraz dr 375-20mg ^{MM,SP,DL}	*	PA,QL(60 cada 30 días)
naproxen-esomepraz dr 500-20mg ^{MM,SP,DL}	*	PA,QL(60 cada 30 días)
naratriptan hcl 1 mg tablet	1	QL(9 cada 30 días)
naratriptan hcl 2.5 mg tablet	1	QL(9 cada 30 días)
NARCAN 4 MG/ACTUATION NASAL SPRAY	2	QL(2 cada 30 días)
NARDIL 15 MG TABLET ^{MM}	3	
NASCOBAL 500 MCG/SPRAY NASAL SPRAY ^{MM,SP,DL}	*	PA
NASONEX 50 MCG NASAL SPRAY ^{MM}	3	ST,QL(34 cada 30 días)
NATACHEW (FE BIS-GLYCINATE) 28 MG IRON-1 MG TABLET ^{MM}	3	
NATACYN 5 % EYE DROPS,SUSPENSION	3	
NATAZIA 3 MG/2 MG-2 MG/2 MG-3 MG/1 MG TABLET ^{MM}	2	
nateglinide 120 mg tablet ^{MM}	1	
nateglinide 60 mg tablet ^{MM}	1	
NATESTO 5.5 MG/0.122 GRAM PER ACTUATION NASAL GEL PUMP ^{MM}	3	PA,QL(21.96 cada 30 días)
NATPARA 100 MCG/DOSE SUBCUTANEOUS CARTRIDGE ^{MM,SP,DL}	*	PA,QL(2 cada 28 días)
NATPARA 25 MCG/DOSE SUBCUTANEOUS CARTRIDGE ^{MM,SP,DL}	*	PA,QL(2 cada 28 días)
NATPARA 50 MCG/DOSE SUBCUTANEOUS CARTRIDGE ^{MM,SP,DL}	*	PA,QL(2 cada 28 días)
NATPARA 75 MCG/DOSE SUBCUTANEOUS CARTRIDGE ^{MM,SP,DL}	*	PA,QL(2 cada 28 días)
NATROBA 0.9 % TOPICAL SUSPENSION	3	QL(240 cada 30 días)
NATURE-THROID 113.75 MG TABLET ^{MM}	3	
NATURE-THROID 130 MG TABLET ^{MM}	3	
NATURE-THROID 146.25 MG TABLET ^{MM}	3	
NATURE-THROID 16.25 MG TABLET ^{MM}	3	
NATURE-THROID 162.5 MG TABLET ^{MM}	3	
NATURE-THROID 195 MG TABLET ^{MM}	3	
NATURE-THROID 260 MG TABLET ^{MM}	3	
NATURE-THROID 32.5 MG TABLET ^{MM}	3	
NATURE-THROID 325 MG TABLET ^{MM}	3	
NATURE-THROID 48.75 MG TABLET ^{MM}	3	
NATURE-THROID 65 MG TABLET ^{MM}	3	
NATURE-THROID 81.25 MG TABLET ^{MM}	3	
NATURE-THROID 97.5 MG TABLET ^{MM}	3	

ST - Terapia por fases • QL - Limite de cantidad • PA - Autorización previa

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DEL USO
NAYZILAM 5 MG/SPRAY (0.1 ML) NASAL SPRAY ^{DL}	3	QL(10 cada 30 días)
nebivolol 10 mg tablet ^{MM}	1	PA,QL(120 cada 30 días)
nebivolol 2.5 mg tablet ^{MM}	1	PA,QL(30 cada 30 días)
nebivolol 20 mg tablet ^{MM}	1	PA,QL(60 cada 30 días)
nebivolol 5 mg tablet ^{MM}	1	PA,QL(30 cada 30 días)
NEBUPENT 300 MG SOLUTION FOR INHALATION ^{MM}	3	
nebusal 3 % solution for nebulization	1	
NEBUSAL 6 % SOLUTION FOR NEBULIZATION	3	
necon 0.5/35 (28) 0.5 mg-35 mcg tablet ^{MM}	1	
nefazodone hcl 100 mg tablet ^{MM}	1	
nefazodone hcl 150 mg tablet ^{MM}	1	
nefazodone hcl 200 mg tablet ^{MM}	1	
nefazodone hcl 250 mg tablet ^{MM}	1	
nefazodone hcl 50 mg tablet ^{MM}	1	
neo-bacit-poly-hc eye ointment	1	
neo-polycin 3.5 mg-400 unit-10,000 unit/g eye ointment	1	
neo-polycin hc 3.5 mg-400-10,000 unit/g-1 % eye ointment	1	
NEO-SYNALAR 0.5 % (0.35 % BASE)-0.025 % TOPICAL CREAM ^{SP,DL}	*	ST
neomy-polymyxin b 40 mg/ml amp	1	
neomyc-bacit-polymix eye oint	1	
neomyc-polym-dexamet eye ointm	1	
neomyc-polym-dexameth eye drop	1	
neomyc-polym-gramicid eye drop	1	
neomycin 500 mg tablet	1	
neomycin-poly-hc eye drops	1	
neomycin-polymyxin-hc ear soln	1	
neomycin-polymyxin-hc ear susp	1	
NEORAL 100 MG CAPSULE ^{MM}	3	QL(720 cada 30 días)
NEORAL 100 MG/ML ORAL SOLUTION ^{MM}	3	
NEORAL 25 MG CAPSULE ^{MM}	3	
NEPHRAMINE 5.4% IV SOLUTION	3	
NERLYNX 40 MG TABLET ^{SP,DL}	*	PA,QL(180 cada 30 días)
NESINA 12.5 MG TABLET ^{MM}	3	PA,QL(30 cada 30 días)
NESINA 25 MG TABLET ^{MM}	3	PA,QL(30 cada 30 días)
NESINA 6.25 MG TABLET ^{MM}	3	PA,QL(30 cada 30 días)
NESTABS 32 MG-1,000 MCG TABLET ^{MM}	2	
NESTABS ABC 32 MG IRON-1 MG-120 MG-180 MG ORAL PACK ^{MM}	3	
NESTABS DHA 32 MG IRON-1,000 MCG-230 MG ORAL PACK ^{MM}	3	
neuac 1.2 % (1 % base)-5 % topical gel	1	
NEULASTA 6 MG/0.6 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE ^{SP,DL}	*	PA,QL(1.2 cada 28 días)
NEULASTA ONPRO 6 MG/0.6 ML WITH WEARABLE SUBCUTANEOUS INJECTOR ^{SP,DL}	*	PA,QL(1.2 cada 28 días)
NEUPOGEN 300 MCG/0.5 ML INJECTION SYRINGE ^{SP,DL}	*	PA,QL(7 cada 30 días)
NEUPOGEN 300 MCG/ML INJECTION SOLUTION ^{SP,DL}	*	PA,QL(14 cada 30 días)
NEUPOGEN 480 MCG/0.8 ML INJECTION SYRINGE ^{SP,DL}	*	PA,QL(11.2 cada 30 días)
NEUPOGEN 480 MCG/1.6 ML INJECTION SOLUTION ^{SP,DL}	*	PA,QL(22.4 cada 30 días)
NEUPRO 1 MG/24 HOUR TRANSDERMAL 24 HOUR PATCH ^{MM,DL}	3	PA,QL(30 cada 30 días)
NEUPRO 2 MG/24 HOUR TRANSDERMAL 24 HOUR PATCH ^{MM,DL}	3	PA,QL(30 cada 30 días)
NEUPRO 3 MG/24 HOUR TRANSDERMAL 24 HOUR PATCH ^{MM,DL}	3	PA,QL(30 cada 30 días)
NEUPRO 4 MG/24 HOUR TRANSDERMAL 24 HOUR PATCH ^{MM,DL}	3	PA,QL(30 cada 30 días)
NEUPRO 6 MG/24 HOUR TRANSDERMAL 24 HOUR PATCH ^{MM,DL}	3	PA,QL(30 cada 30 días)
NEUPRO 8 MG/24 HOUR TRANSDERMAL 24 HOUR PATCH ^{MM,DL}	3	PA,QL(30 cada 30 días)
NEURONTIN 100 MG CAPSULE ^{MM}	3	ST,QL(270 cada 30 días)
NEURONTIN 250 MG/5 ML ORAL SOLUTION ^{MM}	3	ST,QL(2250 cada 30 días)
NEURONTIN 300 MG CAPSULE ^{MM}	3	ST,QL(270 cada 30 días)
NEURONTIN 400 MG CAPSULE ^{MM}	3	ST,QL(270 cada 30 días)

ST - Terapia por fases • QL - Límite de cantidad • PA - Autorización previa

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DEL USO
NEURONTIN 600 MG TABLET ^{MM}	3	ST,QL(180 cada 30 días)
NEURONTIN 800 MG TABLET ^{MM}	3	ST,QL(180 cada 30 días)
NEUTEK 2TEK TEST STRIPS ^{MM}	3	ST,QL(150 cada 30 días)
NEVANAC 0.1 % EYE DROPS,SUSPENSION	3	ST
nevirapine 200 mg tablet ^{MM}	1	QL(60 cada 30 días)
nevirapine 50 mg/5 ml susp ^{MM}	1	QL(1200 cada 30 días)
nevirapine er 100 mg tablet ^{MM}	1	QL(120 cada 30 días)
nevirapine er 400 mg tablet ^{MM}	1	QL(30 cada 30 días)
new day 1.5 mg tablet	1	
newgen 32 mg-1,000 mcg tablet ^{MM}	1	
NEXAVAR 200 MG TABLET ^{SP,LD,DL}	*	PA,QL(120 cada 30 días)
NEXICLON XR 0.17 MG TABLET,EXTENDED RELEASE ^{MM,SP,DL}	*	PA,QL(90 cada 30 días)
NEXIUM 20 MG CAPSULE,DELAYED RELEASE ^{MM}	3	ST,QL(60 cada 30 días)
NEXIUM 40 MG CAPSULE,DELAYED RELEASE ^{MM}	3	ST,QL(60 cada 30 días)
NEXIUM PACKET 10 MG GRANULES DELAYED RELEASE FOR SUSP ^{MM}	3	ST,QL(30 cada 30 días)
NEXIUM PACKET 2.5 MG GRANULES DELAYED RELEASE FOR SUSP ^{MM}	3	QL(30 cada 30 días)
NEXIUM PACKET 20 MG GRANULES DELAYED RELEASE FOR SUSP ^{MM}	3	ST,QL(30 cada 30 días)
NEXIUM PACKET 40 MG GRANULES DELAYED RELEASE FOR SUSP ^{MM}	3	ST,QL(30 cada 30 días)
NEXIUM PACKET 5 MG GRANULES DELAYED RELEASE FOR SUSP ^{MM}	3	QL(30 cada 30 días)
NEXLETOL 180 MG TABLET ^{MM}	3	PA,QL(30 cada 30 días)
NEXLIZET 180 MG-10 MG TABLET ^{MM}	3	PA,QL(30 cada 30 días)
NEXPLANON 68 MG SUBDERMAL IMPLANT ^{SP,LD,DL}	*	
NEXTSTELLIS 3 MG-14.2 MG (28) TABLET ^{MM}	3	
niacin er 1,000 mg tablet ^{MM}	1	PA
niacin er 500 mg tablet ^{MM}	1	PA
niacin er 750 mg tablet ^{MM}	1	PA
niacor 500 mg tablet ^{MM}	1	PA
NIASPAN 1,000 MG TABLET,EXTENDED RELEASE ^{MM}	3	PA
NIASPAN 500 MG TABLET,EXTENDED RELEASE ^{MM}	3	PA
NIASPAN 750 MG TABLET,EXTENDED RELEASE ^{MM}	3	PA
nicardipine 20 mg capsule ^{MM}	1	
nicardipine 30 mg capsule ^{MM}	1	
nifedipine 10 mg capsule ^{MM}	1	
nifedipine 20 mg capsule ^{MM}	1	
nifedipine er 30 mg tablet ^{MM}	1	QL(60 cada 30 días)
nifedipine er 30 mg tablet ^{MM}	1	QL(60 cada 30 días)
nifedipine er 60 mg tablet ^{MM}	1	QL(60 cada 30 días)
nifedipine er 60 mg tablet ^{MM}	1	QL(60 cada 30 días)
nifedipine er 90 mg tablet ^{MM}	1	QL(60 cada 30 días)
nifedipine er 90 mg tablet ^{MM}	1	QL(60 cada 30 días)
nikki (28) 3 mg-0.02 mg tablet ^{MM}	1	
NILANDRON 150 MG TABLET ^{MM,SP,DL}	*	QL(60 cada 30 días)
nilutamide 150 mg tablet ^{MM,SP,DL}	*	QL(60 cada 30 días)
nimodipine 30 mg capsule ^{SP,DL}	*	
NINLARO 2.3 MG CAPSULE ^{MM,SP,LD,DL}	*	PA,QL(3 cada 28 días)
NINLARO 3 MG CAPSULE ^{MM,SP,LD,DL}	*	PA,QL(3 cada 28 días)
NINLARO 4 MG CAPSULE ^{MM,SP,LD,DL}	*	PA,QL(3 cada 28 días)
nisoldipine er 17 mg tablet ^{MM}	1	QL(30 cada 30 días)
nisoldipine er 20 mg tablet ^{MM}	1	QL(30 cada 30 días)
nisoldipine er 25.5 mg tablet ^{MM}	1	QL(60 cada 30 días)
nisoldipine er 30 mg tablet ^{MM}	1	QL(60 cada 30 días)
nisoldipine er 34 mg tablet ^{MM}	1	QL(30 cada 30 días)
nisoldipine er 40 mg tablet ^{MM}	1	QL(30 cada 30 días)
nisoldipine er 8.5 mg tablet ^{MM}	1	QL(30 cada 30 días)

ST - Terapia por fases • QL - Límite de cantidad • PA - Autorización previa

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DEL USO
nitazoxanide 500 mg tablet ^{SP,DL}	*	QL(40 cada 30 días)
nitisinone 10 mg capsule ^{MM,SP,DL}	*	PA,QL(60 cada 30 días)
nitisinone 2 mg capsule ^{MM,SP,DL}	*	PA,QL(300 cada 30 días)
nitisinone 5 mg capsule ^{MM,SP,DL}	*	PA,QL(120 cada 30 días)
NITRO-BID 2 % TRANSDERMAL OINTMENT ^{MM}	2	
NITRO-DUR 0.1 MG/HR TRANSDERMAL 24 HOUR PATCH ^{MM}	3	QL(30 cada 30 días)
NITRO-DUR 0.2 MG/HR TRANSDERMAL 24 HOUR PATCH ^{MM}	3	QL(30 cada 30 días)
NITRO-DUR 0.3 MG/HR TRANSDERMAL 24 HOUR PATCH ^{MM}	3	QL(30 cada 30 días)
NITRO-DUR 0.4 MG/HR TRANSDERMAL 24 HOUR PATCH ^{MM}	3	QL(60 cada 30 días)
NITRO-DUR 0.6 MG/HR TRANSDERMAL 24 HOUR PATCH ^{MM}	3	QL(30 cada 30 días)
NITRO-DUR 0.8 MG/HR TRANSDERMAL 24 HOUR PATCH ^{MM}	3	QL(30 cada 30 días)
nitro-time 2.5 mg capsule,extended release ^{MM}	1	
nitro-time 6.5 mg capsule,extended release ^{MM}	1	
nitro-time 9 mg capsule,extended release ^{MM}	1	
nitrofurantoin 25 mg/5 ml susp ^{DL}	1	QL(2400 cada 30 días)
nitrofurantoin mcr 100 mg cap	1	
nitrofurantoin mcr 25 mg cap	1	
nitrofurantoin mcr 50 mg cap	1	
nitrofurantoin mono-mcr 100 mg	1	
nitroglycerin 0.1 mg/hr patch ^{MM}	1	QL(30 cada 30 días)
nitroglycerin 0.2 mg/hr patch ^{MM}	1	QL(30 cada 30 días)
nitroglycerin 0.3 mg tablet sl ^{MM}	1	
nitroglycerin 0.4 mg tablet sl ^{MM}	1	
nitroglycerin 0.4 mg/hr patch ^{MM}	1	QL(60 cada 30 días)
nitroglycerin 0.6 mg tablet sl ^{MM}	1	
nitroglycerin 0.6 mg/hr patch ^{MM}	1	QL(30 cada 30 días)
nitroglycerin 400 mcg spray ^{MM}	1	
NITROLINGUAL 400 MCG/SPRAY ^{MM}	3	
NITROMIST 400 MCG/SPRAY TRANSLINGUAL AEROSOL ^{MM}	3	
NITROSTAT 0.3 MG SUBLINGUAL TABLET ^{MM}	3	
NITROSTAT 0.4 MG SUBLINGUAL TABLET ^{MM}	3	
NITROSTAT 0.6 MG SUBLINGUAL TABLET ^{MM}	3	
NITYR 10 MG TABLET ^{MM,SP,DL}	*	QL(60 cada 30 días)
NITYR 2 MG TABLET ^{MM,SP,DL}	*	QL(300 cada 30 días)
NITYR 5 MG TABLET ^{MM,SP,DL}	*	QL(120 cada 30 días)
NIVESTYM 300 MCG/0.5 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE ^{SP,DL}	*	PA,QL(7 cada 30 días)
NIVESTYM 300 MCG/ML INJECTION SOLUTION ^{SP,DL}	*	PA,QL(14 cada 30 días)
NIVESTYM 480 MCG/0.8 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE ^{SP,DL}	*	PA,QL(11.2 cada 30 días)
NIVESTYM 480 MCG/1.6 ML INJECTION SOLUTION ^{SP,DL}	*	PA,QL(22.4 cada 30 días)
nizatidine 15 mg/ml solution ^{MM}	1	
nizatidine 150 mg capsule ^{MM}	1	
nizatidine 300 mg capsule ^{MM}	1	
NOCDURNA (MEN) 55.3 MCG DISINTEGRATING TABLET,SUBLINGUAL ^{MM}	3	PA,QL(30 cada 30 días)
NOCDURNA (WOMEN) 27.7 MCG DISINTEGRATING TABLET,SUBLINGUAL ^{MM}	3	PA,QL(30 cada 30 días)
NOCTIVA 0.83 MCG/SPRAY (0.1 ML) NASAL SPRAY ^{MM}	3	PA,QL(3.8 cada 30 días)
NOCTIVA 1.66 MCG/SPRAY (0.1 ML) NASAL SPRAY ^{MM}	3	PA,QL(3.8 cada 30 días)
nolix 0.05 % lotion ^{SP,DL}	*	ST
nolix 0.05 % topical cream	1	ST
nora-be 0.35 mg tablet ^{MM}	1	
NORCO 10-325 TABLET ^{DL}	3	QL(360 cada 30 días)
NORCO 5-325 TABLET ^{DL}	3	QL(360 cada 30 días)
NORCO 7.5-325 TABLET ^{DL}	3	QL(360 cada 30 días)
NORDITROPIN FLEXPRO 10 MG/1.5 ML (6.7 MG/ML) SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR ^{MM,SP,DL}	*	PA,QL(10 cada 30 días)

ST - Terapia por fases • QL - Límite de cantidad • PA - Autorización previa

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DEL USO
NORDITROPIN FLEXPRO 15 MG/1.5 ML (10 MG/ML) SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR ^{MM,SP,DL}	*	PA,QL(10 cada 30 días)
NORDITROPIN FLEXPRO 30 MG/3 ML (10 MG/ML) SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR ^{MM,SP,DL}	*	PA,QL(10 cada 30 días)
NORDITROPIN FLEXPRO 5 MG/1.5 ML (3.3 MG/ML) SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR ^{MM,SP,DL}	*	PA,QL(10 cada 30 días)
noret-estr-fe 0.4-0.035(21)-75 ^{MM}	1	
noreth-ee-fe 1-0.02(21)-75 tab ^{MM}	1	
noreth-ee-fe 1-0.02(24)-75 cap ^{MM}	1	
noreth-ee-fe 1-0.02(24)-75 chw ^{MM}	1	
noreth-ee-fe 1.5-0.03mg(21)-75 ^{MM}	1	
norethin-ee 1.5-0.03 mg(21) tb ^{MM}	1	
norethin-estra-fe 0.8-0.025 mg ^{MM}	1	
norethin-eth estrad 1 mg-5 mcg ^{MM}	1	
norethind-eth estrad 0.5-2.5 ^{MM}	1	
norethind-eth estrad 1-0.02 mg ^{MM}	1	
norethindrone 0.35 mg tablet ^{MM}	1	
norethindrone 5 mg tablet ^{MM}	1	
norg-ee 0.18-0.215-0.25/0.025 ^{MM}	1	
norg-ee 0.18-0.215-0.25/0.035 ^{MM}	1	
norg-ethin estra 0.25-0.035 mg ^{MM}	1	
NORGESIC FORTE 50 MG-770 MG-60 MG TABLET ^{SP,DL}	*	PA,QL(120 cada 30 días)
NORITATE 1 % TOPICAL CREAM ^{SP,DL}	*	ST
NORLIQVA 1 MG/ML ORAL SOLUTION ^{MM,SP,DL}	*	ST,QL(300 cada 30 días)
norlyda 0.35 mg tablet ^{MM}	1	
NORM-JECT 10 ML SYRINGE	3	
NORM-JECT 20 ML SYRINGE	3	
NORM-JECT TUBERKULIN 1 ML SYRINGE	3	
NORPACE 100 MG CAPSULE ^{MM}	3	
NORPACE 150 MG CAPSULE ^{MM}	3	
NORPACE CR 100 MG CAPSULE,EXTENDED RELEASE ^{MM}	3	
NORPACE CR 150 MG CAPSULE,EXTENDED RELEASE ^{MM}	3	
NORPRAMIN 10 MG TABLET ^{MM}	3	
NORPRAMIN 25 MG TABLET ^{MM}	3	
NORTHERA 100 MG CAPSULE ^{MM,SP,DL}	*	PA,QL(90 cada 30 días)
NORTHERA 200 MG CAPSULE ^{MM,SP,DL}	*	PA,QL(90 cada 30 días)
NORTHERA 300 MG CAPSULE ^{MM,SP,DL}	*	PA,QL(180 cada 30 días)
nortrel 0.5/35 (28) 0.5 mg-35 mcg tablet ^{MM}	1	
nortrel 1/35 (21) 1 mg-35 mcg tablet ^{MM}	1	
nortrel 1/35 (28) 1 mg-35 mcg tablet ^{MM}	1	
nortrel 7/7/7 (28) 0.5 mg/0.75 mg/1 mg-35 mcg tablet ^{MM}	1	
nortriptyline 10 mg/5 ml soln ^{MM}	1	
nortriptyline hcl 10 mg cap ^{MM}	1	
nortriptyline hcl 25 mg cap ^{MM}	1	
nortriptyline hcl 50 mg cap ^{MM}	1	
nortriptyline hcl 75 mg cap ^{MM}	1	
NORVASC 10 MG TABLET ^{MM}	3	QL(30 cada 30 días)
NORVASC 2.5 MG TABLET ^{MM}	3	QL(30 cada 30 días)
NORVASC 5 MG TABLET ^{MM}	3	QL(30 cada 30 días)
NORVIR 100 MG ORAL POWDER PACKET ^{MM,SP}	*	QL(360 cada 30 días)
NORVIR 100 MG TABLET ^{MM}	3	QL(360 cada 30 días)
NORVIR 80 MG/ML ORAL SOLUTION ^{MM}	3	QL(480 cada 30 días)
NOURIANZ 20 MG TABLET ^{MM,SP,DL}	*	PA,QL(30 cada 30 días)
NOURIANZ 40 MG TABLET ^{MM,SP,DL}	*	PA,QL(30 cada 30 días)

ST - Terapia por fases • QL - Límite de cantidad • PA - Autorización previa

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DEL USO
NOVA MAX GLUCOSE CONTROL SOLUTION ^{MM}	3	
NOVA MAX GLUCOSE TEST STRIPS ^{MM}	3	ST,QL(150 cada 30 días)
NOVA MAX PLUS GLUCOSE-KETONE METER ^{MM}	3	ST
NOVA MAX PLUS GLUCOSE-KETONE METER KIT ^{MM}	3	ST
NOVA SAFETY LANCETS 23 GAUGE ^{MM}	3	
NOVA SAFETY LANCETS 28 GAUGE ^{MM}	3	
NOVA SUREFLEX LANCETS ^{MM}	2	
NOVAMAX PLUS GLU-KET SOLUTION ^{MM}	3	
NOVOFINE 32 32 GAUGE X 1/4" NEEDLE ^{MM}	2	
NOVOFINE AUTOCOVER 30 GAUGE X 1/3" NEEDLE ^{MM}	2	
NOVOFINE PLUS 32 GAUGE X 1/6" NEEDLE ^{MM}	2	
NOVOLIN 70-30 FLEXPEN U-100 INSULIN 100 UNIT/ML (70-30) SUBCUTANEOUS ^{MM}	2	
NOVOLIN 70/30 U-100 INSULIN 100 UNIT/ML SUBCUTANEOUS SUSPENSION ^{MM}	2	
NOVOLIN N FLEXPEN 100 UNIT/ML (3 ML) SUBCUTANEOUS INSULIN PEN ^{MM}	2	
NOVOLIN N NPH U-100 INSULIN ISOPHANE 100 UNIT/ML SUBCUTANEOUS SUSP ^{MM}	2	
NOVOLIN R FLEXPEN 100 UNIT/ML (3 ML) SUBCUTANEOUS INSULIN PEN ^{MM}	2	
NOVOLIN R REGULAR U-100 INSULIN 100 UNIT/ML INJECTION SOLUTION ^{MM}	2	
NOVOLOG FLEXPEN U-100 INSULIN ASPART 100 UNIT/ML (3 ML) SUBCUTANEOUS ^{MM}	2	
NOVOLOG MIX 70-30 FLEXPEN U-100 INSULIN 100 UNIT/ML SUBCUTANEOUS PEN ^{MM}	2	
NOVOLOG MIX 70-30 U-100 INSULIN 100 UNIT/ML SUBCUTANEOUS SOLUTION ^{MM}	2	
NOVOLOG PENFILL U-100 INSULIN ASPART 100 UNIT/ML SUBCUTANEOUS CARTRIDG ^{MM}	2	
NOVOLOG U-100 INSULIN ASPART 100 UNIT/ML SUBCUTANEOUS SOLUTION ^{MM}	2	
NOVOPEN ECHO SUBCUTANEOUS ^{MM}	3	
NOVOTWIST NEEDLE 32G 5MM ^{MM}	2	
NOXFIL 100 MG TABLET,DELAYED RELEASE ^{SP,DL}	*	PA,QL(93 cada 30 días)
NOXFIL 200 MG/5 ML (40 MG/ML) ORAL SUSPENSION ^{SP,DL}	*	PA,QL(840 cada 28 días)
np thyroid 120 mg tablet ^{MM}	1	
np thyroid 15 mg tablet ^{MM}	1	
np thyroid 30 mg tablet ^{MM}	1	
np thyroid 60 mg tablet ^{MM}	1	
np thyroid 90 mg tablet ^{MM}	1	
NUBEQA 300 MG TABLET ^{MM,SP,LD,DL}	*	PA,QL(120 cada 30 días)
NUCALA 100 MG/ML SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR ^{MM,SP,LD,DL}	*	PA,QL(3 cada 28 días)
NUCALA 100 MG/ML SUBCUTANEOUS SYRINGE ^{MM,SP,LD,DL}	*	PA,QL(3 cada 28 días)
NUCYNTA 100 MG TABLET ^{SP,DL}	*	ST,QL(180 cada 30 días)
NUCYNTA 50 MG TABLET ^{SP,DL}	*	ST,QL(180 cada 30 días)
NUCYNTA 75 MG TABLET ^{SP,DL}	*	ST,QL(180 cada 30 días)
NUCYNTA ER 100 MG TABLET,EXTENDED RELEASE ^{DL}	3	ST,QL(60 cada 30 días)
NUCYNTA ER 150 MG TABLET,EXTENDED RELEASE ^{DL}	3	ST,QL(60 cada 30 días)
NUCYNTA ER 200 MG TABLET,EXTENDED RELEASE ^{DL}	3	ST,QL(60 cada 30 días)
NUCYNTA ER 250 MG TABLET,EXTENDED RELEASE ^{DL}	3	ST,QL(60 cada 30 días)
NUCYNTA ER 50 MG TABLET,EXTENDED RELEASE ^{DL}	3	ST,QL(60 cada 30 días)
NUDEXTA 20 MG-10 MG CAPSULE ^{SP,DL}	*	PA,QL(60 cada 30 días)
nulev 0.125 mg disintegrating tablet ^{MM}	1	
NULYTELY SOLUTION	3	
NULYTELY WITH FLAVOR PACKS SOL	3	
NUPLAZID 10 MG TABLET ^{MM,SP,LD}	*	PA,QL(30 cada 30 días)
NUPLAZID 34 MG CAPSULE ^{MM,SP,LD}	*	PA,QL(30 cada 30 días)
NURTEC ODT 75 MG DISINTEGRATING TABLET ^{SP,DL}	*	PA,QL(18 cada 30 días)
NUTROPIN AQ NUSPIN 10 MG/2 ML (5 MG/ML) SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR ^{MM,SP,DL}	*	PA,QL(56 cada 30 días)

ST - Terapia por fases • QL - Límite de cantidad • PA - Autorización previa

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DEL USO
NUTROPIN AQ NUSPIN 20 MG/2 ML (10 MG/ML) SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR ^{MM,SP,DL}	*	PA,QL(28 cada 30 días)
NUTROPIN AQ NUSPIN 5 MG/2 ML (2.5 MG/ML) SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR ^{MM,SP,DL}	*	PA,QL(28 cada 30 días)
NUVARING 0.12 MG-0.015 MG/24 HR VAGINAL ^{MM}	3	ST,QL(1 cada 28 días)
NUVESSA 1.3 % VAGINAL GEL	3	
NUVIGIL 150 MG TABLET ^{MM}	3	PA,QL(30 cada 30 días)
NUVIGIL 200 MG TABLET ^{MM}	3	PA,QL(30 cada 30 días)
NUVIGIL 250 MG TABLET ^{MM}	3	PA,QL(30 cada 30 días)
NUVIGIL 50 MG TABLET ^{MM}	3	PA,QL(60 cada 30 días)
NUZYRA 150 MG TABLET	3	QL(30 cada 14 días)
nyamyc 100,000 unit/gram topical powder	1	PA
nylia 1/35 (28) 1 mg-35 mcg tablet ^{MM}	1	
nylia 7/7/7 (28) 0.5/0.75/1 mg-35 mcg tablet ^{MM}	1	
NYMALIZE 30 MG/5 ML ORAL SYRINGE (FOR ORAL USE ONLY) ^{SP,DL}	*	QL(630 cada 28 días)
NYMALIZE 60 MG/10 ML ORAL SOLUTION ^{SP,DL}	*	QL(1260 cada 28 días)
NYMALIZE 60 MG/10 ML ORAL SYRINGE (FOR ORAL USE ONLY) ^{SP,DL}	*	QL(1260 cada 28 días)
nymyo 0.25 mg-35 mcg tablet ^{MM}	1	
nystatin 100,000 unit/gm cream	1	
nystatin 100,000 unit/gm oint	1	
nystatin 100,000 unit/gm powd	1	PA
nystatin 100,000 unit/ml susp	1	
nystatin 500,000 unit oral tab	1	
nystatin-triamcinolone cream	1	
nystatin-triamcinolone ointm	1	
nystop 100,000 unit/gram topical powder	1	PA
NYVEPRIA 6 MG/0.6 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE ^{SP,DL}	*	PA,QL(1.2 cada 28 días)
O-CAL PRENATAL 15 MG IRON-1,000 MCG TABLET ^{MM}	2	
OB COMPLETE ONE 40 MG-10 MG-1 MG-300 MG CAPSULE ^{MM}	3	
OB COMPLETE PETITE 35 MG IRON-5 MG IRON-1 MG CAPSULE ^{MM}	3	
OB COMPLETE PREMIER 30 MG-20 MG-1 MG TABLET ^{MM}	3	
OB COMPLETE WITH DHA 30 MG IRON-10 MG IRON-1 MG CAPSULE ^{MM}	3	
OBREDON 2.5 MG-200 MG/5 ML ORAL SOLUTION	3	
OCALIVA 10 MG TABLET ^{MM,SP,DL}	*	PA,QL(30 cada 30 días)
OCALIVA 5 MG TABLET ^{MM,SP,DL}	*	PA,QL(30 cada 30 días)
ocella 3 mg-0.03 mg tablet ^{MM}	1	
octreotide 1,000 mcg/ml vial ^{MM}	1	PA
octreotide acet 0.05 mg/ml vl ^{MM}	1	PA
octreotide acet 100 mcg/ml syr ^{MM}	1	PA
octreotide acet 100 mcg/ml vl ^{MM}	1	PA
octreotide acet 200 mcg/ml vl ^{MM}	1	PA
octreotide acet 50 mcg/ml syr ^{MM}	1	PA
octreotide acet 500 mcg/ml syr ^{MM}	1	PA
octreotide acet 500 mcg/ml vl ^{MM}	1	PA
OCUFLOX 0.3 % EYE DROPS	3	
ODACTRA 12 SQ-HDM SUBLINGUAL TABLET ^{MM}	3	ST,QL(30 cada 30 días)
ODEFSEY 200 MG-25 MG-25 MG TABLET ^{MM,SP}	*	QL(30 cada 30 días)
ODOMZO 200 MG CAPSULE ^{MM,SP,LD,DL}	*	PA,QL(30 cada 30 días)
OFEV 100 MG CAPSULE ^{MM,SP,LD,DL}	*	PA,QL(60 cada 30 días)
OFEV 150 MG CAPSULE ^{MM,SP,LD,DL}	*	PA,QL(60 cada 30 días)
ofloxacin 0.3% ear drops	1	
ofloxacin 0.3% eye drops	1	
ofloxacin 300 mg tablet	1	
ofloxacin 400 mg tablet	1	
olanzapine 10 mg tablet ^{MM}	1	QL(30 cada 30 días)
olanzapine 10 mg vial	1	QL(60 cada 30 días)

ST - Terapia por fases • QL - Límite de cantidad • PA - Autorización previa

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DEL USO
olanzapine 15 mg tablet ^{MM}	1	QL(60 cada 30 días)
olanzapine 2.5 mg tablet ^{MM}	1	QL(30 cada 30 días)
olanzapine 20 mg tablet ^{MM}	1	QL(60 cada 30 días)
olanzapine 5 mg tablet ^{MM}	1	QL(30 cada 30 días)
olanzapine 7.5 mg tablet ^{MM}	1	QL(30 cada 30 días)
olanzapine odt 10 mg tablet ^{MM}	1	QL(30 cada 30 días)
olanzapine odt 15 mg tablet ^{MM}	1	QL(60 cada 30 días)
olanzapine odt 20 mg tablet ^{MM}	1	QL(60 cada 30 días)
olanzapine odt 5 mg tablet ^{MM}	1	QL(30 cada 30 días)
olanzapine-fluoxetine 12-25 mg ^{MM}	1	QL(30 cada 30 días)
olanzapine-fluoxetine 12-50 mg ^{MM}	1	QL(30 cada 30 días)
olanzapine-fluoxetine 3-25 mg ^{MM}	1	QL(30 cada 30 días)
olanzapine-fluoxetine 6-25 mg ^{MM}	1	QL(30 cada 30 días)
olanzapine-fluoxetine 6-50 mg ^{MM}	1	QL(30 cada 30 días)
olmesartan medoxomil 20 mg tab ^{MM}	1	QL(30 cada 30 días)
olmesartan medoxomil 40 mg tab ^{MM}	1	QL(30 cada 30 días)
olmesartan medoxomil 5 mg tab ^{MM}	1	QL(30 cada 30 días)
olmesartan-hctz 20-12.5 mg tab ^{MM}	1	QL(30 cada 30 días)
olmesartan-hctz 40-12.5 mg tab ^{MM}	1	QL(30 cada 30 días)
olmesartan-hctz 40-25 mg tab ^{MM}	1	QL(30 cada 30 días)
olmsrtn-amldpn-hctz 20-5-12.5 ^{MM}	1	ST,QL(30 cada 30 días)
olmsrtn-amldpn-hctz 40-10-12.5 ^{MM}	1	ST,QL(30 cada 30 días)
olmsrtn-amldpn-hctz 40-10-25mg ^{MM}	1	ST,QL(30 cada 30 días)
olmsrtn-amldpn-hctz 40-5-12.5 ^{MM}	1	ST,QL(30 cada 30 días)
olmsrtn-amldpn-hctz 40-5-25 mg ^{MM}	1	ST,QL(30 cada 30 días)
olopatadine 665 mcg nasal spry	1	ST,QL(30.5 cada 30 días)
olopatadine hcl 0.1% eye drops	1	
olopatadine hcl 0.2% eye drop	1	
OLUMIANT 1 MG TABLET ^{MM,SP,LD,DL}	*	PA,QL(30 cada 30 días)
OLUMIANT 2 MG TABLET ^{MM,SP,LD,DL}	*	PA,QL(30 cada 30 días)
OLUX 0.05 % TOPICAL FOAM	3	ST
OLUX-E 0.05 % TOPICAL FOAM	3	ST
OMECLAMOX-PAK 20 MG-500 MG-500 MG (40) ORAL PACK ^{SP,DL}	*	
omega-3 ethyl esters 1 gm cap ^{MM}	1	QL(120 cada 30 días)
omeprazole dr 10 mg capsule ^{MM}	1	QL(60 cada 30 días)
omeprazole dr 20 mg capsule ^{MM}	1	QL(60 cada 30 días)
omeprazole dr 40 mg capsule ^{MM}	1	QL(60 cada 30 días)
omeprazole-bicarb 20-1,100 cap ^{MM}	1	ST,QL(30 cada 30 días)
omeprazole-bicarb 20-1,680 pkt ^{MM,SP,DL}	*	ST,QL(30 cada 30 días)
omeprazole-bicarb 40-1,100 cap ^{MM}	1	ST,QL(30 cada 30 días)
omeprazole-bicarb 40-1,680 pkt ^{MM,SP,DL}	*	ST,QL(30 cada 30 días)
OMNARIS 50 MCG NASAL SPRAY ^{MM}	3	ST,QL(12.5 cada 30 días)
OMNIPOD 5 G6 INTRO KIT (GEN 5) SUBCUTANEOUS CARTRIDGE WITH CONTROLLER	2	
OMNIPOD 5 G6 PODS (GEN 5) SUBCUTANEOUS CARTRIDGE ^{MM}	2	
OMNIPOD CLASSIC PDM KIT(GEN 3) ^{MM}	2	
OMNIPOD CLASSIC PODS (GEN 3) SUBCUTANEOUS CARTRIDGE ^{MM}	2	
OMNIPOD DASH INTRO KIT (GEN 4) SUBCUTANEOUS CARTRIDGE WITH CONTROLLER	2	
OMNIPOD DASH PDM KIT (GEN 4) ^{MM}	2	
OMNIPOD DASH PODS (GEN 4) SUBCUTANEOUS CARTRIDGE ^{MM}	2	
OMNITROPE 10 MG/1.5 ML (6.7 MG/ML) SUBCUTANEOUS CARTRIDGE ^{MM,SP,DL}	*	PA,QL(12 cada 28 días)
OMNITROPE 5 MG/1.5 ML (3.3 MG/ML) SUBCUTANEOUS CARTRIDGE ^{MM,SP,DL}	*	PA,QL(24 cada 28 días)
OMNITROPE 5.8 MG SUBCUTANEOUS SOLUTION ^{MM,SP,DL}	*	PA,QL(8 cada 28 días)
ON CALL EXPRESS CONTROL SOLUTION ^{MM}	3	
ON CALL EXPRESS METER ^{MM}	3	ST

ST - Terapia por fases • QL - Límite de cantidad • PA - Autorización previa

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DEL USO
ON CALL EXPRESS METER KIT ^{MM}	3	ST
ON CALL EXPRESS TEST STRIP ^{MM}	3	ST,QL(150 cada 30 días)
ON CALL LANCET 30 GAUGE ^{MM}	3	
ON CALL LANCING DEVICE	3	
ON CALL PLUS CONTROL SOLUTION ^{MM}	3	
ON CALL PLUS LANCET 30 GAUGE ^{MM}	3	
ON CALL PLUS LANCING DEVICE	3	
ON CALL PLUS METER ^{MM}	3	ST
ON CALL PLUS METER KIT ^{MM}	3	ST
ON CALL PLUS TEST STRIP ^{MM}	3	ST,QL(150 cada 30 días)
ON CALL VIVID CONTROL SOLUTION ^{MM}	3	
ON CALL VIVID METER ^{MM}	3	ST
ON CALL VIVID METER KIT ^{MM}	3	ST
ON CALL VIVID PAL BLOOD GLUCOSE METER ^{MM}	3	ST
ON CALL VIVID PAL BLOOD GLUCOSE METER KIT ^{MM}	3	ST
ON CALL VIVID TEST STRIP ^{MM}	3	ST,QL(150 cada 30 días)
ON-GO COVID-19 AG AT HOME TEST KIT	3	
ON-THE-GO LANCETS 30 GAUGE ^{MM}	2	
ondansetron 4 mg/5 ml solution	1	QL(450 cada 30 días)
ondansetron hcl 4 mg tablet	1	QL(90 cada 30 días)
ondansetron hcl 8 mg tablet	1	QL(90 cada 30 días)
ondansetron odt 4 mg tablet	1	QL(90 cada 30 días)
ondansetron odt 8 mg tablet	1	QL(90 cada 30 días)
ONETOUCH DELICA LANCETS 30 GAUGE ^{MM}	3	
ONETOUCH DELICA LANCETS 33 GAUGE ^{MM}	3	
ONETOUCH DELICA LANCING DEVICE KIT ^{MM}	3	
ONETOUCH DELICA PLUS LANCET 30 GAUGE ^{MM}	2	
ONETOUCH DELICA PLUS LANCET 33 GAUGE ^{MM}	2	
ONETOUCH DELICA PLUS LANCING DEVICE KIT ^{MM}	3	
ONETOUCH DELICA SAFETY LANCET 30 GAUGE ^{MM}	2	
ONETOUCH SOLUTIONS STARTER KIT ^{MM}	3	ST
ONETOUCH SURESOFT LANCING DEVICES 18 GAUGE ^{MM}	3	
ONETOUCH SURESOFT LANCING DEVICES 21 GAUGE ^{MM}	3	
ONETOUCH SURESOFT LANCING DEVICES 28 GAUGE ^{MM}	3	
ONETOUCH ULTRA CONTROL SOLUTION ^{MM}	3	
ONETOUCH ULTRA TEST STRIPS ^{MM}	3	ST,QL(150 cada 30 días)
ONETOUCH ULTRA2 METER ^{MM}	3	ST
ONETOUCH ULTRA2 METER KIT ^{MM}	3	ST
ONETOUCH ULTRAMINI KIT ^{MM}	3	ST
ONETOUCH ULTRASOFT LANCETS ^{MM}	2	
ONETOUCH VERIO FLEX METER ^{MM}	3	ST
ONETOUCH VERIO FLEX START KIT ^{MM}	3	ST
ONETOUCH VERIO HIGH CONTROL SOLUTION ^{MM}	3	
ONETOUCH VERIO IQ METER ^{MM}	3	ST
ONETOUCH VERIO IQ METER KIT ^{MM}	3	ST
ONETOUCH VERIO METER ^{MM}	3	ST
ONETOUCH VERIO MID CONTROL SOLUTION ^{MM}	3	
ONETOUCH VERIO REFLECT METER ^{MM}	3	ST
ONETOUCH VERIO REFLECT START KIT ^{MM}	3	ST
ONETOUCH VERIO TEST STRIPS ^{MM}	3	ST,QL(150 cada 30 días)
ONEXTON 1.2 % (1 % BASE)-3.75 % TOPICAL GEL ^{SP,DL}	*	ST
ONEXTON 1.2 % (1 % BASE)-3.75 % TOPICAL GEL WITH PUMP ^{SP,DL}	*	ST
ONFI 10 MG TABLET ^{MM,DL}	3	PA,QL(60 cada 30 días)
ONFI 2.5 MG/ML ORAL SUSPENSION ^{MM,DL}	3	PA,QL(480 cada 30 días)
ONFI 20 MG TABLET ^{MM,DL}	3	PA,QL(60 cada 30 días)

ST - Terapia por fases • QL - Límite de cantidad • PA - Autorización previa

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DEL USO
ONGENTYS 25 MG CAPSULE ^{MM}	3	PA,QL(30 cada 30 días)
ONGENTYS 50 MG CAPSULE ^{MM}	3	PA,QL(30 cada 30 días)
ONGLYZA 2.5 MG TABLET ^{MM}	3	PA,QL(30 cada 30 días)
ONGLYZA 5 MG TABLET ^{MM}	3	PA,QL(30 cada 30 días)
ONUREG 200 MG TABLET ^{MM,SP,DL}	*	PA,QL(14 cada 28 días)
ONUREG 300 MG TABLET ^{MM,SP,DL}	*	PA,QL(14 cada 28 días)
ONZETRA XSAIL 11 MG POWDER FOR NASAL INHALATION ^{SP,DL}	*	ST,QL(16 cada 30 días)
opium tincture 10 mg/ml	1	QL(180 cada 30 días)
OPSUMIT 10 MG TABLET ^{MM,SP,LD,DL}	*	PA,QL(30 cada 30 días)
OPTICHAMBER ADULT MASK-LARGE	3	
OPTICHAMBER DIAMOND VHC SPACER	3	
OPTICHAMBER DIAMOND VHC WITH LARGE MASK	2	
OPTICHAMBER DIAMOND VHC WITH MEDIUM MASK	2	
OPTICHAMBER DIAMOND VHC WITH SMALL MASK	2	
option-2 1.5 mg tablet	1	
OPTIUM EZ STRIPS ^{MM}	3	ST,QL(150 cada 30 días)
OPTIUM TEST STRIPS ^{MM}	3	ST,QL(150 cada 30 días)
OPTUMRX KIT ^{MM}	3	ST
OPTUMRX METER ^{MM}	3	ST
OPTUMRX SOLUTION ^{MM}	3	
OPTUMRX STRIPS ^{MM}	3	ST,QL(150 cada 30 días)
OPZELURA 1.5 % TOPICAL CREAM ^{SP,DL}	*	PA,QL(240 cada 28 días)
ORACEA 40 MG CAPSULE,IMMEDIATE - DELAY RELEASE ^{SP,DL}	*	ST,QL(30 cada 30 días)
oralone 0.1 % dental paste	1	
ORAPRED ODT 10 MG DISINTEGRATING TABLET	3	
ORAPRED ODT 15 MG DISINTEGRATING TABLET	3	
ORAPRED ODT 30 MG DISINTEGRATING TABLET	3	
ORAVIG 50 MG BUCCAL TABLET ^{SP,DL}	*	QL(14 cada 30 días)
ORENCIA 125 MG/ML SUBCUTANEOUS SYRINGE ^{MM,SP,DL}	*	PA,QL(4 cada 28 días)
ORENCIA 50 MG/0.4 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE ^{MM,SP,DL}	*	PA,QL(1.6 cada 28 días)
ORENCIA 87.5 MG/0.7 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE ^{MM,SP,DL}	*	PA,QL(2.8 cada 28 días)
ORENCIA CLICKJECT 125 MG/ML SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR ^{MM,SP,DL}	*	PA,QL(4 cada 28 días)
ORENITRAM 0.125 MG TABLET,EXTENDED RELEASE ^{MM,SP,DL}	*	PA,QL(1000 cada 30 días)
ORENITRAM 0.25 MG TABLET,EXTENDED RELEASE ^{MM,SP,DL}	*	PA,QL(500 cada 30 días)
ORENITRAM 1 MG TABLET,EXTENDED RELEASE ^{MM,SP,DL}	*	PA,QL(720 cada 30 días)
ORENITRAM 2.5 MG TABLET,EXTENDED RELEASE ^{MM,SP,DL}	*	PA,QL(300 cada 30 días)
ORENITRAM 5 MG TABLET, EXTENDED RELEASE ^{MM,SP,DL}	*	PA,QL(150 cada 30 días)
ORFADIN 10 MG CAPSULE ^{MM,SP,DL}	*	PA,QL(60 cada 30 días)
ORFADIN 2 MG CAPSULE ^{MM,SP,DL}	*	PA,QL(300 cada 30 días)
ORFADIN 20 MG CAPSULE ^{MM,SP,DL}	*	PA,QL(30 cada 30 días)
ORFADIN 4 MG/ML ORAL SUSPENSION ^{MM,SP,DL}	*	PA,QL(150 cada 30 días)
ORFADIN 5 MG CAPSULE ^{MM,SP,DL}	*	PA,QL(120 cada 30 días)
ORGOVYX 120 MG TABLET ^{MM,SP,DL}	*	PA,QL(32 cada 30 días)
ORIAHNN 300-1-0.5 MG(AM)/300 MG(PM) CAPSULES ^{MM}	2	ST,QL(56 cada 28 días)
ORLISSA 150 MG TABLET ^{MM}	2	ST,QL(28 cada 28 días)
ORLISSA 200 MG TABLET	2	ST,QL(56 cada 28 días)
ORKAMBI 100 MG-125 MG ORAL GRANULES IN PACKET ^{MM,SP,DL}	*	PA,QL(56 cada 28 días)
ORKAMBI 100 MG-125 MG TABLET ^{MM,SP,DL}	*	PA,QL(112 cada 28 días)
ORKAMBI 150 MG-188 MG ORAL GRANULES IN PACKET ^{MM,SP,DL}	*	PA,QL(56 cada 28 días)
ORKAMBI 200 MG-125 MG TABLET ^{MM,SP,DL}	*	PA,QL(112 cada 28 días)
ORLADEYO 110 MG CAPSULE ^{MM,SP,DL}	*	PA,QL(28 cada 28 días)
ORLADEYO 150 MG CAPSULE ^{MM,SP,DL}	*	PA,QL(28 cada 28 días)
orphenad-asa-caff 50-770-60 mg ^{SP,DL}	*	PA,QL(120 cada 30 días)
orphenadrine er 100 mg tablet	1	
orphenadrn-asa-caf 25-385-30mg ^{SP,DL}	*	PA,QL(240 cada 30 días)

ST - Terapia por fases • QL - Límite de cantidad • PA - Autorización previa

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DEL USO
orphengesic forte 50 mg-770 mg-60 mg tablet ^{SP,DL}	*	PA,QL(120 cada 30 días)
orsythia 0.1 mg-20 mcg tablet ^{MM}	1	
ORTHO MICRONOR 0.35 MG TABLET ^{MM}	3	
ORTHO TRI-CYCLEN (28) 0.18 MG(7)/0.215 MG(7)/0.25 MG(7)-35 MCG TABLET ^{MM}	3	
ORTHO-NOVUM 7/7/7 (28) 0.5 MG/0.75 MG/1 MG-35 MCG TABLET ^{MM}	3	
ORTIKOS 6 MG CAPSULE,EXTENDED RELEASE ^{SP,DL}	*	PA,QL(30 cada 30 días)
ORTIKOS 9 MG CAPSULE,EXTENDED RELEASE ^{SP,DL}	*	PA,QL(30 cada 30 días)
oscimin 0.125 mg tablet ^{MM}	1	
oscimin sl 0.125 mg sublingual tablet ^{MM}	1	
oscimin sr 0.375 mg tablet ^{MM}	1	
oseltamivir 6 mg/ml suspension	1	QL(1440 cada 365 días)
oseltamivir phos 30 mg capsule	1	QL(224 cada 365 días)
oseltamivir phos 45 mg capsule	1	QL(112 cada 365 días)
oseltamivir phos 75 mg capsule	1	QL(112 cada 365 días)
OSENI 12.5 MG-15 MG TABLET ^{MM}	3	PA,QL(30 cada 30 días)
OSENI 12.5 MG-30 MG TABLET ^{MM}	3	PA,QL(30 cada 30 días)
OSENI 12.5 MG-45 MG TABLET ^{MM}	3	PA,QL(30 cada 30 días)
OSENI 25 MG-15 MG TABLET ^{MM}	3	PA,QL(30 cada 30 días)
OSENI 25 MG-30 MG TABLET ^{MM}	3	PA,QL(30 cada 30 días)
OSENI 25 MG-45 MG TABLET ^{MM}	3	PA,QL(30 cada 30 días)
OSMOLEX ER 129 MG TABLET, EXTENDED RELEASE ^{MM}	3	PA,QL(30 cada 30 días)
OSMOLEX ER 193 MG TABLET, EXTENDED RELEASE ^{MM}	3	PA,QL(30 cada 30 días)
OSMOLEX ER 258 MG TABLET, EXTENDED RELEASE ^{MM}	3	PA,QL(30 cada 30 días)
OSMOLEX ER 322 MG/DAY (129 MG AND 193 MG) TABLET, EXTENDED RELEASE ^{MM}	3	PA,QL(60 cada 30 días)
OSMOPREP 1.5 GRAM (1.102-0.398) TABLET	3	ST
OTEZLA 30 MG TABLET ^{MM,SP,DL}	*	PA,QL(60 cada 30 días)
OTEZLA STARTER 10 MG (4)-20 MG (4)-30 MG(19) TABLETS IN A DOSE PACK ^{SP,DL}	*	PA,QL(27 cada 30 días)
OTEZLA STARTER 10 MG (4)-20 MG (4)-30 MG(47) TABLETS IN A DOSE PACK ^{SP,DL}	*	PA,QL(55 cada 28 días)
OTIPRIO 6 % (6 MG/0.1 ML) INTRATYMPANIC SUSPENSION	3	
OTOVEL 0.3 %-0.025 % (0.25 ML) EAR SOLUTION	3	ST
OTREXUP (PF) 10 MG/0.4 ML SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR ^{MM}	3	PA,QL(1.6 cada 28 días)
OTREXUP (PF) 12.5 MG/0.4 ML SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR ^{MM}	3	PA,QL(1.6 cada 28 días)
OTREXUP (PF) 15 MG/0.4 ML SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR ^{MM}	3	PA,QL(1.6 cada 28 días)
OTREXUP (PF) 17.5 MG/0.4 ML SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR ^{MM}	3	PA,QL(1.6 cada 28 días)
OTREXUP (PF) 20 MG/0.4 ML SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR ^{MM}	3	PA,QL(1.6 cada 28 días)
OTREXUP (PF) 22.5 MG/0.4 ML SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR ^{MM}	3	PA,QL(1.6 cada 28 días)
OTREXUP (PF) 25 MG/0.4 ML SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR ^{MM}	3	PA,QL(1.6 cada 28 días)
OVIDE 0.5 % LOTION	3	
OXANDRIN 10 MG TABLET ^{MM}	3	PA,QL(60 cada 30 días)
OXANDRIN 2.5 MG TABLET ^{MM}	3	PA,QL(120 cada 30 días)
oxandrolone 10 mg tablet ^{MM}	1	PA,QL(60 cada 30 días)
oxandrolone 2.5 mg tablet ^{MM}	1	PA,QL(120 cada 30 días)
oxaprozin 600 mg tablet	1	
OXAYDO 5 MG TABLET,ORAL ONLY (NOT FEEDING TUBES) ^{SP,DL}	*	PA,QL(360 cada 30 días)
OXAYDO 7.5 MG TABLET,ORAL ONLY (NOT FOR FEEDING TUBES) ^{SP,DL}	*	PA,QL(360 cada 30 días)
oxazepam 10 mg capsule ^{DL}	1	
oxazepam 15 mg capsule ^{DL}	1	
oxazepam 30 mg capsule ^{DL}	1	
OXBRYTA 300 MG TABLET FOR ORAL SUSPENSION ^{MM,SP,DL}	*	PA,QL(150 cada 30 días)
OXBRYTA 500 MG TABLET ^{MM,SP,DL}	*	PA,QL(90 cada 30 días)
oxcarbazepine 150 mg tablet ^{MM}	1	
oxcarbazepine 300 mg tablet ^{MM}	1	
oxcarbazepine 300 mg/5 ml susp ^{MM}	1	
oxcarbazepine 600 mg tablet ^{MM}	1	
OXERVATE 0.002 % EYE DROPS ^{SP,DL}	*	PA,QL(112 cada 365 días)

ST - Terapia por fases • QL - Límite de cantidad • PA - Autorización previa

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DEL USO
oxiconazole nitrate 1% cream	1	PA
OXISTAT 1 % LOTION	3	PA
OXISTAT 1 % TOPICAL CREAM	3	PA
OXSORALEN-ULTRA 10 MG CAP ^{SP,DL}	*	
OXTELLAR XR 150 MG TABLET,EXTENDED RELEASE ^{MM,SP,DL}	*	ST,QL(60 cada 30 días)
OXTELLAR XR 300 MG TABLET,EXTENDED RELEASE ^{MM,SP,DL}	*	ST,QL(90 cada 30 días)
OXTELLAR XR 600 MG TABLET,EXTENDED RELEASE ^{MM,SP,DL}	*	ST,QL(120 cada 30 días)
oxybutynin 5 mg tablet ^{MM}	1	
oxybutynin 5 mg/5 ml syrup ^{MM}	1	
oxybutynin cl er 10 mg tablet ^{MM}	1	QL(60 cada 30 días)
oxybutynin cl er 15 mg tablet ^{MM}	1	QL(60 cada 30 días)
oxybutynin cl er 5 mg tablet ^{MM}	1	QL(60 cada 30 días)
oxycodon-acetaminophen 7.5-300 ^{SP,DL}	*	QL(390 cada 30 días)
oxycodone hcl (ir) 10 mg tab ^{DL}	1	QL(360 cada 30 días)
oxycodone hcl (ir) 15 mg tab ^{DL}	1	QL(360 cada 30 días)
oxycodone hcl (ir) 20 mg tab ^{DL}	1	QL(360 cada 30 días)
oxycodone hcl (ir) 30 mg tab ^{DL}	1	QL(360 cada 30 días)
oxycodone hcl (ir) 5 mg cap ^{DL}	1	QL(360 cada 30 días)
oxycodone hcl (ir) 5 mg tablet ^{DL}	1	QL(360 cada 30 días)
oxycodone hcl 100 mg/5 ml conc ^{DL}	1	QL(270 cada 30 días)
oxycodone hcl 5 mg/5 ml soln ^{DL}	1	QL(5400 cada 30 días)
oxycodone hcl er 10 mg tablet ^{DL}	1	PA,QL(90 cada 30 días)
oxycodone hcl er 15 mg tablet ^{DL}	1	PA,QL(90 cada 30 días)
oxycodone hcl er 20 mg tablet ^{DL}	1	PA,QL(90 cada 30 días)
oxycodone hcl er 30 mg tablet ^{DL}	1	PA,QL(90 cada 30 días)
oxycodone hcl er 40 mg tablet ^{DL}	1	PA,QL(90 cada 30 días)
oxycodone hcl er 60 mg tablet ^{DL}	1	PA,QL(90 cada 30 días)
oxycodone hcl er 80 mg tablet ^{DL}	1	PA,QL(120 cada 30 días)
oxycodone-acetaminoph 10-300/5 ^{SP,DL}	*	QL(900 cada 30 días)
oxycodone-acetaminophen 10-300 ^{SP,DL}	*	QL(390 cada 30 días)
oxycodone-acetaminophen 10-325 ^{DL}	1	QL(360 cada 30 días)
oxycodone-acetaminophen 5-300 ^{SP,DL}	*	QL(390 cada 30 días)
oxycodone-acetaminophen 5-325 ^{DL}	1	QL(360 cada 30 días)
oxycodone-acetaminophn 2.5-300 ^{SP,DL}	*	PA,QL(360 cada 30 días)
oxycodone-acetaminophn 2.5-325 ^{DL}	1	QL(360 cada 30 días)
oxycodone-acetaminophn 5-325/5 ^{DL}	3	QL(1800 cada 30 días)
oxycodone-acetaminophn 7.5-325 ^{DL}	1	QL(360 cada 30 días)
oxycodone-aspirin 4.8355-325 ^{DL}	1	QL(360 cada 30 días)
OXYCONTIN 10 MG TABLET,CRUSH RESISTANT,EXTENDED RELEASE ^{DL}	3	PA,QL(90 cada 30 días)
OXYCONTIN 15 MG TABLET,CRUSH RESISTANT,EXTENDED RELEASE ^{DL}	3	PA,QL(90 cada 30 días)
OXYCONTIN 20 MG TABLET,CRUSH RESISTANT,EXTENDED RELEASE ^{DL}	3	PA,QL(90 cada 30 días)
OXYCONTIN 30 MG TABLET,CRUSH RESISTANT,EXTENDED RELEASE ^{DL}	3	PA,QL(90 cada 30 días)
OXYCONTIN 40 MG TABLET,CRUSH RESISTANT,EXTENDED RELEASE ^{DL}	3	PA,QL(90 cada 30 días)
OXYCONTIN 60 MG TABLET,CRUSH RESISTANT,EXTENDED RELEASE ^{DL}	3	PA,QL(90 cada 30 días)
OXYCONTIN 80 MG TABLET,CRUSH RESISTANT,EXTENDED RELEASE ^{DL}	3	PA,QL(120 cada 30 días)
oxymorphone hcl 10 mg tablet ^{DL}	1	QL(360 cada 30 días)
oxymorphone hcl 5 mg tablet ^{DL}	1	QL(360 cada 30 días)
oxymorphone hcl er 10 mg tab ^{DL}	1	ST,QL(60 cada 30 días)
oxymorphone hcl er 15 mg tab ^{DL}	1	ST,QL(60 cada 30 días)
oxymorphone hcl er 20 mg tab ^{DL}	1	ST,QL(60 cada 30 días)
oxymorphone hcl er 30 mg tab ^{DL}	1	ST,QL(60 cada 30 días)
oxymorphone hcl er 40 mg tab ^{DL}	1	ST,QL(60 cada 30 días)
oxymorphone hcl er 5 mg tablet ^{DL}	1	ST,QL(60 cada 30 días)
oxymorphone hcl er 7.5 mg tab ^{DL}	1	ST,QL(60 cada 30 días)

ST - Terapia por fases • QL - Límite de cantidad • PA - Autorización previa

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DEL USO
OXYTROL 3.9 MG/24 HR TRANSDERMAL PATCH ^{MM}	3	ST,QL(8 cada 28 días)
OZEMPIC 0.25 MG OR 0.5 MG (2 MG/1.5 ML) SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR ^{MM}	2	QL(1.5 cada 28 días)
OZEMPIC 1 MG/DOSE (2 MG/1.5ML) ^{MM}	2	QL(3 cada 28 días)
OZEMPIC 1 MG/DOSE (4 MG/3 ML) SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR ^{MM}	2	QL(3 cada 28 días)
OZEMPIC 2 MG/DOSE (8 MG/3 ML) SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR ^{MM}	2	QL(3 cada 28 días)
OZOBAX 5 MG/5 ML ORAL SOLUTION ^{MM,SP,DL}	*	PA,QL(2400 cada 30 días)
PACERONE 100 MG TABLET ^{MM}	3	
pacerone 200 mg tablet ^{MM}	1	
PACERONE 400 MG TABLET ^{MM}	3	
PALFORZIA (LEVEL 1) 3 MG (1 MG X 3) SPRINKLE CAPSULE ^{MM,SP,DL}	*	PA,QL(90 cada 30 días)
PALFORZIA (LEVEL 2) 6 MG (1 MG X 6) SPRINKLE CAPSULE ^{MM,SP,DL}	*	PA,QL(180 cada 30 días)
PALFORZIA (LEVEL 3) 12 MG (1 MG X 2, 10 MG X 1) SPRINKLE CAPSULE ^{MM,SP,DL}	*	PA,QL(90 cada 30 días)
PALFORZIA (LEVEL 4) 20 MG SPRINKLE CAPSULE ^{MM,SP,DL}	*	PA,QL(30 cada 30 días)
PALFORZIA (LEVEL 5) 40 MG (20 MG X 2) SPRINKLE CAPSULE ^{MM,SP,DL}	*	PA,QL(60 cada 30 días)
PALFORZIA (LEVEL 6) 80 MG (20 MG X 4) SPRINKLE CAPSULE ^{MM,SP,DL}	*	PA,QL(120 cada 30 días)
PALFORZIA (LEVEL 7) 120 MG (20 MG X 1, 100 MG X 1) SPRINKLE CAPSULE ^{MM,SP,DL}	*	PA,QL(60 cada 30 días)
PALFORZIA (LEVEL 8) 160 MG (20 MG X 3, 100 MG X 1) SPRINKLE CAPSULE ^{MM,SP,DL}	*	PA,QL(120 cada 30 días)
PALFORZIA (LEVEL 9) 200 MG (100 MG X 2) SPRINKLE CAPSULE ^{MM,SP,DL}	*	PA,QL(60 cada 30 días)
PALFORZIA (LEVEL 10) 240 MG(20 MG X 2, 100 MG X 2) SPRINKLE CAPSULE ^{MM,SP,DL}	*	PA,QL(120 cada 30 días)
PALFORZIA (LEVEL 11 MAINTENANCE) 300 MG ORAL POWDER PACKET ^{MM,SP,DL}	*	PA,QL(30 cada 30 días)
PALFORZIA (LEVEL 11 UP-DOSE) 300 MG ORAL POWDER PACKET ^{MM,SP,DL}	*	PA,QL(30 cada 30 días)
PALFORZIA INITIAL DOSE 0.5 MG/1 MG/1.5 MG/3 MG/6 MG SPRINKLE CAPSULE ^{SP,DL}	*	PA,QL(13 cada 5 días)
paliperidone er 1.5 mg tablet ^{MM}	1	QL(30 cada 30 días)
paliperidone er 3 mg tablet ^{MM}	1	QL(30 cada 30 días)
paliperidone er 6 mg tablet ^{MM}	1	QL(60 cada 30 días)
paliperidone er 9 mg tablet ^{MM}	1	QL(30 cada 30 días)
PALYNZIQ 10 MG/0.5 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE ^{MM,SP,DL}	*	PA,QL(15 cada 30 días)
PALYNZIQ 2.5 MG/0.5 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE ^{SP,DL}	*	PA,QL(4 cada 28 días)
PALYNZIQ 20 MG/ML SUBCUTANEOUS SYRINGE ^{MM,SP,DL}	*	PA,QL(90 cada 30 días)
PAMELOR 10 MG CAPSULE ^{MM}	3	
PAMELOR 25 MG CAPSULE ^{MM}	3	
PAMELOR 50 MG CAPSULE ^{MM}	3	
PAMELOR 75 MG CAPSULE ^{MM}	3	
PANCREAZE 10,500 UNIT-35,500 UNIT-61,500 UNIT CAPSULE,DELAYED RELEASE ^{MM}	3	ST
PANCREAZE 16,800 UNIT-56,800 UNIT-98,400 UNIT CAPSULE,DELAYED RELEASE ^{MM}	3	ST
PANCREAZE 2,600 UNIT-8,800 UNIT-15,200 UNIT CAPSULE,DELAYED RELEASE ^{MM}	3	ST
PANCREAZE 21,000 UNIT-54,700 UNIT-83,900 UNIT CAPSULE,DELAYED RELEASE ^{MM}	3	ST
PANCREAZE 37,000-97,300-149,900 UNIT CAPSULE,DELAYED RELEASE ^{MM}	3	ST
PANCREAZE 4,200 UNIT-14,200 UNIT-24,600 UNIT CAPSULE,DELAYED RELEASE ^{MM}	3	ST
PANDEL 0.1 % TOPICAL CREAM ^{SP,DL}	*	
PANRETIN 0.1 % TOPICAL GEL ^{SP,DL}	*	PA
pantoprazole 40 mg suspension ^{MM}	1	ST,QL(30 cada 30 días)
pantoprazole sod dr 20 mg tab ^{MM}	1	QL(60 cada 30 días)
pantoprazole sod dr 40 mg tab ^{MM}	1	QL(60 cada 30 días)
PARADIGM RESERVOIR 1.8 ML ^{MM}	3	
PARADIGM RESERVOIR 3 ML ^{MM}	3	
PARAGARD T 380A 380 SQUARE MM INTRAUTERINE DEVICE ^{MM,SP,DL}	*	
PAREMYD 1 %-0.25 % EYE DROPS	3	
paricalcitol 1 mcg capsule ^{MM}	1	QL(30 cada 30 días)
paricalcitol 2 mcg capsule ^{MM}	1	QL(30 cada 30 días)
paricalcitol 4 mcg capsule ^{MM}	1	QL(12 cada 30 días)

ST - Terapia por fases • QL - Límite de cantidad • PA - Autorización previa

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DEL USO
PARLODEL 2.5 MG TABLET ^{MM}	3	
PARLODEL 5 MG CAPSULE ^{MM}	3	
PARNATE 10 MG TABLET ^{MM}	3	QL(270 cada 30 días)
paroex oral rinse 0.12 % mouthwash	1	
paromomycin 250 mg capsule	1	
paroxetine er 12.5 mg tablet ^{MM}	1	ST,QL(60 cada 30 días)
paroxetine er 25 mg tablet ^{MM}	1	ST,QL(90 cada 30 días)
paroxetine er 37.5 mg tablet ^{MM}	1	ST,QL(60 cada 30 días)
paroxetine hcl 10 mg tablet ^{MM}	1	QL(30 cada 30 días)
paroxetine hcl 10 mg/5 ml susp ^{MM}	1	ST
paroxetine hcl 20 mg tablet ^{MM}	1	QL(30 cada 30 días)
paroxetine hcl 30 mg tablet ^{MM}	1	QL(60 cada 30 días)
paroxetine hcl 40 mg tablet ^{MM}	1	QL(60 cada 30 días)
paroxetine mesylate 7.5 mg cap ^{MM}	1	ST,QL(30 cada 30 días)
PASER 4 GRAM GRANULES DELAYED-RELEASE PACKET	3	
PATANASE 0.6 % NASAL SPRAY	3	ST,QL(30.5 cada 30 días)
PAXIL 10 MG TABLET ^{MM}	3	ST,QL(30 cada 30 días)
PAXIL 10 MG/5 ML ORAL SUSPENSION ^{MM}	3	ST
PAXIL 20 MG TABLET ^{MM}	3	ST,QL(30 cada 30 días)
PAXIL 30 MG TABLET ^{MM}	3	ST,QL(60 cada 30 días)
PAXIL 40 MG TABLET ^{MM}	3	ST,QL(60 cada 30 días)
PAXIL CR 12.5 MG TABLET,EXTENDED RELEASE ^{MM}	3	ST,QL(60 cada 30 días)
PAXIL CR 25 MG TABLET,EXTENDED RELEASE ^{MM}	3	ST,QL(90 cada 30 días)
PAXIL CR 37.5 MG TABLET,EXTENDED RELEASE ^{MM}	3	ST,QL(60 cada 30 días)
PAXLOVID 150 MG-100 MG TABLET (EUA)	3	QL(40 cada 10 días)
PAXLOVID 300 MG (150 MG X 2)-100 MG TABLET (EUA)	3	QL(60 cada 10 días)
PAZEO 0.7% EYE DROPS	3	ST
PEDIAPRED 5 MG BASE/5 ML (6.7 MG/5 ML) ORAL SOLUTION	3	
peg 3350-electrolyte solution	1	
peg-3350 and electrolytes soln	1	
peg-prep 5 mg-210 gram oral kit	1	
peg3350 100-7.5-2.691-1.01-5.9	1	ST
PEGANONE 250 MG TABLET ^{MM}	3	
PEGASYS 180 MCG/0.5 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE ^{SP,DL}	*	PA,QL(2 cada 28 días)
PEGASYS 180 MCG/ML SUBCUTANEOUS SOLUTION ^{SP,DL}	*	PA,QL(4 cada 28 días)
PEGINTRON 50 MCG KIT ^{SP,DL}	*	PA,QL(4 cada 28 días)
PEMAZYRE 13.5 MG TABLET ^{MM,SP,DL}	*	PA,QL(14 cada 21 días)
PEMAZYRE 4.5 MG TABLET ^{MM,SP,DL}	*	PA,QL(14 cada 21 días)
PEMAZYRE 9 MG TABLET ^{MM,SP,DL}	*	PA,QL(14 cada 21 días)
PEN NEEDLE 12MM 29G ^{MM}	2	
PEN NEEDLE 29 GAUGE X 1/2" ^{MM}	2	
PEN NEEDLE 30 GAUGE X 5/16" ^{MM}	2	
PEN NEEDLE 30G X 8MM ^{MM}	2	
PEN NEEDLE 31 GAUGE X 1/4" ^{MM}	2	
PEN NEEDLE 31 GAUGE X 3/16" ^{MM}	2	
PEN NEEDLE 31 GAUGE X 5/16" ^{MM}	2	
PEN NEEDLE 32 GAUGE X 5/32" ^{MM}	2	
PEN NEEDLE 32G X 3/16" ^{MM}	2	
PEN NEEDLE 32G X 5/32" ^{MM}	2	
PEN NEEDLE 8MM 31G ^{MM}	2	
PEN NEEDLES 6MM 31G ^{MM}	2	
penicillamine 250 mg capsule ^{MM,SP,DL}	*	PA
penicillamine 250 mg tablet ^{MM,SP,DL}	*	
penicillin vk 125 mg/5 ml soln	1	
penicillin vk 250 mg tablet	1	

ST - Terapia por fases • QL - Límite de cantidad • PA - Autorización previa

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DEL USO
penicillin vk 250 mg/5 ml soln	1	
penicillin vk 500 mg tablet	1	
PENNSAID 2 % TOPICAL SOLUTION IN PACKET ^{SP,DL}	*	PA
PENNSAID 20 MG/GRAM/ACTUATION (2 %) TOPICAL SOLN IN METERED-DOSE PUMP ^{SP,DL}	*	PA
pentamidine 300 mg inhal powdr ^{MM}	1	
PENTASA 250 MG CAPSULE,CONTROLLED RELEASE ^{MM,SP,DL}	*	ST,QL(150 cada 30 días)
PENTASA 500 MG CAPSULE,CONTROLLED RELEASE ^{MM,SP,DL}	*	ST,QL(300 cada 30 días)
pentazocine-naloxone tablet ^{DL}	1	QL(360 cada 30 días)
PENTIPS 29 GAUGE X 1/2" NEEDLE ^{MM}	2	
PENTIPS 31 GAUGE X 1/4" NEEDLE ^{MM}	2	
PENTIPS 31 GAUGE X 3/16" NEEDLE ^{MM}	2	
PENTIPS 31 GAUGE X 5/16" NEEDLE ^{MM}	2	
PENTIPS 32 GAUGE X 5/32" NEEDLE ^{MM}	2	
pentoxifylline er 400 mg tab ^{MM}	1	
pepcid 20 mg tablet ^{MM}	1	
pepcid 40 mg tablet ^{MM}	1	
PERCOCET 10 MG-325 MG TABLET ^{DL}	3	QL(360 cada 30 días)
PERCOCET 2.5 MG-325 MG TABLET ^{DL}	3	QL(360 cada 30 días)
PERCOCET 5 MG-325 MG TABLET ^{DL}	3	QL(360 cada 30 días)
PERCOCET 7.5 MG-325 MG TABLET ^{DL}	3	QL(360 cada 30 días)
PERFOROMIST 20 MCG/2 ML SOLUTION FOR NEBULIZATION ^{MM,SP,DL}	*	PA,QL(120 cada 30 días)
PERIDEX 0.12 % MOUTHWASH	3	
perindopril erbumine 2 mg tab ^{MM}	1	
perindopril erbumine 4 mg tab ^{MM}	1	
perindopril erbumine 8 mg tab ^{MM}	1	
periogard 0.12 % mouthwash	1	
permethrin 5% cream	1	
perphen-amitrip 2 mg-10 mg tab ^{MM}	1	
perphen-amitrip 2 mg-25 mg tab ^{MM}	1	
perphen-amitrip 4 mg-10 mg tab ^{MM}	1	
perphen-amitrip 4 mg-25 mg tab ^{MM}	1	
perphen-amitrip 4 mg-50 mg tab ^{MM}	1	
perphenazine 16 mg tablet ^{MM}	1	
perphenazine 2 mg tablet ^{MM}	1	
perphenazine 4 mg tablet ^{MM}	1	
perphenazine 8 mg tablet ^{MM}	1	
PERSERIS 120 MG ABDOMINAL SUBCUTANEOUS EXT. RELEASE SUSPENSION SYRINGE ^{MM,SP,DL}	*	QL(1 cada 28 días)
PERSERIS 90 MG ABDOMINAL SUBCUTANEOUS EXT. RELEASE SUSPENSION SYRINGE ^{MM,SP,DL}	*	QL(1 cada 28 días)
PERTZYE 16,000 UNIT-57,500 UNIT-60,500 UNIT CAPSULE,DELAYED RELEASE ^{MM,SP,DL}	*	ST
PERTZYE 24,000-86,250-90,750 UNIT CAPSULE,DELAYED RELEASE ^{MM,SP,DL}	*	ST
PERTZYE 4,000 UNIT-14,375 UNIT-15,125 UNIT CAPSULE,DELAYED RELEASE ^{MM,SP,DL}	*	ST
PERTZYE 8,000 UNIT-28,750 UNIT-30,250 UNIT CAPSULE,DELAYED RELEASE ^{MM,SP,DL}	*	ST
PEXEVA 10 MG TABLET ^{MM}	3	ST,QL(30 cada 30 días)
PEXEVA 20 MG TABLET ^{MM}	3	ST,QL(30 cada 30 días)
PEXEVA 30 MG TABLET ^{MM}	3	ST,QL(60 cada 30 días)
PEXEVA 40 MG TABLET ^{MM}	3	ST,QL(60 cada 30 días)
PFIZER-BIONT COVID19 TRIS (12Y UP) VACC(PF)30 MCG/0.3 ML IM SUSP(GRAY)	3	
PFIZER-BIONT COVID19 TRIS(5-11Y) VACC(PF)10 MCG/0.2 ML IM SUSP(ORANGE)	3	
PFIZER-BIONT COVID19 TRIS(6M-4Y) VACC(PF) 3 MCG/0.2 ML IM SUSP(MAROON)	3	

ST - Terapia por fases • QL - Limite de cantidad • PA - Autorización previa

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DEL USO
PFIZER-BIONTECH COVID-19 VACCINE (PF) 30 MCG/0.3 ML IM SUSP (PURPLE)	3	
PFLEX INSPIRATORY TRAINER DEVICE	3	
PHARMACIST CHOICE 30G LANCETS ^{MM}	2	
PHARMACIST CHOICE BLOOD GLUCOSE SYSTEM ^{MM}	3	ST
PHARMACIST CHOICE GLUCOSE TEST STRIPS ^{MM}	3	ST,QL(150 cada 30 días)
PHASEAL PROTECTOR 13 MM DEVICE	3	
PHASEAL PROTECTOR 20 MM DEVICE	3	
PHASEAL PROTECTOR 28 MM DEVICE	3	
phenazopyridine 100 mg tab	1	
phenazopyridine 200 mg tab	1	
phenelzine sulfate 15 mg tab ^{MM}	1	
phenobarbital 100 mg tablet ^{MM}	1	QL(90 cada 30 días)
phenobarbital 15 mg tablet ^{MM}	1	QL(120 cada 30 días)
phenobarbital 16.2 mg tablet ^{MM}	1	QL(90 cada 30 días)
phenobarbital 20 mg/5 ml soln ^{MM}	1	QL(1500 cada 30 días)
phenobarbital 30 mg tablet ^{MM}	1	QL(300 cada 30 días)
phenobarbital 32.4 mg tablet ^{MM}	1	QL(90 cada 30 días)
phenobarbital 60 mg tablet ^{MM}	1	QL(120 cada 30 días)
phenobarbital 64.8 mg tablet ^{MM}	1	QL(90 cada 30 días)
phenobarbital 97.2 mg tablet ^{MM}	1	QL(90 cada 30 días)
phenoxybenzamine hcl 10 mg cap ^{SP,DL}	*	
phenylephrine 10% eye drops	1	
phenylephrine 2.5% eye drop	1	
PHENYTEK 200 MG CAPSULE ^{MM}	3	
PHENYTEK 300 MG CAPSULE ^{MM}	3	
phenytoin 100 mg/4 ml susp ^{MM}	1	
phenytoin 125 mg/5 ml susp ^{MM}	1	
phenytoin 50 mg tablet chew ^{MM}	1	
phenytoin sod ext 100 mg cap ^{MM}	1	
phenytoin sod ext 200 mg cap ^{MM}	1	
phenytoin sod ext 300 mg cap ^{MM}	1	
PHEXXI 1.8 %-1 %-0.4 % VAGINAL GEL	3	QL(60 cada 30 días)
philit 0.4 mg-35 mcg tablet ^{MM}	1	
PHOSLYRA 667 MG (169 MG CALCIUM)/5 ML ORAL SOLUTION ^{MM}	3	ST
phospha 250 neutral 250 mg tablet	1	
PHOSPHOLINE IODIDE 0.125% ^{MM}	3	
phytonadione 1 mg/0.5 ml syr	1	
phytonadione 1 mg/0.5 ml vial	1	
phytonadione 10 mg/ml ampul	1	
phytonadione 5 mg tablet ^{DL}	1	
PICATO 0.015% GEL	3	PA,QL(3 cada 30 días)
PICATO 0.05% GEL	3	PA,QL(2 cada 30 días)
PIFELTRO 100 MG TABLET ^{MM,SP}	*	QL(60 cada 30 días)
pilocarpine 1% eye drops ^{MM}	1	
pilocarpine 2% eye drops ^{MM}	1	
pilocarpine 4% eye drops ^{MM}	1	
pilocarpine hcl 5 mg tablet ^{MM}	1	
pilocarpine hcl 7.5 mg tablet ^{MM}	1	
pimecrolimus 1% cream	1	
pimozide 1 mg tablet ^{MM}	1	
pimozide 2 mg tablet ^{MM}	1	
pimtrea (28) 0.15 mg-0.02 mg (21)/0.01 mg (5) tablet ^{MM}	1	
pindolol 10 mg tablet ^{MM}	1	
pindolol 5 mg tablet ^{MM}	1	
pioglitazone hcl 15 mg tablet ^{MM}	1	QL(30 cada 30 días)

ST - Terapia por fases • QL - Límite de cantidad • PA - Autorización previa

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DEL USO
pioglitazone hcl 30 mg tablet ^{MM}	1	QL(30 cada 30 días)
pioglitazone hcl 45 mg tablet ^{MM}	1	QL(30 cada 30 días)
pioglitazone-glimepiride 30-2 ^{MM}	1	ST,QL(30 cada 30 días)
pioglitazone-glimepiride 30-4 ^{MM}	1	ST,QL(30 cada 30 días)
pioglitazone-metformin 15-500 ^{MM}	1	ST,QL(90 cada 30 días)
pioglitazone-metformin 15-850 ^{MM}	1	ST,QL(90 cada 30 días)
PIP BLOOD GLUCOSE TEST STRIP ^{MM}	3	ST,QL(150 cada 30 días)
PIP LANCET 28 GAUGE ^{MM}	2	
PIP LANCET 30 GAUGE ^{MM}	2	
PIP PEN NEEDLE 31 GAUGE X 3/16" ^{MM}	2	
PIP PEN NEEDLE 32 GAUGE X 5/32" ^{MM}	2	
PIQRAY 200 MG/DAY (200 MG X 1) TABLET ^{MM,SP,LD,DL}	*	PA,QL(28 cada 28 días)
PIQRAY 250 MG/DAY (200 MG X 1-50 MG X 1) TABLET ^{MM,SP,LD,DL}	*	PA,QL(56 cada 28 días)
PIQRAY 300 MG/DAY (150 MG X 2) TABLET ^{MM,SP,LD,DL}	*	PA,QL(56 cada 28 días)
pirfenidone 267 mg tablet ^{MM,SP,DL}	*	PA,QL(270 cada 30 días)
pirfenidone 801 mg tablet ^{MM,SP,DL}	*	PA,QL(90 cada 30 días)
pirmella 0.5/0.75/1 mg-35 mcg tablet ^{MM}	1	
pirmella 1 mg-35 mcg tablet ^{MM}	1	
piroxicam 10 mg capsule	1	
piroxicam 20 mg capsule	1	
PLAN B ONE-STEP 1.5 MG TABLET	3	
PLAQUENIL 200 MG TABLET ^{MM}	3	
PLAVIX 75 MG TABLET ^{MM}	3	QL(30 cada 30 días)
PLEGRIDY 125 MCG/0.5 ML INTRAMUSCULAR SYRINGE ^{MM,SP,DL}	*	PA,QL(1 cada 28 días)
PLEGRIDY 125 MCG/0.5 ML SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR ^{MM,SP,LD,DL}	*	PA,QL(1 cada 28 días)
PLEGRIDY 125 MCG/0.5 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE ^{MM,SP,LD,DL}	*	PA,QL(1 cada 28 días)
PLEGRIDY 63 MCG/0.5 ML-94 MCG/0.5 ML SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR ^{SP,LD,DL}	*	PA,QL(1 cada 28 días)
PLEGRIDY 63 MCG/0.5 ML-94 MCG/0.5 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE ^{SP,LD,DL}	*	PA,QL(1 cada 28 días)
PLENVU 140 GRAM-9 GRAM-5.2 GRAM POWDER PACKS	3	ST
PNEUMOVAX-23 25 MCG/0.5 ML INJECTION SOLUTION	3	
PNEUMOVAX-23 25 MCG/0.5 ML INJECTION SYRINGE	3	
pnv-select 27 mg-1 mg tablet ^{MM}	1	
POCKET CHAMBER SPACER	3	
podofilox 0.5% topical soln	1	
POGO AUTOMATIC BLOOD GLUCOSE SYSTEM ^{MM}	3	ST
POGO AUTOMATIC TEST CARTRIDGE 30 GAUGE COMBO PACK ^{MM}	3	ST
poly-iron 150 forte 150 mg-25 mcg-1 mg capsule	1	
polycin 500 unit-10,000 unit/gram eye ointment	1	
polymyxin b-tmp eye drops	1	
POLYTRIM 10,000 UNIT-1 MG/ML EYE DROPS	3	
POMALYST 1 MG CAPSULE ^{MM,SP,LD,DL}	*	PA,QL(21 cada 28 días)
POMALYST 2 MG CAPSULE ^{MM,SP,LD,DL}	*	PA,QL(21 cada 28 días)
POMALYST 3 MG CAPSULE ^{MM,SP,LD,DL}	*	PA,QL(21 cada 28 días)
POMALYST 4 MG CAPSULE ^{MM,SP,LD,DL}	*	PA,QL(21 cada 28 días)
PONVORY 14-DAY STARTER PACK 2-3-4-5-6-7-8-9-10 MG TABLETS ^{SP,LD}	*	PA,QL(14 cada 30 días)
PONVORY 20 MG TABLET ^{MM,SP,LD}	*	PA,QL(30 cada 30 días)
portia 28 0.15 mg-0.03 mg tablet ^{MM}	1	
posaconazole dr 100 mg tablet ^{SP,DL}	*	PA,QL(93 cada 30 días)
potassium citrate er 10 meq tb ^{MM}	1	
potassium citrate er 15 meq tb ^{MM}	1	
potassium citrate er 5 meq tab ^{MM}	1	
potassium cl 10% (20 meq/15ml) ^{MM}	1	
potassium cl 20 meq packet ^{MM}	1	
potassium cl 20% (40 meq/15ml) ^{MM}	1	
potassium cl er 10 meq capsule ^{MM}	1	

ST - Terapia por fases • QL - Limite de cantidad • PA - Autorización previa

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DEL USO
potassium cl er 10 meq tablet ^{MM}	1	
potassium cl er 10 meq tablet ^{MM}	1	
potassium cl er 15 meq tablet ^{MM}	1	
potassium cl er 20 meq tablet ^{MM}	1	
potassium cl er 20 meq tablet ^{MM}	1	
potassium cl er 8 meq capsule ^{MM}	1	
potassium cl er 8 meq tablet ^{MM}	1	
pr natal 400 29 mg-1 mg-400 mg oral pack ^{MM}	1	
pr natal 400 ec 29 mg-1 mg-400 mg tablet-capsule,delayed release ^{MM}	1	
pr natal 430 29 mg iron-1 mg-430 mg oral pack ^{MM}	1	
pr natal 430 ec 29 mg-1 mg-430 mg tablet-capsule,delayed release ^{MM}	1	
PRADAXA 110 MG CAPSULE ^{MM}	3	QL(60 cada 30 días)
PRADAXA 150 MG CAPSULE ^{MM}	3	QL(60 cada 30 días)
PRADAXA 75 MG CAPSULE ^{MM}	3	QL(60 cada 30 días)
PRALUENT PEN 150 MG/ML SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR ^{MM,SP,DL}	*	PA,QL(2 cada 28 días)
PRALUENT PEN 75 MG/ML SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR ^{MM,SP,DL}	*	PA,QL(2 cada 28 días)
pramipexole 0.125 mg tablet ^{MM}	1	
pramipexole 0.25 mg tablet ^{MM}	1	
pramipexole 0.5 mg tablet ^{MM}	1	
pramipexole 0.75 mg tablet ^{MM}	1	
pramipexole 1 mg tablet ^{MM}	1	
pramipexole 1.5 mg tablet ^{MM}	1	
pramipexole er 0.375 mg tablet ^{MM}	1	ST,QL(30 cada 30 días)
pramipexole er 0.75 mg tablet ^{MM}	1	ST,QL(30 cada 30 días)
pramipexole er 1.5 mg tablet ^{MM}	1	ST,QL(30 cada 30 días)
pramipexole er 2.25 mg tablet ^{MM}	1	ST,QL(30 cada 30 días)
pramipexole er 3 mg tablet ^{MM}	1	ST,QL(30 cada 30 días)
pramipexole er 3.75 mg tablet ^{MM}	1	ST,QL(30 cada 30 días)
pramipexole er 4.5 mg tablet ^{MM}	1	ST,QL(30 cada 30 días)
PRAMOSONE 1 %-1 % LOTION	3	
PRAMOSONE 1 %-1 % TOPICAL CREAM	3	
PRAMOSONE 2.5 %-1 % LOTION	3	
prasugrel 10 mg tablet ^{MM}	1	QL(30 cada 30 días)
prasugrel 5 mg tablet ^{MM}	1	QL(30 cada 30 días)
PRAVACHOL 20 MG TABLET ^{MM}	3	ST
PRAVACHOL 40 MG TABLET ^{MM}	3	ST
pravastatin sodium 10 mg tab ^{MM}	1	
pravastatin sodium 20 mg tab ^{MM}	1	
pravastatin sodium 40 mg tab ^{MM}	1	
pravastatin sodium 80 mg tab ^{MM}	1	
praziquantel 600 mg tablet	1	
prazosin 1 mg capsule ^{MM}	1	
prazosin 2 mg capsule ^{MM}	1	
prazosin 5 mg capsule ^{MM}	1	
PRECISION GLUCOSE CONTROL SOLN COMBO PACK ^{MM}	3	
PRECISION GLUCOSE/KETONE CONTR COMBO PACK ^{MM}	3	
PRECISION METER ^{MM}	3	ST
PRECISION PCX PLUS TEST STRIPS ^{MM}	3	ST,QL(150 cada 30 días)
PRECISION PCX TEST STRIPS ^{MM}	3	ST,QL(150 cada 30 días)
PRECISION POINT OF CARE TEST STRIPS ^{MM}	3	ST,QL(150 cada 30 días)
PRECISION Q-I-D TEST STRIPS ^{MM}	3	ST,QL(150 cada 30 días)
PRECISION XTRA KETONE-GLUCOSE MONITOR KIT ^{MM}	3	ST
PRECISION XTRA MONITOR ^{MM}	3	ST
PRECISION XTRA TEST STRIPS ^{MM}	3	ST,QL(150 cada 30 días)

ST - Terapia por fases • QL - Límite de cantidad • PA - Autorización previa

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DEL USO
PRECOSE 100 MG TABLET ^{MM}	3	
PRECOSE 25 MG TABLET ^{MM}	3	
PRECOSE 50 MG TABLET ^{MM}	3	
PRED FORTE 1 % EYE DROPS,SUSPENSION	3	ST
PRED MILD 0.12 % EYE DROPS,SUSPENSION	3	ST
PRED-G 0.3 %-1 % EYE DROPS,SUSPENSION	3	
PRED-G S.O.P. 0.3 %-0.6 % EYE OINTMENT	3	
prednicarbate 0.1% cream	1	
prednicarbate 0.1% ointment	1	
prednisolone 10 mg/5 ml soln	1	
prednisolone 15 mg/5 ml soln	1	
prednisolone 15 mg/5 ml soln	1	
prednisolone 20 mg/5 ml soln	1	
prednisolone 5 mg/5 ml soln	1	
prednisolone ac 1% eye drop	1	
prednisolone odt 10 mg tablet	1	
prednisolone odt 15 mg tablet	1	
prednisolone odt 30 mg tablet	1	
prednisolone sod 1% eye drop	1	
prednisolone sod ph 25 mg/5 ml	1	
prednisone 1 mg tablet	1	
prednisone 10 mg tab dose pack	1	
prednisone 10 mg tablet	1	
prednisone 2.5 mg tablet	1	
prednisone 20 mg tablet	1	
prednisone 5 mg tab dose pack	1	
prednisone 5 mg tablet	1	
prednisone 5 mg/5 ml solution	1	
prednisone 50 mg tablet	1	
prednisone intensol 5 mg/ml oral concentrate	1	
PREFERRED PLUS SYRINGE 0.5 ML ^{MM}	2	
PREFERRED PLUS SYRINGE 1 ML ^{MM}	2	
PREFEST 1 MG (15)/1 MG-0.09 MG (15) TABLET ^{MM}	3	
pregabalin 100 mg capsule ^{MM}	1	QL(90 cada 30 días)
pregabalin 150 mg capsule ^{MM}	1	QL(90 cada 30 días)
pregabalin 20 mg/ml solution ^{MM}	1	QL(900 cada 30 días)
pregabalin 200 mg capsule ^{MM}	1	QL(90 cada 30 días)
pregabalin 225 mg capsule ^{MM}	1	QL(60 cada 30 días)
pregabalin 25 mg capsule ^{MM}	1	QL(90 cada 30 días)
pregabalin 300 mg capsule ^{MM}	1	QL(60 cada 30 días)
pregabalin 50 mg capsule ^{MM}	1	QL(90 cada 30 días)
pregabalin 75 mg capsule ^{MM}	1	QL(90 cada 30 días)
pregabalin er 165 mg tablet ^{MM}	1	PA,QL(30 cada 30 días)
pregabalin er 330 mg tablet ^{MM}	1	PA,QL(60 cada 30 días)
pregabalin er 82.5 mg tablet ^{MM}	1	PA,QL(30 cada 30 días)
PREHEVBRIO (PF) 10 MCG/ML INTRAMUSCULAR SUSPENSION	3	
PREMARIN 0.3 MG TABLET ^{MM}	3	
PREMARIN 0.45 MG TABLET ^{MM}	3	
PREMARIN 0.625 MG TABLET ^{MM}	3	
PREMARIN 0.625 MG/GRAM VAGINAL CREAM ^{MM}	3	
PREMARIN 0.9 MG TABLET ^{MM}	3	
PREMARIN 1.25 MG TABLET ^{MM}	3	
PREMIER BLU GLUCOSE METER ^{MM}	3	ST
PREMIER CLASSIC GLUCOSE METER ^{MM}	3	ST
PREMIER COMPACT GLUCOSE METER KIT ^{MM}	3	ST
PREMIER TEST STRIP ^{MM}	3	ST,QL(150 cada 30 días)
PREMIER VOICE GLUCOSE METER ^{MM}	3	ST

ST - Terapia por fases • QL - Límite de cantidad • PA - Autorización previa

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DEL USO
PREMIUM BLOOD GLUCOSE MONITORING SYSTEM ^{MM}	3	ST
PREMIUM V10 ^{MM}	3	ST
PREMIUM V10 STRIPS ^{MM}	3	ST,QL(150 cada 30 días)
PREMPHASE 0.625 MG(14)/0.625 MG-5MG(14) TABLET ^{MM}	3	
PREMPRO 0.3 MG-1.5 MG TABLET ^{MM}	3	
PREMPRO 0.45 MG-1.5 MG TABLET ^{MM}	3	
PREMPRO 0.625 MG-2.5 MG TABLET ^{MM}	3	
PREMPRO 0.625 MG-5 MG TABLET ^{MM}	3	
PRENA1 CHEW 1.4 MG CHEW TABLET,IMMEDIATE - DELAYED RELEASE ^{MM}	3	
prena1 pearl 30 mg-1.4 mg-200 mg capsule,immediate - delay release ^{MM}	1	
prena1 true 30 mg iron-1.4 mg-300 mg oral pack ^{MM}	1	
PRENATA 29 MG IRON-1 MG CHEWABLE TABLET ^{MM}	3	
PRENATABS FA 29 MG-1 MG TABLET ^{MM}	2	
prenatal low iron tablet ^{MM}	1	
prenatal plus (calcium carbonate) 27 mg iron-1 mg tablet ^{MM}	1	
prenatal plus 29 mg iron-1 mg tablet ^{MM}	1	
prenatal plus dha 27 mg iron-1 mg-312 mg-250 mg oral pack ^{MM}	1	
prenatal vitamins plus low iron 27 mg iron-1 mg tablet ^{MM}	1	
PRENATE DHA (FERROUS ASPARTO GLYCINATE) 18 MG IRON-1 MG-300 MG CAPSULE ^{MM}	3	
PRENATE ELITE (IRON ASPARTO GLYCINATE) 20 MG IRON-1 MG TABLET ^{MM}	3	
PRENATE ELITE 26 MG IRON-1 MG TABLET ^{MM}	3	
PRENATE ENHANCE 28 MG IRON-1 MG-400 MG CAPSULE ^{MM}	3	
PRENATE MINI (FERROUS ASPARTO GLYCINATE) 18 MG-1 MG-350 MG CAPSULE ^{MM}	3	
PRENATE PIXIE 10 MG IRON-1 MG-200 MG CAPSULE ^{MM}	3	
PRENATE RESTORE 27 MG IRON-1 MG-400 MG CAPSULE ^{MM}	3	
PRENATE STAR 20 MG IRON-1 MG TABLET ^{MM}	3	
preplus 27 mg iron-1 mg tablet ^{MM}	1	
PRESSURE ACTIVATED LANCETS 21 GAUGE ^{MM}	2	
PRESSURE ACTIVATED LANCETS 28 GAUGE ^{MM}	2	
PRESTALIA 14 MG-10 MG TABLET ^{MM}	3	ST
PRESTALIA 3.5 MG-2.5 MG TABLET ^{MM}	3	ST
PRESTALIA 7 MG-5 MG TABLET ^{MM}	3	ST
PRESTO PRO BLOOD GLUCOSE METER ^{MM}	3	ST
pretab 29 mg-1 mg tablet ^{MM}	1	
PRETOMANID 200 MG TABLET	3	PA,QL(30 cada 30 días)
PREVACID 30 MG CAPSULE,DELAYED RELEASE ^{MM}	3	ST,QL(60 cada 30 días)
PREVACID DR 15 MG CAPSULE ^{MM}	3	ST,QL(60 cada 30 días)
PREVACID SOLUTAB 15 MG DELAYED RELEASE,DISINTEGRATING TABLET ^{MM}	3	ST,QL(30 cada 30 días)
PREVACID SOLUTAB 30 MG DELAYED RELEASE,DISINTEGRATING TABLET ^{MM}	3	ST,QL(30 cada 30 días)
prevalite 4 gram oral powder ^{MM}	1	
prevalite 4 gram powder for susp in a packet ^{MM}	1	
PREVENT DROPSAFE PEN NEEDLE 31 GAUGE X 1/4" ^{MM}	2	
PREVENT DROPSAFE PEN NEEDLE 31 GAUGE X 5/16" ^{MM}	2	
previfem 0.25 mg-35 mcg tablet ^{MM}	1	
PREVNAR 13 (PF) 0.5 ML INTRAMUSCULAR SYRINGE	3	
PREVNAR 20 (PF) 0.5 ML INTRAMUSCULAR SYRINGE	3	
PREVYMIS 240 MG TABLET ^{SP,DL}	*	PA,QL(28 cada 28 días)
PREVYMIS 480 MG TABLET ^{SP,DL}	*	PA,QL(28 cada 28 días)
PREZCOBIX 800 MG-150 MG TABLET ^{MM,SP}	*	QL(30 cada 30 días)
PREZISTA 100 MG/ML ORAL SUSPENSION ^{MM,SP}	*	QL(360 cada 30 días)
PREZISTA 150 MG TABLET ^{MM,SP}	*	QL(240 cada 30 días)
PREZISTA 600 MG TABLET ^{MM,SP}	*	QL(60 cada 30 días)
PREZISTA 75 MG TABLET ^{MM,SP}	*	QL(480 cada 30 días)

ST - Terapia por fases • QL - Límite de cantidad • PA - Autorización previa

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DEL USO
PREZISTA 800 MG TABLET ^{MM,SP}	*	QL(30 cada 30 días)
PRIFTIN 150 MG TABLET	3	
PRIOSEC 10 MG ORAL SUSPENSION,DELAYED RELEASE ^{MM}	3	ST,QL(30 cada 30 días)
PRIOSEC 2.5 MG ORAL SUSPENSION,DELAYED RELEASE ^{MM}	3	ST,QL(30 cada 30 días)
PRIMACARE 30 MG-1 MG-300 MG CAPSULE ^{MM}	3	
primaquine 26.3 mg tablet	1	
PRIMEAIRE SPACER	3	
primidone 250 mg tablet ^{MM}	1	
primidone 50 mg tablet ^{MM}	1	
primlev 10 mg-300 mg tablet ^{SP,DL}	*	QL(390 cada 30 días)
primlev 5 mg-300 mg tablet ^{SP,DL}	*	QL(390 cada 30 días)
primlev 7.5 mg-300 mg tablet ^{SP,DL}	*	QL(390 cada 30 días)
PRIMSOL 50 MG/5 ML ORAL SOLUTION	3	
PRINIVIL 10 MG TABLET ^{MM}	3	
PRINIVIL 20 MG TABLET ^{MM}	3	
PRISTIQ 100 MG TABLET,EXTENDED RELEASE ^{MM}	3	ST,QL(30 cada 30 días)
PRISTIQ 25 MG TABLET,EXTENDED RELEASE ^{MM}	3	ST,QL(30 cada 30 días)
PRISTIQ 50 MG TABLET,EXTENDED RELEASE ^{MM}	3	ST,QL(30 cada 30 días)
PRO COMFORT INSULIN SYRINGE 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2" ^{MM}	2	
PRO COMFORT INSULIN SYRINGE 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16" ^{MM}	2	
PRO COMFORT INSULIN SYRINGE 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16" ^{MM}	2	
PRO COMFORT INSULIN SYRINGE 1 ML 30 GAUGE X 1/2" ^{MM}	2	
PRO COMFORT INSULIN SYRINGE 1 ML 30 GAUGE X 5/16" ^{MM}	2	
PRO COMFORT INSULIN SYRINGE 1 ML 31 GAUGE X 5/16" ^{MM}	2	
PRO COMFORT LANCET 30 GAUGE ^{MM}	2	
PRO COMFORT LANCET 31 GAUGE ^{MM}	2	
PRO COMFORT PEN NEEDLE 31 GAUGE X 5/16" ^{MM}	2	
PRO COMFORT PEN NEEDLE 32 GAUGE X 1/4" ^{MM}	2	
PRO COMFORT PEN NEEDLE 32 GAUGE X 3/16" ^{MM}	2	
PRO COMFORT PEN NEEDLE 32 GAUGE X 5/32" ^{MM}	2	
PRO COMFORT SPACER-ADULT MASK	3	
PRO COMFORT SPACER-CHILD MASK	3	
PRO VOICE V8 GLUCOSE MONITOR ^{MM}	3	ST
PRO VOICE V8-V9 TEST STRIP ^{MM}	3	ST,QL(150 cada 30 días)
PRO VOICE V9 GLUCOSE MONITOR ^{MM}	3	ST
PROAIR DIGIHALER 90 MCG/ACTUATION AEROSOL POWDER BREATH ACT, SENSOR ^{MM}	3	ST,QL(2 cada 30 días)
PROAIR HFA 90 MCG/ACTUATION AEROSOL INHALER ^{MM}	3	ST,QL(36 cada 30 días)
PROAIR RESPICLICK 90 MCG/ACTUATION BREATH ACTIVATED ^{MM}	3	ST,QL(2 cada 30 días)
probenecid 500 mg tablet ^{MM}	1	
probenecid-colchicine tablet ^{MM}	1	
PROCALAMINE 3% INTRAVENOUS SOLUTION	3	
PROCARDIA 10 MG CAPSULE ^{MM}	3	
PROCARDIA XL 30 MG TABLET,EXTENDED RELEASE ^{MM}	3	QL(60 cada 30 días)
PROCARDIA XL 60 MG TABLET,EXTENDED RELEASE ^{MM}	3	QL(60 cada 30 días)
PROCARDIA XL 90 MG TABLET,EXTENDED RELEASE ^{MM}	3	QL(60 cada 30 días)
PROCARE SPACER WITH ADULT MASK	3	
PROCARE SPACER WITH CHILD MASK	3	
procentra 5 mg/5 ml oral solution ^{MM}	1	ST,QL(1800 cada 30 días)
PROCHAMBER	2	
prochlorperazine 10 mg tab	1	
prochlorperazine 25 mg supp	1	
prochlorperazine 5 mg tablet	1	
PROCRIT 10,000 UNIT/ML INJECTION SOLUTION ^{MM,SP,DL}	*	PA,QL(14 cada 30 días)
PROCRIT 2,000 UNIT/ML INJECTION SOLUTION ^{MM,SP,DL}	*	PA,QL(14 cada 30 días)

ST - Terapia por fases • QL - Limite de cantidad • PA - Autorización previa

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DEL USO
PROCRIT 20,000 UNIT/2 ML INJECTION SOLUTION ^{MM,SP,DL}	*	PA,QL(28 cada 30 días)
PROCRIT 20,000 UNIT/ML INJECTION SOLUTION ^{MM,SP,DL}	*	PA,QL(14 cada 30 días)
PROCRIT 3,000 UNIT/ML INJECTION SOLUTION ^{MM,SP,DL}	*	PA,QL(14 cada 30 días)
PROCRIT 4,000 UNIT/ML INJECTION SOLUTION ^{MM,SP,DL}	*	PA,QL(14 cada 30 días)
PROCRIT 40,000 UNIT/ML INJECTION SOLUTION ^{MM,SP,DL}	*	PA,QL(14 cada 30 días)
procto-med hc 2.5 % topical cream perineal applicator	1	
procto-pak 1 % topical cream perineal applicator	1	
PROCTOCORT 1 % TOPICAL CREAM	1	
PROCTOFOAM HC 1 %-1 %	3	
proctosol hc 2.5 % topical cream perineal applicator	1	
proctozone-hc 2.5 % topical cream perineal applicator	1	
PROCYSBI 25 MG CAPSULE,DELAYED RELEASE SPRINKLE ^{MM,SP,DL}	*	PA,QL(120 cada 30 días)
PROCYSBI 300 MG ORAL DR GRANULES IN PACKET ^{MM,SP,DL}	*	PA,QL(210 cada 30 días)
PROCYSBI 75 MG CAPSULE,DELAYED RELEASE SPRINKLE ^{MM,SP,DL}	*	PA,QL(780 cada 30 días)
PROCYSBI 75 MG ORAL DR GRANULES IN PACKET ^{MM,SP,DL}	*	PA,QL(780 cada 30 días)
PRODIGY AUTOCODE BLOOD GLUCOSE MONITORING SYSTEM ^{MM}	3	ST
PRODIGY AUTOCODE METER KIT ^{MM}	3	ST
PRODIGY CONTROL SOLUTION, LOW ^{MM}	3	
PRODIGY CONTROL SOLUTION,HIGH ^{MM}	3	
PRODIGY INSULIN SYRINGE 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16" ^{MM}	2	
PRODIGY INSULIN SYRINGE 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16" ^{MM}	2	
PRODIGY INSULIN SYRINGE 1 ML 28 GAUGE X 1/2" ^{MM}	2	
PRODIGY LANCETS 26 GAUGE ^{MM}	2	
PRODIGY LANCETS 28 GAUGE ^{MM}	2	
PRODIGY LANCING DEVICE	2	
PRODIGY NO CODING STRIPS ^{MM}	3	ST,QL(150 cada 30 días)
PRODIGY POCKET METER KIT ^{MM}	3	ST
PRODIGY TWIST TOP LANCET 28 GAUGE ^{MM}	2	
PRODIGY VOICE GLUCOSE METER KIT ^{MM}	3	ST
progesterone 100 mg capsule ^{MM}	1	
progesterone 200 mg capsule ^{MM}	1	
PROGLYCEM 50 MG/ML ORAL SUSPENSION ^{MM}	3	ST
PROGRAF 0.2 MG ORAL GRANULES IN PACKET ^{MM}	3	
PROGRAF 0.5 MG CAPSULE ^{MM}	3	ST
PROGRAF 1 MG CAPSULE ^{MM}	3	ST
PROGRAF 1 MG ORAL GRANULES IN PACKET ^{MM}	3	
PROGRAF 5 MG CAPSULE ^{MM}	3	ST,QL(180 cada 30 días)
prolate 10 mg-300 mg tablet ^{SP,DL}	*	QL(390 cada 30 días)
PROLATE 10 MG-300 MG/5 ML ORAL SOLUTION ^{SP,DL}	*	QL(900 cada 30 días)
prolate 5 mg-300 mg tablet ^{SP,DL}	*	QL(390 cada 30 días)
prolate 7.5 mg-300 mg tablet ^{SP,DL}	*	QL(390 cada 30 días)
PROLENSA 0.07 % EYE DROPS	3	ST,QL(3 cada 30 días)
PROMACTA 12.5 MG ORAL POWDER PACKET ^{MM,SP,LD,DL}	*	PA,QL(360 cada 30 días)
PROMACTA 12.5 MG TABLET ^{MM,SP,LD,DL}	*	PA,QL(60 cada 30 días)
PROMACTA 25 MG ORAL POWDER PACKET ^{MM,SP,LD,DL}	*	PA,QL(180 cada 30 días)
PROMACTA 25 MG TABLET ^{MM,SP,LD,DL}	*	PA,QL(30 cada 30 días)
PROMACTA 50 MG TABLET ^{MM,SP,LD,DL}	*	PA,QL(90 cada 30 días)
PROMACTA 75 MG TABLET ^{MM,SP,LD,DL}	*	PA,QL(60 cada 30 días)
promethazine 12.5 mg suppos	1	
promethazine 12.5 mg tablet	1	
promethazine 25 mg suppository	1	
promethazine 25 mg tablet	1	
promethazine 50 mg suppository	1	
promethazine 50 mg tablet	1	
promethazine 6.25 mg/5 ml syr	1	

ST - Terapia por fases • QL - Límite de cantidad • PA - Autorización previa

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DEL USO
promethazine vc 6.25 mg-5 mg/5 ml oral syrup	1	
promethazine vc-codeine 6.25 mg-5 mg-10 mg/5 ml oral syrup	1	
promethazine-codeine solution	1	
promethazine-dm 6.25-15 mg/5ml	1	
promethazine-pe-codeine syrup	1	
promethazine-phenylephrine syr	1	
promethegan 12.5 mg rectal suppository	1	
promethegan 25 mg rectal suppository	1	
promethegan 50 mg rectal suppository	1	
PROMETRIUM 100 MG CAPSULE ^{MM}	3	ST
PROMETRIUM 200 MG CAPSULE ^{MM}	3	ST
propafenone hcl 150 mg tablet ^{MM}	1	
propafenone hcl 225 mg tab ^{MM}	1	
propafenone hcl 300 mg tab ^{MM}	1	
propafenone hcl er 225 mg cap ^{MM}	1	
propafenone hcl er 325 mg cap ^{MM}	1	
propafenone hcl er 425 mg cap ^{MM}	1	
propantheline 15 mg tablet	1	
proparacaine 0.5% eye drops	1	
propranolol 10 mg tablet ^{MM}	1	
propranolol 20 mg tablet ^{MM}	1	
propranolol 20 mg/5 ml soln ^{MM}	1	
propranolol 40 mg tablet ^{MM}	1	
propranolol 40 mg/5 ml soln ^{MM}	1	
propranolol 60 mg tablet ^{MM}	1	
propranolol 80 mg tablet ^{MM}	1	
propranolol er 120 mg capsule ^{MM}	1	
propranolol er 160 mg capsule ^{MM}	1	
propranolol er 60 mg capsule ^{MM}	1	
propranolol er 80 mg capsule ^{MM}	1	
propranolol-hctz 40-25 mg tab ^{MM}	1	
propranolol-hctz 80-25 mg tab ^{MM}	1	
propylthiouracil 50 mg tablet ^{MM}	1	
PROSCAR 5 MG TABLET ^{MM}	3	ST,QL(30 cada 30 días)
PROTONIX 20 MG TABLET,DELAYED RELEASE ^{MM}	3	ST,QL(60 cada 30 días)
PROTONIX 40 MG GRANULES DELAYED-RELEASE PACKET ^{MM}	3	ST,QL(30 cada 30 días)
PROTONIX 40 MG TABLET,DELAYED RELEASE ^{MM}	3	ST,QL(60 cada 30 días)
PROTOPIC 0.03 % TOPICAL OINTMENT	3	
PROTOPIC 0.1 % TOPICAL OINTMENT	3	
protriptyline hcl 10 mg tablet ^{MM}	1	
protriptyline hcl 5 mg tablet ^{MM}	1	
PROVENTIL HFA 90 MCG/ACTUATION AEROSOL INHALER ^{MM}	3	ST,QL(36 cada 30 días)
PROVERA 10 MG TABLET ^{MM}	3	
PROVERA 2.5 MG TABLET ^{MM}	3	
PROVERA 5 MG TABLET ^{MM}	3	
PROVIDA OB 40 MG IRON-1.25 MG CAPSULE ^{MM}	2	
PROVIGIL 100 MG TABLET ^{MM}	3	PA,QL(60 cada 30 días)
PROVIGIL 200 MG TABLET ^{MM}	3	PA,QL(60 cada 30 días)
PROZAC 10 MG CAPSULE ^{MM}	3	ST,QL(60 cada 30 días)
PROZAC 20 MG CAPSULE ^{MM}	3	ST,QL(120 cada 30 días)
PROZAC 40 MG CAPSULE ^{MM}	3	ST,QL(60 cada 30 días)
PRUDOXIN 5 % TOPICAL CREAM	3	PA,QL(45 cada 30 días)
psorcon 0.05 % topical cream	1	ST
PULMICORT 0.25 MG/2 ML SUSPENSION FOR NEBULIZATION ^{MM}	3	ST,QL(240 cada 30 días)
PULMICORT 0.5 MG/2 ML SUSPENSION FOR NEBULIZATION ^{MM}	3	ST,QL(240 cada 30 días)

ST - Terapia por fases • QL - Límite de cantidad • PA - Autorización previa

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DEL USO
PULMICORT 1 MG/2 ML SUSPENSION FOR NEBULIZATION ^{MM}	3	ST,QL(120 cada 30 días)
PULMICORT FLEXHALER 180 MCG/ACTUATION BREATH ACTIVATED ^{MM}	3	ST,QL(2 cada 30 días)
PULMICORT FLEXHALER 90 MCG/ACTUATION BREATH ACTIVATED ^{MM}	3	ST,QL(2 cada 30 días)
pulmosal 7 % solution for nebulization	1	
PULMOZYME 1 MG/ML SOLUTION FOR INHALATION ^{MM,SP,DL}	*	QL(150 cada 30 días)
PURE COMFORT LANCETS 30 GAUGE ^{MM}	2	
PURE COMFORT PEN NEEDLE 32 GAUGE X 1/4" ^{MM}	2	
PURE COMFORT PEN NEEDLE 32 GAUGE X 3/16" ^{MM}	2	
PURE COMFORT PEN NEEDLE 32 GAUGE X 5/16" ^{MM}	2	
PURE COMFORT PEN NEEDLE 32 GAUGE X 5/32" ^{MM}	2	
PURE COMFORT SAFETY LANCETS 30 GAUGE ^{MM}	2	
PUREFE PLUS 106 MG IRON-1 MG CAPSULE	3	
PURIXAN 20 MG/ML ORAL SUSPENSION ^{MM,SP,DL}	*	QL(300 cada 30 días)
PUSH BUTTON SAFETY LANCETS 28 GAUGE ^{MM}	2	
PYLERA 140 MG-125 MG-125 MG CAPSULE	3	QL(144 cada 30 días)
pyrazinamide 500 mg tablet	1	
PYRIDIUM 100 MG TABLET	3	
PYRIDIUM 200 MG TABLET	3	
pyridostigmine 60 mg/5 ml soln ^{MM}	1	
pyridostigmine br 30 mg tablet ^{MM}	1	
pyridostigmine br 60 mg tablet ^{MM}	1	
pyridostigmine er 180 mg tab ^{MM}	1	
pyrimethamine 25 mg tablet ^{SP,DL}	*	
PYRUKYND 20 MG (7)-5 MG (7) TABLETS IN A DOSE PACK ^{SP,DL}	*	PA,QL(14 cada 14 días)
PYRUKYND 20 MG TABLET ^{MM,SP,DL}	*	PA,QL(60 cada 30 días)
PYRUKYND 5 MG TABLET ^{MM,SP,DL}	*	PA,QL(60 cada 30 días)
PYRUKYND 50 MG (7)-20 MG (7) TABLETS IN A DOSE PACK ^{SP,DL}	*	PA,QL(14 cada 14 días)
PYRUKYND 50 MG TABLET ^{MM,SP,DL}	*	PA,QL(60 cada 30 días)
QBRELIS 1 MG/ML ORAL SOLUTION ^{MM}	3	QL(1200 cada 30 días)
QBREXZA 2.4 % TOWELETTE	3	PA,QL(30 cada 30 días)
QDOLO 5 MG/ML ORAL SOLUTION ^{SP,DL}	*	PA,QL(2400 cada 30 días)
QELBREE 100 MG CAPSULE,EXTENDED RELEASE ^{MM}	3	PA,QL(30 cada 30 días)
QELBREE 150 MG CAPSULE,EXTENDED RELEASE ^{MM}	3	PA,QL(60 cada 30 días)
QELBREE 200 MG CAPSULE,EXTENDED RELEASE ^{MM}	3	PA,QL(60 cada 30 días)
QINLOCK 50 MG TABLET ^{MM,SP,DL}	*	PA,QL(90 cada 30 días)
QNASL 40 MCG/ACTUATION NASAL AEROSOL SPRAY ^{MM}	3	ST,QL(6.8 cada 30 días)
QNASL 80 MCG/ACTUATION NASAL AEROSOL SPRAY ^{MM}	3	ST,QL(10.6 cada 30 días)
QTERN 10 MG-5 MG TABLET ^{MM}	3	PA,QL(30 cada 30 días)
QTERN 5 MG-5 MG TABLET ^{MM}	3	PA,QL(30 cada 30 días)
QUALAQUIN 324 MG CAPSULE	3	PA,QL(42 cada 7 días)
QUARTETTE 0.15 MG-20 MCG/0.15 MG-25 MCG TABLETS,3 MONTH DOSE PACK ^{MM}	3	QL(91 cada 90 días)
quazepam 15 mg tablet ^{DL}	1	QL(30 cada 30 días)
QUDEXY XR 100 MG CAPSULE SPRINKLE,EXTENDED RELEASE ^{MM}	3	PA,QL(30 cada 30 días)
QUDEXY XR 150 MG CAPSULE SPRINKLE,EXTENDED RELEASE ^{MM}	3	PA,QL(60 cada 30 días)
QUDEXY XR 200 MG CAPSULE SPRINKLE,EXTENDED RELEASE ^{MM}	3	PA,QL(60 cada 30 días)
QUDEXY XR 25 MG CAPSULE SPRINKLE,EXTENDED RELEASE ^{MM}	3	PA,QL(90 cada 30 días)
QUDEXY XR 50 MG CAPSULE SPRINKLE,EXTENDED RELEASE ^{MM}	3	PA,QL(30 cada 30 días)
QUESTRAN 4 GRAM ORAL POWDER ^{MM}	3	
QUESTRAN 4 GRAM POWDER FOR SUSP IN A PACKET ^{MM}	3	
QUESTRAN LIGHT 4 GRAM ORAL POWDER ^{MM}	3	
quetiapine er 150 mg tablet ^{MM}	1	QL(90 cada 30 días)
quetiapine er 200 mg tablet ^{MM}	1	QL(30 cada 30 días)
quetiapine er 300 mg tablet ^{MM}	1	QL(60 cada 30 días)
quetiapine er 400 mg tablet ^{MM}	1	QL(60 cada 30 días)
quetiapine er 50 mg tablet ^{MM}	1	QL(120 cada 30 días)

ST - Terapia por fases • QL - Límite de cantidad • PA - Autorización previa

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DEL USO
quetiapine fumarate 100 mg tab ^{MM}	1	QL(90 cada 30 días)
quetiapine fumarate 200 mg tab ^{MM}	1	QL(120 cada 30 días)
quetiapine fumarate 25 mg tab ^{MM}	1	QL(120 cada 30 días)
quetiapine fumarate 300 mg tab ^{MM}	1	QL(60 cada 30 días)
quetiapine fumarate 400 mg tab ^{MM}	1	QL(60 cada 30 días)
quetiapine fumarate 50 mg tab ^{MM}	1	QL(120 cada 30 días)
QUICKVUE AT-HOME COVID-19 TEST KIT	3	
QUILLICHEW ER 20 MG CHEWABLE TABLET, EXTENDED RELEASE ^{MM}	2	QL(30 cada 30 días)
QUILLICHEW ER 30 MG CHEWABLE TABLET, EXTENDED RELEASE ^{MM}	2	QL(60 cada 30 días)
QUILLICHEW ER 40 MG CHEWABLE, EXTENDED RELEASE TABLET ^{MM}	2	QL(30 cada 30 días)
QUILLIVANT XR 5 MG/ML (25 MG/5 ML) ORAL SUSPENSION,EXTEND RELEASE 24HR ^{MM}	2	QL(360 cada 30 días)
quinapril 10 mg tablet ^{MM}	1	
quinapril 20 mg tablet ^{MM}	1	
quinapril 40 mg tablet ^{MM}	1	
quinapril 5 mg tablet ^{MM}	1	
quinapril-hctz 10-12.5 mg tab ^{MM}	1	
quinapril-hctz 20-12.5 mg tab ^{MM}	1	
quinapril-hctz 20-25 mg tab ^{MM}	1	
quinidine gluc er 324 mg tab ^{MM}	1	
quinidine sulfate 200 mg tab ^{MM}	1	
quinidine sulfate 300 mg tab ^{MM}	1	
quinine sulfate 324 mg capsule	1	PA,QL(42 cada 7 días)
QUINTET AC METER ^{MM}	3	ST
QUINTET AC STRIPS ^{MM}	3	ST,QL(150 cada 30 días)
QUINTET BLOOD GLUCOSE METER ^{MM}	3	ST
QUINTET GLUCOSE TEST STRIPS ^{MM}	3	ST,QL(150 cada 30 días)
QULIPTA 10 MG TABLET ^{MM,SP,DL}	*	PA,QL(30 cada 30 días)
QULIPTA 30 MG TABLET ^{MM,SP,DL}	*	PA,QL(30 cada 30 días)
QULIPTA 60 MG TABLET ^{MM,SP,DL}	*	PA,QL(30 cada 30 días)
QUVIVIQ 25 MG TABLET	3	ST,QL(30 cada 30 días)
QUVIVIQ 50 MG TABLET	3	ST,QL(30 cada 30 días)
QVAR REDIHALER 40 MCG/ACTUATION HFA BREATH ACTIVATED AEROSOL ^{MM}	3	ST,QL(10.6 cada 30 días)
QVAR REDIHALER 80 MCG/ACTUATION HFA BREATH ACTIVATED AEROSOL ^{MM}	3	ST,QL(21.2 cada 30 días)
r-natal ob 20 mg iron-1 mg-320 mg capsule ^{MM}	1	
rabeprazole dr 10 mg sprnkl cp ^{MM}	1	ST,QL(60 cada 30 días)
rabeprazole sod dr 20 mg tab ^{MM}	1	QL(60 cada 30 días)
RADICAVA ORS 105 MG/5 ML ORAL SUSPENSION ^{MM,SP,DL}	*	PA,QL(70 cada 28 días)
RADICAVA ORS STARTER KIT SUSPENSION 105 MG/5 ML ORAL ^{MM,SP,DL}	*	PA,QL(70 cada 28 días)
RADIOGARDASE 0.5 GRAM CAPSULE ^{SP,DL}	*	
RAGWITEK 12 AMB A 1 UNIT SUBLINGUAL TABLET ^{MM}	3	ST,QL(30 cada 30 días)
raloxifene hcl 60 mg tablet ^{MM}	1	QL(30 cada 30 días)
ramelteon 8 mg tablet	1	ST,QL(30 cada 30 días)
ramipril 1.25 mg capsule ^{MM}	1	
ramipril 10 mg capsule ^{MM}	1	
ramipril 2.5 mg capsule ^{MM}	1	
ramipril 5 mg capsule ^{MM}	1	
RANEXA 1,000 MG TABLET,EXTENDED RELEASE ^{MM}	3	ST,QL(120 cada 30 días)
RANEXA 500 MG TABLET,EXTENDED RELEASE ^{MM}	3	ST,QL(120 cada 30 días)
ranolazine er 1,000 mg tablet ^{MM}	1	QL(120 cada 30 días)
ranolazine er 500 mg tablet ^{MM}	1	QL(120 cada 30 días)
RAPAFLO 4 MG CAPSULE ^{MM}	3	ST,QL(30 cada 30 días)
RAPAFLO 8 MG CAPSULE ^{MM}	3	ST,QL(30 cada 30 días)
RAPAMUNE 0.5 MG TABLET ^{MM}	3	

ST - Terapia por fases • QL - Límite de cantidad • PA - Autorización previa

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DEL USO
RAPAMUNE 1 MG TABLET ^{MM}	3	QL(300 cada 30 días)
RAPAMUNE 1 MG/ML ORAL SOLUTION ^{MM}	3	
RAPAMUNE 2 MG TABLET ^{MM}	3	QL(150 cada 30 días)
rasagiline mesylate 0.5 mg tab ^{MM}	1	
rasagiline mesylate 1 mg tab ^{MM}	1	
RASUVO (PF) 10 MG/0.2 ML SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR ^{MM}	3	PA,QL(0.8 cada 28 días)
RASUVO (PF) 12.5 MG/0.25 ML SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR ^{MM}	3	PA,QL(1 cada 28 días)
RASUVO (PF) 15 MG/0.3 ML SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR ^{MM}	3	PA,QL(1.2 cada 28 días)
RASUVO (PF) 17.5 MG/0.35 ML SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR ^{MM}	3	PA,QL(1.4 cada 28 días)
RASUVO (PF) 20 MG/0.4 ML SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR ^{MM}	3	PA,QL(1.6 cada 28 días)
RASUVO (PF) 22.5 MG/0.45 ML SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR ^{MM}	3	PA,QL(1.8 cada 28 días)
RASUVO (PF) 25 MG/0.5 ML SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR ^{MM}	3	PA,QL(2 cada 28 días)
RASUVO (PF) 30 MG/0.6 ML SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR ^{MM}	3	PA,QL(2.4 cada 28 días)
RASUVO (PF) 7.5 MG/0.15 ML SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR ^{MM}	3	PA,QL(0.6 cada 28 días)
RAVICTI 1.1 GRAM/ML ORAL LIQUID ^{MM,SP,DL}	*	PA,QL(525 cada 30 días)
RAYALDEE 30 MCG CAPSULE,EXTENDED RELEASE ^{MM,SP,DL}	*	PA,QL(60 cada 30 días)
RAYOS 1 MG TABLET,DELAYED RELEASE ^{SP,DL}	*	ST
RAYOS 2 MG TABLET,DELAYED RELEASE ^{SP,DL}	*	ST
RAYOS 5 MG TABLET,DELAYED RELEASE ^{SP,DL}	*	ST
RAZADYNE 4 MG TABLET ^{MM}	3	QL(60 cada 30 días)
RAZADYNE ER 16 MG CAPSULE,EXTENDED RELEASE ^{MM}	3	QL(30 cada 30 días)
RAZADYNE ER 24 MG CAPSULE,EXTENDED RELEASE ^{MM}	3	QL(30 cada 30 días)
RAZADYNE ER 8 MG CAPSULE,EXTENDED RELEASE ^{MM}	3	QL(30 cada 30 días)
READYLANCE SAFETY LANCETS 21 GAUGE ^{MM}	2	
READYLANCE SAFETY LANCETS 23 GAUGE ^{MM}	2	
READYLANCE SAFETY LANCETS 26 GAUGE ^{MM}	2	
READYLANCE SAFETY LANCETS 28 GAUGE ^{MM}	2	
READYLANCE SAFETY LANCETS 30 GAUGE ^{MM}	2	
REBIF (WITH ALBUMIN) 22 MCG/0.5 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE ^{MM,SP,LD,DL}	*	PA,QL(6 cada 28 días)
REBIF (WITH ALBUMIN) 44 MCG/0.5 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE ^{MM,SP,LD,DL}	*	PA,QL(6 cada 28 días)
REBIF REBIDOSE 22 MCG/0.5 ML SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR ^{MM,SP,LD,DL}	*	PA,QL(6 cada 28 días)
REBIF REBIDOSE 44 MCG/0.5 ML SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR ^{MM,SP,LD,DL}	*	PA,QL(6 cada 28 días)
REBIF REBIDOSE 8.8 MCG/0.2 ML-22 MCG/0.5 ML (6) SUBCUTANEOUS PEN INJ. ^{SP,LD,DL}	*	PA,QL(4.2 cada 28 días)
REBIF TITRATION PACK 8.8 MCG/0.2 ML-22 MCG/0.5 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE ^{SP,LD,DL}	*	PA,QL(4.2 cada 28 días)
reclipsen (28) 0.15 mg-0.03 mg tablet ^{MM}	1	
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	
RECORLEV 150 MG TABLET ^{MM,SP,DL}	*	PA,QL(240 cada 30 días)
RECTIV 0.4 % (W/W) OINTMENT	2	QL(30 cada 30 días)
REDITREX (PF) 10 MG/0.4 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE ^{MM}	3	ST,QL(1.6 cada 28 días)
REDITREX (PF) 12.5 MG/0.5 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE ^{MM}	3	ST,QL(2 cada 28 días)
REDITREX (PF) 15 MG/0.6 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE ^{MM}	3	ST,QL(2.4 cada 28 días)
REDITREX (PF) 17.5 MG/0.7 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE ^{MM}	3	ST,QL(2.8 cada 28 días)
REDITREX (PF) 20 MG/0.8 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE ^{MM}	3	ST,QL(3.2 cada 28 días)
REDITREX (PF) 22.5 MG/0.9 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE ^{MM}	3	ST,QL(3.6 cada 28 días)
REDITREX (PF) 25 MG/ML SUBCUTANEOUS SYRINGE ^{MM}	3	ST,QL(4 cada 28 días)
REDITREX (PF) 7.5 MG/0.3 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE ^{MM}	3	ST,QL(1.2 cada 28 días)
REFUAH PLUS GLUCOSE CONTROL SOLUTION ^{MM}	3	
REFUAH PLUS GLUCOSE MONITOR KIT ^{MM}	3	ST
REFUAH PLUS STRIPS ^{MM}	3	ST,QL(150 cada 30 días)

ST - Terapia por fases • QL - Límite de cantidad • PA - Autorización previa

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DEL USO
REGLAN 10 MG TABLET	3	
REGLAN 5 MG TABLET	3	
REGRANEX 0.01 % TOPICAL GEL ^{SP,DL}	*	PA
RELAFEN 500 MG TABLET	1	ST
RELAFEN 750 MG TABLET	1	ST
RELAFEN DS 1,000 MG TABLET ^{SP,DL}	*	ST,QL(60 cada 30 días)
RELENZA DISKHALER 5 MG/ACTUATION POWDER FOR INHALATION	3	QL(60 cada 180 días)
RELEUKO 300 MCG/0.5 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE ^{SP,DL}	*	PA,QL(7 cada 30 días)
RELEUKO 300 MCG/ML INJECTION SOLUTION ^{SP,DL}	*	PA,QL(14 cada 30 días)
RELEUKO 480 MCG/0.8 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE ^{SP,DL}	*	PA,QL(11.2 cada 30 días)
RELEUKO 480 MCG/1.6 ML INJECTION SOLUTION ^{SP,DL}	*	PA,QL(22.4 cada 30 días)
relexxii 72 mg tablet,extended release ^{MM}	1	ST,QL(30 cada 30 días)
RELI ON 31G X 1/4" NEEDLES ^{MM}	2	
RELIAMED LANCET 23 GAUGE ^{MM}	3	
RELIAMED LANCET 28 GAUGE ^{MM}	3	
RELIAMED LANCET 30 GAUGE ^{MM}	3	
RELIAMED MINI LANCING DEVICE	3	
RELIAMED SAFETY SEAL LANCETS 28 GAUGE ^{MM}	2	
RELIAMED SAFETY SEAL LANCETS 30 GAUGE ^{MM}	2	
RELIAMED TWIST AND CAP LANCET 28 GAUGE ^{MM}	3	
RELION ALL-IN-ONE METER KIT ^{MM}	3	ST
RELION CONFIRM KIT ^{MM}	3	ST
RELION CONFIRM-MICRO STRIPS ^{MM}	3	ST,QL(150 cada 30 días)
RELION INS SYR 0.3 ML 31GX6MM ^{MM}	2	
RELION INS SYR 0.5 ML 31GX6MM ^{MM}	2	
RELION INS SYR 1 ML 31GX15/64" ^{MM}	2	
RELION LANCING DEVICE ^{MM}	2	
RELION MICRO GLUCOSE MONITOR ^{MM}	3	ST
RELION MICRO GLUCOSE MONITOR KIT ^{MM}	3	ST
RELION PEN NEEDLE 31G 6MM ^{MM}	2	
RELION PEN NEEDLES 32GX5/32" ^{MM}	2	
RELION PRIME METER ^{MM}	3	ST
RELION PRIME TEST STRIPS ^{MM}	3	ST,QL(150 cada 30 días)
RELION THIN 26G LANCETS ^{MM}	3	
RELION ULTIMA STRIPS ^{MM}	3	ST,QL(150 cada 30 días)
RELION ULTRA THIN PLUS LANCETS ^{MM}	2	
RELISTOR 12 MG/0.6 ML SUBCUTANEOUS SOLUTION ^{SP,DL}	*	PA,QL(21.6 cada 30 días)
RELISTOR 12 MG/0.6 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE ^{SP,DL}	*	PA,QL(36 cada 28 días)
RELISTOR 150 MG TABLET ^{SP,DL}	*	PA,QL(90 cada 30 días)
RELISTOR 8 MG/0.4 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE ^{SP,DL}	*	PA,QL(4.8 cada 30 días)
REL PAX 20 MG TABLET	3	ST,QL(9 cada 30 días)
REL PAX 40 MG TABLET	3	ST,QL(9 cada 30 días)
RELTONE 200 MG CAPSULE ^{MM,SP,DL}	*	PA,QL(150 cada 30 días)
RELTONE 400 MG CAPSULE ^{MM,SP,DL}	*	PA,QL(60 cada 30 días)
REMERON 15 MG TABLET ^{MM}	3	QL(30 cada 30 días)
REMERON 30 MG TABLET ^{MM}	3	QL(30 cada 30 días)
REMERON SOLTAB 15 MG DISINTEGRATING TABLET ^{MM}	3	QL(30 cada 30 días)
REMERON SOLTAB 30 MG DISINTEGRATING TABLET ^{MM}	3	QL(30 cada 30 días)
REMERON SOLTAB 45 MG DISINTEGRATING TABLET ^{MM}	3	QL(30 cada 30 días)
RENACIDIN 1980.6 MG-59.4MG-980.4MG/30ML IRRIGATION SOLUTION	3	
RENAGEL 800 MG TABLET ^{MM}	3	ST
renal caps 1 mg capsule	1	
reno caps 1 mg capsule	1	
REVELA 0.8 GRAM ORAL POWDER PACKET ^{MM,SP,DL}	*	ST,QL(540 cada 30 días)
REVELA 2.4 GRAM ORAL POWDER PACKET ^{MM,SP,DL}	*	ST,QL(180 cada 30 días)

ST - Terapia por fases • QL - Límite de cantidad • PA - Autorización previa

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DEL USO
RENVELA 800 MG TABLET ^{MM}	3	ST,QL(540 cada 30 días)
repaglinide 0.5 mg tablet ^{MM}	1	
repaglinide 1 mg tablet ^{MM}	1	
repaglinide 2 mg tablet ^{MM}	1	
repaglinide-metformin 1-500 mg ^{MM}	1	
repaglinide-metformin 2-500 mg ^{MM}	1	
REPATHA PUSHTRONEX 420 MG/3.5 ML SUBCUTANEOUS WEARABLE INJECTOR ^{MM}	2	PA,QL(3.5 cada 28 días)
REPATHA SURECLICK 140 MG/ML SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR ^{MM}	2	PA,QL(3 cada 28 días)
REPATHA SYRINGE 140 MG/ML SUBCUTANEOUS SYRINGE ^{MM}	2	PA,QL(3 cada 28 días)
REQUIP XL 12 MG TABLET ^{MM}	3	ST,QL(90 cada 30 días)
REQUIP XL 6 MG TABLET ^{MM}	3	ST,QL(90 cada 30 días)
RESECTISOL 5% SOLUTION	3	
RESPA-AR 8 MG-90 MG-0.24 MG TABLET,EXTENDED RELEASE	3	
RESTASIS 0.05 % EYE DROPS IN A DROPPERETTE ^{MM}	2	QL(60 cada 30 días)
RESTASIS MULTIDOSE 0.05 % EYE DROPS ^{MM}	2	QL(5.5 cada 25 días)
RESTORIL 15 MG CAPSULE ^{DL}	3	QL(30 cada 30 días)
RESTORIL 22.5 MG CAPSULE ^{DL}	3	QL(30 cada 30 días)
RESTORIL 30 MG CAPSULE ^{DL}	3	QL(30 cada 30 días)
RESTORIL 7.5 MG CAPSULE ^{DL}	3	QL(30 cada 30 días)
RETACRIT 10,000 UNIT/ML INJECTION SOLUTION ^{MM,SP,DL}	*	PA,QL(14 cada 30 días)
RETACRIT 2,000 UNIT/ML INJECTION SOLUTION ^{MM,SP,DL}	*	PA,QL(14 cada 30 días)
RETACRIT 20,000 UNIT/2 ML INJECTION SOLUTION ^{MM,SP,DL}	*	PA,QL(14 cada 30 días)
RETACRIT 20,000 UNIT/ML INJECTION SOLUTION ^{MM,SP,DL}	*	PA,QL(14 cada 30 días)
RETACRIT 3,000 UNIT/ML INJECTION SOLUTION ^{MM,SP,DL}	*	PA,QL(14 cada 30 días)
RETACRIT 4,000 UNIT/ML INJECTION SOLUTION ^{MM,SP,DL}	*	PA,QL(14 cada 30 días)
RETACRIT 40,000 UNIT/ML INJECTION SOLUTION ^{MM,SP,DL}	*	PA,QL(14 cada 30 días)
RETEVMO 40 MG CAPSULE ^{MM,SP,LD,DL}	*	PA,QL(180 cada 30 días)
RETEVMO 80 MG CAPSULE ^{MM,SP,LD,DL}	*	PA,QL(120 cada 30 días)
RETIN-A 0.01 % TOPICAL GEL	3	PA
RETIN-A 0.025 % TOPICAL CREAM	3	PA
RETIN-A 0.025 % TOPICAL GEL	3	PA
RETIN-A 0.05 % TOPICAL CREAM	3	PA
RETIN-A 0.1 % TOPICAL CREAM	3	PA
RETIN-A MICRO 0.04 % TOPICAL GEL	3	PA
RETIN-A MICRO 0.1 % TOPICAL GEL	3	PA
RETIN-A MICRO PUMP 0.04 % TOPICAL GEL	3	PA
RETIN-A MICRO PUMP 0.06 % TOPICAL GEL	3	PA
RETIN-A MICRO PUMP 0.08 % TOPICAL GEL ^{SP,DL}	*	PA
RETIN-A MICRO PUMP 0.1 % TOPICAL GEL	3	PA
RETROVIR 10 MG/ML INTRAVENOUS SOLUTION	3	
RETROVIR 10 MG/ML ORAL SYRUP ^{MM}	3	QL(1680 cada 28 días)
RETROVIR 100 MG CAPSULE ^{MM}	3	QL(180 cada 30 días)
REVATIO 10 MG/ML ORAL SUSPENSION ^{MM,SP,DL}	*	PA,QL(180 cada 30 días)
REVATIO 20 MG TABLET ^{MM}	3	PA,QL(90 cada 30 días)
REVEAL BLOOD GLUCOSE METER KIT ^{MM}	3	ST
REVEAL TEST STRIP ^{MM}	3	ST,QL(150 cada 30 días)
REVLIMID 10 MG CAPSULE ^{MM,SP,LD,DL}	*	PA,QL(28 cada 28 días)
REVLIMID 15 MG CAPSULE ^{MM,SP,LD,DL}	*	PA,QL(28 cada 28 días)
REVLIMID 2.5 MG CAPSULE ^{MM,SP,LD,DL}	*	PA,QL(28 cada 28 días)
REVLIMID 20 MG CAPSULE ^{MM,SP,LD,DL}	*	PA,QL(28 cada 28 días)
REVLIMID 25 MG CAPSULE ^{MM,SP,LD,DL}	*	PA,QL(28 cada 28 días)
REVLIMID 5 MG CAPSULE ^{MM,SP,LD,DL}	*	PA,QL(28 cada 28 días)
REXULTI 0.25 MG TABLET ^{MM,SP,DL}	*	PA,QL(30 cada 30 días)
REXULTI 0.5 MG TABLET ^{MM,SP,DL}	*	PA,QL(30 cada 30 días)
REXULTI 1 MG TABLET ^{MM,SP,DL}	*	PA,QL(30 cada 30 días)

ST - Terapia por fases • QL - Límite de cantidad • PA - Autorización previa

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DEL USO
REXULTI 2 MG TABLET ^{MM,SP,DL}	*	PA,QL(30 cada 30 días)
REXULTI 3 MG TABLET ^{MM,SP,DL}	*	PA,QL(30 cada 30 días)
REXULTI 4 MG TABLET ^{MM,SP,DL}	*	PA,QL(30 cada 30 días)
REYATAZ 150 MG CAPSULE ^{MM}	3	QL(60 cada 30 días)
REYATAZ 200 MG CAPSULE ^{MM}	3	QL(60 cada 30 días)
REYATAZ 300 MG CAPSULE ^{MM}	3	QL(30 cada 30 días)
REYATAZ 50 MG ORAL POWDER PACKET ^{MM,SP}	*	
REYVOW 100 MG TABLET	3	PA,QL(8 cada 30 días)
REYVOW 50 MG TABLET	3	PA,QL(4 cada 30 días)
REZUROCK 200 MG TABLET ^{MM,SP,DL}	*	PA,QL(30 cada 30 días)
RHOFADE 1 % TOPICAL CREAM	3	ST,QL(30 cada 30 días)
RHOPRESSA 0.02 % EYE DROPS ^{MM}	3	PA,QL(2.5 cada 25 días)
ribavirin 200 mg capsule	1	QL(168 cada 28 días)
ribavirin 200 mg tablet	1	QL(168 cada 28 días)
ribavirin 6 gm inhalation vial	1	QL(8 cada 30 días)
RIDAURA 3 MG CAPSULE ^{MM}	3	
rifabutin 150 mg capsule	1	
RIFADIN 150 MG CAPSULE	3	
RIFADIN 300 MG CAPSULE	3	
RIFAMATE CAPSULE	3	
rifampin 150 mg capsule	1	
rifampin 300 mg capsule	1	
RIFATER TABLET	3	
RIGHTEST CONTROL SOLUTION HIGH ^{MM}	3	
RIGHTEST CONTROL SOLUTION NORMAL ^{MM}	3	
RIGHTEST GC250S CONTROL SOLUTION NORMAL ^{MM}	3	
RIGHTEST GC700 LEVEL 2 CONTROL SOLUTION ^{MM}	3	
RIGHTEST GD500 LANCING DEVICE	3	
RIGHTEST GL300 LANCETS 30 GAUGE ^{MM}	2	
RIGHTEST GM250S GLUCOSE METER ^{MM}	3	ST
RIGHTEST GM260 GLUCOSE METER ^{MM}	3	ST
RIGHTEST GM550 SYSTEM KIT ^{MM}	3	ST
RIGHTEST GM700SB GLUCOSE METER ^{MM}	3	ST
RIGHTEST GS250S TEST STRIPS ^{MM}	3	ST,QL(150 cada 30 días)
RIGHTEST GS260 TEST STRIPS ^{MM}	3	ST,QL(150 cada 30 días)
RIGHTEST GS550 TEST STRIPS ^{MM}	3	ST,QL(150 cada 30 días)
RIGHTEST GS700 TEST STRIP ^{MM}	3	ST,QL(150 cada 30 días)
RIGHTEST GT333 GLUCOSE METER ^{MM}	3	ST
RIGHTEST GT333 LEVEL 2 CONTROL SOLUTION ^{MM}	3	
RIGHTEST GT333 TEST STRIP ^{MM}	3	ST,QL(150 cada 30 días)
RIGHTEST MAX PLUS GLUCOSE METER ^{MM}	3	ST
RIGHTEST MAX TEST STRIP ^{MM}	3	ST,QL(150 cada 30 días)
RILUTEK 50 MG TABLET ^{MM}	3	
riluzole 50 mg tablet ^{MM}	1	
rimantadine hcl 100 mg tablet	1	
ringers irrigation solution	1	
RINVOQ 15 MG TABLET,EXTENDED RELEASE ^{MM,SP,LD,DL}	*	PA,QL(30 cada 30 días)
RINVOQ 30 MG TABLET,EXTENDED RELEASE ^{MM,SP,DL}	*	PA,QL(30 cada 30 días)
RINVOQ 45 MG TABLET,EXTENDED RELEASE ^{MM,SP,DL}	*	PA,QL(56 cada 365 días)
RIOMET 500 MG/5 ML ORAL SOLUTION ^{MM,SP,DL}	*	QL(750 cada 30 días)
RIOMET ER 500 MG/5 ML ORAL SUSPENSION,EXTENDED RELEASE ^{MM}	3	QL(750 cada 30 días)
risedronate sod dr 35 mg tab ^{MM}	1	QL(4 cada 28 días)
risedronate sodium 150 mg tab ^{MM}	1	QL(1 cada 30 días)
risedronate sodium 30 mg tab	1	QL(30 cada 30 días)
risedronate sodium 35 mg tab ^{MM}	1	QL(4 cada 28 días)

ST - Terapia por fases • QL - Límite de cantidad • PA - Autorización previa

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DEL USO
risedronate sodium 5 mg tablet ^{MM}	1	QL(30 cada 30 días)
RISPERDAL 0.5 MG TABLET ^{MM}	3	QL(120 cada 30 días)
RISPERDAL 1 MG TABLET ^{MM}	3	QL(60 cada 30 días)
RISPERDAL 1 MG/ML ORAL SOLUTION ^{MM}	3	
RISPERDAL 2 MG TABLET ^{MM}	3	QL(60 cada 30 días)
RISPERDAL 3 MG TABLET ^{MM}	3	QL(60 cada 30 días)
RISPERDAL 4 MG TABLET ^{MM}	3	QL(60 cada 30 días)
RISPERDAL CONSTA 12.5 MG/2 ML INTRAMUSCULAR SUSP,EXTENDED RELEASE ^{MM,SP,DL}	*	QL(2 cada 28 días)
RISPERDAL CONSTA 25 MG/2 ML INTRAMUSCULAR SUSP,EXTENDED RELEASE ^{MM,SP,DL}	*	QL(2 cada 28 días)
RISPERDAL CONSTA 37.5 MG/2 ML INTRAMUSCULAR SUSP,EXTENDED RELEASE ^{MM,SP,DL}	*	QL(2 cada 28 días)
RISPERDAL CONSTA 50 MG/2 ML INTRAMUSCULAR SUSP,EXTENDED RELEASE ^{MM,SP,DL}	*	QL(2 cada 28 días)
risperidone 0.25 mg odt ^{MM}	1	QL(60 cada 30 días)
risperidone 0.25 mg tablet ^{MM}	1	QL(60 cada 30 días)
risperidone 0.5 mg odt ^{MM}	1	QL(120 cada 30 días)
risperidone 0.5 mg tablet ^{MM}	1	QL(120 cada 30 días)
risperidone 1 mg odt ^{MM}	1	QL(60 cada 30 días)
risperidone 1 mg tablet ^{MM}	1	QL(60 cada 30 días)
risperidone 1 mg/ml solution ^{MM}	1	
risperidone 2 mg odt ^{MM}	1	QL(60 cada 30 días)
risperidone 2 mg tablet ^{MM}	1	QL(60 cada 30 días)
risperidone 3 mg odt ^{MM}	1	QL(60 cada 30 días)
risperidone 3 mg tablet ^{MM}	1	QL(60 cada 30 días)
risperidone 4 mg odt ^{MM}	1	QL(60 cada 30 días)
risperidone 4 mg tablet ^{MM}	1	QL(60 cada 30 días)
RITALIN 10 MG TABLET ^{MM}	3	QL(90 cada 30 días)
RITALIN 20 MG TABLET ^{MM}	3	QL(90 cada 30 días)
RITALIN 5 MG TABLET ^{MM}	3	QL(90 cada 30 días)
RITALIN LA 10 MG CAPSULE,EXTENDED RELEASE ^{MM}	3	ST,QL(30 cada 30 días)
RITALIN LA 20 MG CAPSULE,EXTENDED RELEASE ^{MM}	3	ST,QL(30 cada 30 días)
RITALIN LA 30 MG CAPSULE,EXTENDED RELEASE ^{MM}	3	ST,QL(60 cada 30 días)
RITALIN LA 40 MG CAPSULE,EXTENDED RELEASE ^{MM}	3	ST,QL(30 cada 30 días)
RITFLO AEROCHAMBER	3	
ritonavir 100 mg tablet ^{MM}	1	QL(360 cada 30 días)
rivastigmine 1.5 mg capsule ^{MM}	1	QL(90 cada 30 días)
rivastigmine 13.3 mg/24hr ptch ^{MM}	1	QL(30 cada 30 días)
rivastigmine 3 mg capsule ^{MM}	1	QL(90 cada 30 días)
rivastigmine 4.5 mg capsule ^{MM}	1	QL(60 cada 30 días)
rivastigmine 4.6 mg/24hr patch ^{MM}	1	QL(30 cada 30 días)
rivastigmine 6 mg capsule ^{MM}	1	QL(60 cada 30 días)
rivastigmine 9.5 mg/24hr patch ^{MM}	1	QL(30 cada 30 días)
rivalsa 0.15 mg-20 mcg/0.15 mg-25 mcg tablets,3 month dose pack ^{MM}	1	QL(91 cada 90 días)
rizatriptan 10 mg odt	1	QL(12 cada 30 días)
rizatriptan 10 mg tablet	1	QL(12 cada 30 días)
rizatriptan 5 mg odt	1	QL(12 cada 30 días)
rizatriptan 5 mg tablet	1	QL(12 cada 30 días)
ROBAXIN-750 TABLET	3	
ROBINUL 1 MG TABLET ^{MM}	3	ST
ROBINUL FORTE 2 MG TABLET ^{MM}	3	ST
ROCALTROL 0.25 MCG CAPSULE ^{MM}	3	
ROCALTROL 0.5 MCG CAPSULE ^{MM}	3	
ROCALTROL 1 MCG/ML ORAL SOLUTION ^{MM}	3	

ST - Terapia por fases • QL - Límite de cantidad • PA - Autorización previa

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DEL USO
ROCKLATAN 0.02 %-0.005 % EYE DROPS ^{MM}	3	ST,QL(2.5 cada 25 días)
ropinirole hcl 0.25 mg tablet ^{MM}	1	QL(180 cada 30 días)
ropinirole hcl 0.5 mg tablet ^{MM}	1	QL(90 cada 30 días)
ropinirole hcl 1 mg tablet ^{MM}	1	QL(90 cada 30 días)
ropinirole hcl 2 mg tablet ^{MM}	1	QL(90 cada 30 días)
ropinirole hcl 3 mg tablet ^{MM}	1	QL(180 cada 30 días)
ropinirole hcl 4 mg tablet ^{MM}	1	QL(180 cada 30 días)
ropinirole hcl 5 mg tablet ^{MM}	1	QL(120 cada 30 días)
ropinirole hcl er 12 mg tablet ^{MM}	1	ST,QL(90 cada 30 días)
ropinirole hcl er 2 mg tablet ^{MM}	1	ST,QL(90 cada 30 días)
ropinirole hcl er 4 mg tablet ^{MM}	1	ST,QL(90 cada 30 días)
ropinirole hcl er 6 mg tablet ^{MM}	1	ST,QL(90 cada 30 días)
ropinirole hcl er 8 mg tablet ^{MM}	1	ST,QL(90 cada 30 días)
rosadan 0.75 % topical cream	1	
rosadan 0.75 % topical gel	1	
rosuvastatin calcium 10 mg tab ^{MM}	1	
rosuvastatin calcium 20 mg tab ^{MM}	1	
rosuvastatin calcium 40 mg tab ^{MM}	1	
rosuvastatin calcium 5 mg tab ^{MM}	1	
rosuvastatin-ezetimibe 10-10mg ^{MM}	3	ST,QL(30 cada 30 días)
rosuvastatin-ezetimibe 20-10mg ^{MM}	3	ST,QL(30 cada 30 días)
rosuvastatin-ezetimibe 40-10mg ^{MM}	3	ST,QL(30 cada 30 días)
rosuvastatin-ezetimibe 5-10 mg ^{MM}	3	ST,QL(30 cada 30 días)
ROSZET 10 MG-10 MG TABLET ^{MM}	3	ST,QL(30 cada 30 días)
ROSZET 10 MG-20 MG TABLET ^{MM}	3	ST,QL(30 cada 30 días)
ROSZET 10 MG-40 MG TABLET ^{MM}	3	ST,QL(30 cada 30 días)
ROSZET 10 MG-5 MG TABLET ^{MM}	3	ST,QL(30 cada 30 días)
ROWASA 4 GRAM/60 ML ENEMA ^{MM}	3	QL(1800 cada 30 días)
roweepra 1,000 mg tablet ^{MM}	1	
roweepra 500 mg tablet ^{MM}	1	
roweepra 750 mg tablet ^{MM}	1	
roweepra xr 500 mg tablet,extended release ^{MM}	1	
roweepra xr 750 mg tablet,extended release ^{MM}	1	
ROXICODONE 15 MG TABLET ^{DL}	3	QL(360 cada 30 días)
ROXICODONE 30 MG TABLET ^{DL}	3	QL(360 cada 30 días)
ROXICODONE 5 MG TABLET ^{DL}	3	QL(360 cada 30 días)
ROZEREM 8 MG TABLET	3	ST,QL(30 cada 30 días)
ROZLYTREK 100 MG CAPSULE ^{MM,SP,LD,DL}	*	PA,QL(30 cada 30 días)
ROZLYTREK 200 MG CAPSULE ^{MM,SP,LD,DL}	*	PA,QL(90 cada 30 días)
RUBRACA 200 MG TABLET ^{MM,SP,DL}	*	PA,QL(120 cada 30 días)
RUBRACA 250 MG TABLET ^{MM,SP,DL}	*	PA,QL(120 cada 30 días)
RUBRACA 300 MG TABLET ^{MM,SP,DL}	*	PA,QL(120 cada 30 días)
rufinamide 200 mg tablet ^{MM,SP,DL}	*	PA,QL(480 cada 30 días)
rufinamide 40 mg/ml suspension ^{MM,SP,DL}	*	PA,QL(2760 cada 30 días)
rufinamide 400 mg tablet ^{MM,SP,DL}	*	PA,QL(240 cada 30 días)
RUKOBIA 600 MG TABLET,EXTENDED RELEASE ^{MM,SP}	*	QL(60 cada 30 días)
RUZURGI 10 MG TABLET ^{MM,SP,DL}	*	PA,QL(300 cada 30 días)
RYBELSUS 14 MG TABLET ^{MM}	2	QL(30 cada 30 días)
RYBELSUS 3 MG TABLET	2	QL(30 cada 30 días)
RYBELSUS 7 MG TABLET ^{MM}	2	QL(30 cada 30 días)
RYCLORA 2 MG/5 ML ORAL SOLUTION ^{DL}	3	PA
RYDAPT 25 MG CAPSULE ^{MM,SP,DL}	*	PA,QL(224 cada 28 días)
RYTARY 23.75 MG-95 MG CAPSULE,EXTENDED RELEASE ^{MM}	3	ST,QL(360 cada 30 días)
RYTARY 36.25 MG-145 MG CAPSULE,EXTENDED RELEASE ^{MM}	3	ST,QL(270 cada 30 días)

ST - Terapia por fases • QL - Límite de cantidad • PA - Autorización previa

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DEL USO
RYTARY 48.75 MG-195 MG CAPSULE,EXTENDED RELEASE ^{MM}	3	ST,QL(360 cada 30 días)
RYTARY 61.25 MG-245 MG CAPSULE,EXTENDED RELEASE ^{MM}	3	ST,QL(300 cada 30 días)
RYTHMOL SR 225 MG CAPSULE,EXTENDED RELEASE ^{MM}	3	
RYTHMOL SR 325 MG CAPSULE,EXTENDED RELEASE ^{MM}	3	
RYTHMOL SR 425 MG CAPSULE,EXTENDED RELEASE ^{MM}	3	
RYVENT 6 MG TABLET	3	QL(120 cada 30 días)
SABRIL 500 MG ORAL POWDER PACKET ^{MM,SP,DL}	*	PA,QL(180 cada 30 días)
SABRIL 500 MG TABLET ^{MM,SP,DL}	*	PA,QL(180 cada 30 días)
SAFESNAP INSULIN SYRINGE 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16 ^{MM}	2	
SAFESNAP INSULIN SYRINGE 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2 ^{MM}	2	
SAFESNAP INSULIN SYRINGE 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16 ^{MM}	2	
SAFESNAP INSULIN SYRINGE 1 ML 28 GAUGE X 1/2 ^{MM}	2	
SAFESNAP INSULIN SYRINGE 1 ML 29 GAUGE X 1/2 ^{MM}	2	
SAFETY LANCETS 21 GAUGE ^{MM}	2	
SAFETY LANCETS 26 GAUGE ^{MM}	3	
SAFETY LANCETS 28 GAUGE ^{MM}	2	
SAFETY PEN NEEDLE 31 GAUGE X 3/16 ^{MM}	2	
SAFETY SEAL LANCETS 28 GAUGE ^{MM}	2	
SAFETY SEAL LANCETS 30 GAUGE ^{MM}	2	
SAFETY-LET LANCETS 30 GAUGE ^{MM}	2	
SAFYRAL 3 MG-0.03 MG-0.451 MG (21)/0.451 MG (7) TABLET ^{MM}	3	
SAIZEN 5 MG SUBCUTANEOUS SOLUTION ^{MM,SP,DL}	*	PA,QL(28 cada 28 días)
SAIZEN 8.8 MG SUBCUTANEOUS SOLUTION ^{MM,SP,DL}	*	PA,QL(28 cada 30 días)
SAIZEN SAIZENPREP 8.8 MG/1.51 ML (FINAL CONC.) SUBCUTANEOUS CARTRIDGE ^{MM,SP,DL}	*	PA,QL(18 cada 30 días)
sajazir 30 mg/3 ml subcutaneous syringe ^{SP,DL}	*	PA,QL(9 cada 30 días)
SALAGEN (PILOCARPINE) 5 MG TABLET ^{MM}	3	
SALAGEN (PILOCARPINE) 7.5 MG TABLET ^{MM}	3	
SAMSCA 15 MG TABLET ^{MM,SP,DL}	*	QL(60 cada 30 días)
SAMSCA 30 MG TABLET ^{MM,SP,DL}	*	QL(60 cada 30 días)
SANCUSO 3.1 MG/24 HOUR TRANSDERMAL PATCH	3	PA,QL(4 cada 30 días)
SANDIMMUNE 100 MG CAPSULE ^{MM}	3	QL(720 cada 30 días)
SANDIMMUNE 100 MG/ML ORAL SOLUTION ^{MM}	3	
SANDIMMUNE 25 MG CAPSULE ^{MM}	3	
SANDOSTATIN 100 MCG/ML INJECTION SOLUTION ^{MM}	3	PA
SANDOSTATIN 50 MCG/ML INJECTION SOLUTION ^{MM}	3	PA
SANDOSTATIN 500 MCG/ML INJECTION SOLUTION ^{MM}	3	PA
SANOFI COVID-19 VACCINE BOOSTER-ANTIGEN COMPONENT(PF) IM EMUL (UNAPP)	3	
SANTYL 250 UNIT/GRAM TOPICAL OINTMENT	3	PA
SAPHRIS 10 MG SUBLINGUAL TABLET ^{MM,SP}	*	PA,QL(60 cada 30 días)
SAPHRIS 2.5 MG SUBLINGUAL TABLET ^{MM,SP}	*	PA,QL(60 cada 30 días)
SAPHRIS 5 MG SUBLINGUAL TABLET ^{MM,SP}	*	PA,QL(60 cada 30 días)
sapropterin 100 mg powder pkt ^{MM,SP,DL}	*	PA
sapropterin 100 mg tablet ^{MM,SP,DL}	*	PA
sapropterin 500 mg powder pkt ^{MM,SP,DL}	*	PA
SARAFEM 10 MG TABLET ^{MM}	3	ST,QL(60 cada 30 días)
SARAFEM 20 MG TABLET ^{MM}	3	ST,QL(60 cada 30 días)
SAVAYSA 15 MG TABLET ^{MM}	3	QL(30 cada 30 días)
SAVAYSA 30 MG TABLET ^{MM}	3	QL(30 cada 30 días)
SAVAYSA 60 MG TABLET ^{MM}	3	QL(30 cada 30 días)
SAVELLA 100 MG TABLET ^{MM}	3	PA,QL(60 cada 30 días)
SAVELLA 12.5 MG (5)-25 MG(8)-50MG(42) TABLETS IN A DOSE PACK	3	PA,QL(60 cada 30 días)
SAVELLA 12.5 MG TABLET ^{MM}	3	PA,QL(60 cada 30 días)

ST - Terapia por fases • QL - Límite de cantidad • PA - Autorización previa

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DEL USO
SAVELLA 25 MG TABLET ^{MM}	3	PA,QL(60 cada 30 días)
SAVELLA 50 MG TABLET ^{MM}	3	PA,QL(60 cada 30 días)
SCEMBLIX 20 MG TABLET ^{MM,SP,DL}	*	PA,QL(60 cada 30 días)
SCEMBLIX 40 MG TABLET ^{MM,SP,DL}	*	PA,QL(300 cada 30 días)
scopolamine 1 mg/3 day patch	1	QL(10 cada 30 días)
se-natal 19 chewable 29 mg iron-1 mg tablet ^{MM}	1	
SEASONIQUE 0.15 MG-30 MCG (84)/10 MCG(7) TABLETS,3 MONTH DOSE PACK ^{MM}	3	QL(91 cada 90 días)
SECONAL SODIUM 100 MG CAPSULE	3	
SECUADO 3.8 MG/24 HOUR TRANSDERMAL 24 HOUR PATCH ^{MM,SP,DL}	*	PA,QL(30 cada 30 días)
SECUADO 5.7 MG/24 HOUR TRANSDERMAL 24 HOUR PATCH ^{MM,SP,DL}	*	PA,QL(30 cada 30 días)
SECUADO 7.6 MG/24 HOUR TRANSDERMAL 24 HOUR PATCH ^{MM,SP,DL}	*	PA,QL(30 cada 30 días)
SECURESAFE PEN NEEDLE 30 GAUGE X 5/16" ^{MM}	2	
SEGLENTIS 44 MG-56 MG TABLET ^{DL}	3	PA,QL(120 cada 30 días)
SEGLUROMET 2.5 MG-1,000 MG TABLET ^{MM}	3	ST,QL(60 cada 30 días)
SEGLUROMET 2.5 MG-500 MG TABLET ^{MM}	3	ST,QL(60 cada 30 días)
SEGLUROMET 7.5 MG-1,000 MG TABLET ^{MM}	3	ST,QL(60 cada 30 días)
SEGLUROMET 7.5 MG-500 MG TABLET ^{MM}	3	ST,QL(60 cada 30 días)
SELECT-OB (FOLIC ACID) 29 MG IRON-1 MG CHEWABLE TABLET ^{MM}	2	
SELECT-OB + DHA 29 MG IRON-1 MG-250 MG ORAL PACK ^{MM}	3	
SELECT-OB 29 MG IRON-1 MG CHEWABLE TABLET ^{MM}	3	
selegiline hcl 5 mg capsule ^{MM}	1	
selegiline hcl 5 mg tablet ^{MM}	1	
selenium sulfide 2.5% lotion	1	
SELZENTRY 150 MG TABLET ^{MM,SP}	*	QL(240 cada 30 días)
SELZENTRY 20 MG/ML ORAL SOLUTION ^{MM,SP}	*	QL(1800 cada 30 días)
SELZENTRY 25 MG TABLET ^{MM,SP}	*	QL(240 cada 30 días)
SELZENTRY 300 MG TABLET ^{MM,SP}	*	QL(120 cada 30 días)
SELZENTRY 75 MG TABLET ^{MM,SP}	*	QL(120 cada 30 días)
SEMGLEE (INSULIN GLARGINE-YFGN) 100 UNIT/ML SUBCUTANEOUS SOLUTION ^{MM}	3	ST
SEMGLEE (INSULIN GLARGINE-YFGN) PEN 100 UNIT/ML (3 ML) SUBCUTANEOUS ^{MM}	3	ST
SEMGLEE 100 UNIT/ML PEN ^{MM}	3	ST
SEMGLEE 100 UNIT/ML VIAL ^{MM}	3	ST
SEMPREX-D 8 MG-60 MG CAPSULE	3	
SENSIPAR 30 MG TABLET ^{MM}	3	ST,QL(60 cada 30 días)
SENSIPAR 60 MG TABLET ^{MM}	3	ST,QL(60 cada 30 días)
SENSIPAR 90 MG TABLET ^{MM}	3	ST,QL(120 cada 30 días)
SEREVENT DISKUS 50 MCG/DOSE POWDER FOR INHALATION ^{MM}	2	QL(60 cada 30 días)
SERNIVO 0.05 % TOPICAL SPRAY WITH PUMP ^{SP,DL}	*	ST,QL(120 cada 28 días)
SEROQUEL 100 MG TABLET ^{MM}	3	QL(90 cada 30 días)
SEROQUEL 200 MG TABLET ^{MM}	3	QL(120 cada 30 días)
SEROQUEL 25 MG TABLET ^{MM}	3	QL(120 cada 30 días)
SEROQUEL 300 MG TABLET ^{MM}	3	QL(60 cada 30 días)
SEROQUEL 400 MG TABLET ^{MM}	3	QL(60 cada 30 días)
SEROQUEL 50 MG TABLET ^{MM}	3	QL(120 cada 30 días)
SEROQUEL XR 150 MG TABLET,EXTENDED RELEASE ^{MM}	3	ST,QL(90 cada 30 días)
SEROQUEL XR 200 MG TABLET,EXTENDED RELEASE ^{MM}	3	ST,QL(30 cada 30 días)
SEROQUEL XR 300 MG TABLET,EXTENDED RELEASE ^{MM}	3	ST,QL(60 cada 30 días)
SEROQUEL XR 400 MG TABLET,EXTENDED RELEASE ^{MM}	3	ST,QL(60 cada 30 días)
SEROQUEL XR 50 MG TABLET,EXTENDED RELEASE ^{MM}	3	ST,QL(120 cada 30 días)
SEROQUEL XR 50 MG(3)-200 MG(1)-300 MG(1) TABLET, ER 24 HR DOSE PACK	3	PA,QL(15 cada 30 días)
SEROSTIM 4 MG SUBCUTANEOUS SOLUTION ^{MM,SP,LD,DL}	*	PA,QL(28 cada 28 días)
SEROSTIM 5 MG SUBCUTANEOUS SOLUTION ^{MM,SP,LD,DL}	*	PA,QL(28 cada 28 días)
SEROSTIM 6 MG SUBCUTANEOUS SOLUTION ^{MM,SP,LD,DL}	*	PA,QL(28 cada 28 días)
SERTRALINE 150 MG CAPSULE ^{MM}	3	ST,QL(30 cada 30 días)

ST - Terapia por fases • QL - Límite de cantidad • PA - Autorización previa

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DEL USO
sertraline 20 mg/ml oral conc ^{MM}	1	QL(60 cada 30 días)
SERTRALINE 200 MG CAPSULE ^{MM}	3	ST,QL(30 cada 30 días)
sertraline hcl 100 mg tablet ^{MM}	1	QL(60 cada 30 días)
sertraline hcl 25 mg tablet ^{MM}	1	QL(90 cada 30 días)
sertraline hcl 50 mg tablet ^{MM}	1	QL(90 cada 30 días)
setlakin 0.15 mg-30 mcg (91) tablets,3 month dose pack ^{MM}	1	QL(91 cada 90 días)
sevelamer 0.8 gm powder packet ^{MM,SP,DL}	*	QL(540 cada 30 días)
sevelamer 2.4 gm powder packet ^{MM,SP,DL}	*	QL(180 cada 30 días)
sevelamer carbonate 800 mg tab ^{MM}	1	QL(540 cada 30 días)
sevelamer hcl 400 mg tablet ^{MM}	1	ST
sevelamer hcl 800 mg tablet ^{MM}	1	ST
SEYSARA 100 MG TABLET ^{SP,DL}	*	ST,QL(30 cada 30 días)
SEYSARA 150 MG TABLET ^{SP,DL}	*	ST,QL(30 cada 30 días)
SEYSARA 60 MG TABLET ^{SP,DL}	*	ST,QL(30 cada 30 días)
SFROWASA 4 GRAM/60 ML ENEMA ^{MM}	3	QL(1800 cada 30 días)
sharobel 0.35 mg tablet ^{MM}	1	
SHINGRIX (PF) 50 MCG/0.5 ML INTRAMUSCULAR SUSPENSION, KIT	3	
SIGNIFOR 0.3 MG/ML (1 ML) SUBCUTANEOUS SOLUTION ^{MM,SP,DL}	*	PA,QL(60 cada 30 días)
SIGNIFOR 0.6 MG/ML (1 ML) SUBCUTANEOUS SOLUTION ^{MM,SP,DL}	*	PA,QL(60 cada 30 días)
SIGNIFOR 0.9 MG/ML (1 ML) SUBCUTANEOUS SOLUTION ^{MM,SP,DL}	*	PA,QL(60 cada 30 días)
SIKLOS 1,000 MG TABLET ^{MM,SP,DL}	*	PA
SIKLOS 100 MG TABLET ^{MM,SP,DL}	*	PA
sildenafil 10 mg/ml oral susp ^{MM,SP,DL}	*	PA,QL(180 cada 30 días)
sildenafil 20 mg tablet ^{MM}	1	PA,QL(90 cada 30 días)
SILENOR 3 MG TABLET	3	ST,QL(30 cada 30 días)
SILENOR 6 MG TABLET	3	ST,QL(30 cada 30 días)
SILICONE MASK - INFANT	3	
SILIQ 210 MG/1.5 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE ^{MM,SP,DL}	*	PA,QL(42 cada 365 días)
silodosin 4 mg capsule ^{MM}	1	ST,QL(30 cada 30 días)
silodosin 8 mg capsule ^{MM}	1	ST,QL(30 cada 30 días)
SILVADENE 1 % TOPICAL CREAM	3	
silver sulfadiazine 1% cream	1	
SIMBRINZA 1 %-0.2 % EYE DROPS,SUSPENSION ^{MM}	3	ST,QL(16 cada 30 días)
simliya (28) 0.15 mg-0.02 mg (21)/0.01 mg (5) tablet ^{MM}	1	
simpesse 0.15 mg-30 mcg (84)/10 mcg(7) tablets,3 month dose pack ^{MM}	1	QL(91 cada 90 días)
SIMPONI 100 MG/ML SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR ^{MM,SP}	*	PA,QL(16 cada 365 días)
SIMPONI 100 MG/ML SUBCUTANEOUS SYRINGE ^{MM,SP}	*	PA,QL(16 cada 365 días)
SIMPONI 50 MG/0.5 ML SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR ^{MM,SP,DL}	*	PA,QL(0.5 cada 30 días)
SIMPONI 50 MG/0.5 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE ^{MM,SP,DL}	*	PA,QL(0.5 cada 30 días)
simvastatin 10 mg tablet ^{MM}	1	
simvastatin 20 mg tablet ^{MM}	1	
simvastatin 40 mg tablet ^{MM}	1	
simvastatin 5 mg tablet ^{MM}	1	
simvastatin 80 mg tablet ^{MM}	1	
SINEMET 10 MG-100 MG TABLET ^{MM}	3	
SINEMET 25 MG-100 MG TABLET ^{MM}	3	
SINEMET 25-250 MG TABLET ^{MM}	3	
SINGLE-LET MISC ^{MM}	2	
SINGULAIR 10 MG TABLET ^{MM}	3	QL(30 cada 30 días)
SINGULAIR 4 MG CHEWABLE TABLET ^{MM}	3	QL(30 cada 30 días)
SINGULAIR 4 MG ORAL GRANULES IN PACKET ^{MM}	3	QL(30 cada 30 días)
SINGULAIR 5 MG CHEWABLE TABLET ^{MM}	3	QL(30 cada 30 días)
sirolimus 0.5 mg tablet ^{MM}	1	
sirolimus 1 mg tablet ^{MM}	1	QL(300 cada 30 días)

ST - Terapia por fases • QL - Límite de cantidad • PA - Autorización previa

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DEL USO
sirolimus 1 mg/ml solution ^{MM}	1	
sirolimus 2 mg tablet ^{MM}	1	QL(150 cada 30 días)
SIRTURO 100 MG TABLET	3	PA,QL(68 cada 28 días)
SIRTURO 20 MG TABLET	3	PA,QL(340 cada 28 días)
SITAVIG 50 MG BUCCAL TABLET	3	PA,QL(1 cada 28 días)
SIVEXTRO 200 MG TABLET	3	QL(6 cada 28 días)
SKELAXIN 800 MG TABLET	3	QL(120 cada 30 días)
SKLICE 0.5% LOTION	3	
SKYLA 14 MCG/24 HRS (3 YRS) 13.5 MG INTRAUTERINE DEVICE ^{MM,SP,LD,DL}	*	
SKYRIZI 150 MG/1.66 ML(75 MG/0.83 ML X 2) SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT ^{MM,SP,LD}	*	PA,QL(6 cada 365 días)
SKYRIZI 150 MG/ML SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR ^{MM,SP}	*	PA,QL(6 cada 365 días)
SKYRIZI 150 MG/ML SUBCUTANEOUS SYRINGE ^{MM,SP}	*	PA,QL(6 cada 365 días)
SKYRIZI 75 MG/0.83 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE ^{MM,SP,DL}	*	PA,QL(9.96 cada 365 días)
SKYTROFA 11 MG SUBCUTANEOUS CARTRIDGE ^{MM,SP,DL}	*	PA,QL(8 cada 28 días)
SKYTROFA 13.3 MG SUBCUTANEOUS CARTRIDGE ^{MM,SP,DL}	*	PA,QL(4 cada 28 días)
SKYTROFA 3 MG SUBCUTANEOUS CARTRIDGE ^{MM,SP,DL}	*	PA,QL(4 cada 28 días)
SKYTROFA 3.6 MG SUBCUTANEOUS CARTRIDGE ^{MM,SP,DL}	*	PA,QL(4 cada 28 días)
SKYTROFA 4.3 MG SUBCUTANEOUS CARTRIDGE ^{MM,SP,DL}	*	PA,QL(4 cada 28 días)
SKYTROFA 5.2 MG SUBCUTANEOUS CARTRIDGE ^{MM,SP,DL}	*	PA,QL(4 cada 28 días)
SKYTROFA 6.3 MG SUBCUTANEOUS CARTRIDGE ^{MM,SP,DL}	*	PA,QL(4 cada 28 días)
SKYTROFA 7.6 MG SUBCUTANEOUS CARTRIDGE ^{MM,SP,DL}	*	PA,QL(8 cada 28 días)
SKYTROFA 9.1 MG SUBCUTANEOUS CARTRIDGE ^{MM,SP,DL}	*	PA,QL(8 cada 28 días)
SLYND 4 MG (28) TABLET ^{MM}	3	
SM LANCETS 21G ^{MM}	2	
SMART CARESENS N KIT ^{MM}	3	ST
SMART SENSE LANCETS 21 GAUGE ^{MM}	2	
SMART SENSE LANCETS 26 GAUGE ^{MM}	2	
SMART SENSE LANCETS 33 GAUGE ^{MM}	2	
SMART SENSE MONITORING SYSTEM ^{MM}	3	ST
SMART SENSE TEST STRIPS ^{MM}	3	ST,QL(150 cada 30 días)
SMARTDIABETES VANTAGE	3	
SMARTEST CONTROL SOLUTION ^{MM}	3	
SMARTEST EJECT KIT ^{MM}	3	ST
SMARTEST LANCET ^{MM}	2	
SMARTEST PERSONA GLUCOSE METER ^{MM}	3	ST
SMARTEST PERSONA STARTER KIT ^{MM}	3	ST
SMARTEST PRONTO GLUCOSE METER ^{MM}	3	ST
SMARTEST PRONTO STARTER KIT ^{MM}	3	ST
SMARTEST PROTEGE KIT ^{MM}	3	ST
SMARTEST SMART CODE METER KIT ^{MM}	3	ST
SMARTEST TALKING METER KIT ^{MM}	3	ST
SMARTEST TEST STRIPS ^{MM}	3	ST,QL(150 cada 30 días)
SOANZ 20 MG TABLET ^{MM}	3	ST
SOANZ 40 MG TABLET ^{MM}	3	ST
SOANZ 60 MG TABLET ^{MM}	3	ST
sod polystyren sulf 15 g/60 ml	1	
sodium chloride 0.9% inhal vl	1	
sodium chloride 0.9% irrig.	1	
sodium chloride 10% vial	1	
sodium chloride 3% vial	1	
sodium chloride 7% vial	1	
sodium citrate 4% soln	1	
sodium phenylbutyrate 500mg tb ^{MM,SP,DL}	*	
sodium phenylbutyrate powder ^{MM,SP,DL}	*	
sodium polystyrene sulf powder	1	

ST - Terapia por fases • QL - Límite de cantidad • PA - Autorización previa

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DEL USO
sofosbuvir-velpatasvir 400-100 ^{SP,DL}	*	PA,QL(28 cada 28 días)
SOFT TOUCH LANCETS ^{MM}	2	
SOLARAZE 3% GEL	3	PA
solifenacin 10 mg tablet ^{MM}	1	QL(30 cada 30 días)
solifenacin 5 mg tablet ^{MM}	1	QL(30 cada 30 días)
SOLQUA 100/33 100 UNIT-33 MCG/ML SUBCUTANEOUS INSULIN PEN ^{MM}	2	QL(15 cada 24 días)
SOLODYN 105 MG TABLET,EXTENDED RELEASE	3	ST,QL(30 cada 30 días)
SOLODYN 115 MG TABLET,EXTENDED RELEASE	3	ST,QL(30 cada 30 días)
SOLODYN 55 MG TABLET,EXTENDED RELEASE	3	ST,QL(30 cada 30 días)
SOLODYN 65 MG TABLET,EXTENDED RELEASE	3	ST,QL(30 cada 30 días)
SOLODYN 80 MG TABLET,EXTENDED RELEASE	3	ST,QL(30 cada 30 días)
SOLOSEC 2 GRAM ORAL DR GRANULES IN PACKET	3	PA
SOLTAMOX 20 MG/10 ML ORAL SOLUTION ^{MM}	3	QL(600 cada 30 días)
SOLUS V2 AUDIBLE METER ^{MM}	3	ST
SOLUS V2 AUDIBLE METER KIT ^{MM}	3	ST
SOLUS V2 CONTROL SOLUTION, LOW ^{MM}	3	
SOLUS V2 CONTROL SOLUTION, HIGH ^{MM}	3	
SOLUS V2 LANCETS 28 GAUGE ^{MM}	2	
SOLUS V2 LANCETS 30 GAUGE ^{MM}	2	
SOLUS V2 LANCING DEVICE KIT ^{MM}	3	
SOLUS V2 TEST STRIPS ^{MM}	3	ST,QL(150 cada 30 días)
SOMA 250 MG TABLET	3	QL(120 cada 30 días)
SOMA 350 MG TABLET	3	QL(120 cada 30 días)
SOMATULINE DEPOT 120 MG/0.5 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE ^{MM,SP,LD,DL}	*	PA,QL(0.5 cada 28 días)
SOMATULINE DEPOT 60 MG/0.2 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE ^{MM,SP,LD,DL}	*	PA,QL(0.2 cada 28 días)
SOMATULINE DEPOT 90 MG/0.3 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE ^{MM,SP,LD,DL}	*	PA,QL(0.3 cada 28 días)
SOMAVERT 10 MG SUBCUTANEOUS SOLUTION ^{MM,SP,LD,DL}	*	PA,QL(60 cada 30 días)
SOMAVERT 15 MG SUBCUTANEOUS SOLUTION ^{MM,SP,LD,DL}	*	PA,QL(60 cada 30 días)
SOMAVERT 20 MG SUBCUTANEOUS SOLUTION ^{MM,SP,LD,DL}	*	PA,QL(60 cada 30 días)
SOMAVERT 25 MG SUBCUTANEOUS SOLUTION ^{MM,SP,LD,DL}	*	PA,QL(30 cada 30 días)
SOMAVERT 30 MG SUBCUTANEOUS SOLUTION ^{MM,SP,LD,DL}	*	PA,QL(30 cada 30 días)
SOOLANTRA 1 % TOPICAL CREAM	3	ST
sorbitol-mannitol irrig	1	
SORIATANE 10 MG CAPSULE ^{SP,DL}	*	PA
SORIATANE 25 MG CAPSULE ^{SP,DL}	*	PA
SORILUX 0.005 % TOPICAL FOAM ^{SP,DL}	*	PA,QL(120 cada 28 días)
sorine 120 mg tablet ^{MM}	1	
sorine 160 mg tablet ^{MM}	1	
sorine 240 mg tablet ^{MM}	1	
sorine 80 mg tablet ^{MM}	1	
sotalol 120 mg tablet ^{MM}	1	
sotalol 160 mg tablet ^{MM}	1	
sotalol 240 mg tablet ^{MM}	1	
sotalol 80 mg tablet ^{MM}	1	
sotalol af 120 mg tablet ^{MM}	1	
sotalol af 160 mg tablet ^{MM}	1	
sotalol af 80 mg tablet ^{MM}	1	
SOTYLIZE 5 MG/ML ORAL SOLUTION ^{MM}	3	
SOVALDI 150 MG ORAL PELLETS IN PACKET ^{SP,DL}	*	PA,QL(28 cada 28 días)
SOVALDI 200 MG ORAL PELLETS IN PACKET ^{SP,DL}	*	PA,QL(56 cada 28 días)
SOVALDI 200 MG TABLET ^{SP,DL}	*	PA,QL(28 cada 28 días)
SOVALDI 400 MG TABLET ^{SP,DL}	*	PA,QL(28 cada 28 días)
SPACE CHAMBER	2	
SPACE CHAMBER PLUS	2	
SPACE CHAMBER WITH LARGE MASK	2	

ST - Terapia por fases • QL - Límite de cantidad • PA - Autorización previa

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DEL USO
SPACE CHAMBER WITH MEDIUM MASK	2	
SPACE CHAMBER WITH SMALL MASK	2	
SPECTRACEF 400 MG TABLET	3	
SPIKEVAX (PF) 100 MCG/0.5 ML INTRAMUSCULAR SUSPENSION	3	
spinosad 0.9% topical susp	1	QL(240 cada 30 días)
SPIRIVA RESPIMAT 1.25 MCG/ACTUATION SOLUTION FOR INHALATION ^{MM}	2	QL(4 cada 28 días)
SPIRIVA RESPIMAT 2.5 MCG/ACTUATION SOLUTION FOR INHALATION ^{MM}	2	QL(4 cada 28 días)
SPIRIVA WITH HANDIHALER 18 MCG AND INHALATION CAPSULES ^{MM}	2	QL(30 cada 30 días)
spironolactone 100 mg tablet ^{MM}	1	
spironolactone 25 mg tablet ^{MM}	1	
spironolactone 50 mg tablet ^{MM}	1	
spironolactone-hctz 25-25 tab ^{MM}	1	
SPORANOX 10 MG/ML ORAL SOLUTION	3	QL(150 cada 30 días)
SPORANOX 100 MG CAPSULE	3	QL(120 cada 30 días)
SPORANOX PULSEPAK 100 MG CAPSULE	3	QL(120 cada 30 días)
SPRAVATO 28 MG NASAL SPRAY ^{MM,SP,DL}	*	PA
SPRAVATO 56 MG (28 MG X 2) NASAL SPRAY ^{MM,SP,LD,DL}	*	PA,QL(16 cada 28 días)
SPRAVATO 84 MG (28 MG X 3) NASAL SPRAY ^{MM,SP,LD,DL}	*	PA,QL(24 cada 28 días)
sprintec (28) 0.25 mg-35 mcg tablet ^{MM}	1	
SPRITAM 1,000 MG TABLET FOR ORAL SUSPENSION ^{MM}	3	ST,QL(90 cada 30 días)
SPRITAM 250 MG TABLET FOR ORAL SUSPENSION ^{MM}	3	ST,QL(360 cada 30 días)
SPRITAM 500 MG TABLET FOR ORAL SUSPENSION ^{MM}	3	ST,QL(180 cada 30 días)
SPRITAM 750 MG TABLET FOR ORAL SUSPENSION ^{MM}	3	ST,QL(120 cada 30 días)
SPRIX 15.75 MG/SPRAY NASAL SPRAY ^{SP,DL}	*	PA,QL(5 cada 30 días)
SPRYCEL 100 MG TABLET ^{MM,SP,DL}	*	PA,QL(60 cada 30 días)
SPRYCEL 140 MG TABLET ^{MM,SP,DL}	*	PA,QL(30 cada 30 días)
SPRYCEL 20 MG TABLET ^{MM,SP,DL}	*	PA,QL(90 cada 30 días)
SPRYCEL 50 MG TABLET ^{MM,SP,DL}	*	PA,QL(60 cada 30 días)
SPRYCEL 70 MG TABLET ^{MM,SP,DL}	*	PA,QL(60 cada 30 días)
SPRYCEL 80 MG TABLET ^{MM,SP,DL}	*	PA,QL(60 cada 30 días)
SPS (WITH SORBITOL) 15 GRAM-20 GRAM/60 ML ORAL SUSPENSION	3	
SPS (WITH SORBITOL) 30 GRAM-40 GRAM/120 ML ENEMA	3	
sronyx 0.1 mg-20 mcg tablet ^{MM}	1	
SSD 1 % TOPICAL CREAM	3	
sski 1 gram/ml oral solution	1	
STALEVO 100 25 MG-100 MG-200 MG TABLET ^{MM}	3	
STALEVO 125 31.25 MG-125 MG-200 MG TABLET ^{MM}	3	
STALEVO 150 37.5 MG-150 MG-200 MG TABLET ^{MM}	3	
STALEVO 200 50 MG-200 MG-200 MG TABLET ^{MM}	3	
STALEVO 50 12.5 MG-50 MG-200 MG TABLET ^{MM}	3	
STALEVO 75 18.75 MG-75 MG-200 MG TABLET ^{MM}	3	
STARLIX 120 MG TABLET ^{MM}	3	
STARLIX 60 MG TABLET ^{MM}	3	
stavudine 15 mg capsule ^{MM}	1	QL(120 cada 30 días)
stavudine 20 mg capsule ^{MM}	1	QL(120 cada 30 días)
stavudine 30 mg capsule ^{MM}	1	QL(60 cada 30 días)
stavudine 40 mg capsule ^{MM}	1	QL(60 cada 30 días)
STEGLATRO 15 MG TABLET ^{MM}	3	ST,QL(30 cada 30 días)
STEGLATRO 5 MG TABLET ^{MM}	3	ST,QL(30 cada 30 días)
STEGLUJAN 15 MG-100 MG TABLET ^{MM}	3	PA,QL(30 cada 30 días)
STEGLUJAN 5 MG-100 MG TABLET ^{MM}	3	PA,QL(30 cada 30 días)
STELARA 45 MG/0.5 ML SUBCUTANEOUS SOLUTION ^{MM,SP}	*	PA,QL(1.5 cada 84 días)
STELARA 45 MG/0.5 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE ^{MM,SP}	*	PA,QL(1.5 cada 84 días)
STELARA 90 MG/ML SUBCUTANEOUS SYRINGE ^{MM,SP}	*	PA,QL(3 cada 84 días)
STERILANCE TL 30 GAUGE ^{MM}	2	

ST - Terapia por fases • QL - Limite de cantidad • PA - Autorización previa

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DEL USO
STERILANCE TL 32 GAUGE ^{MM}	2	
STIMATE 1.5 MG/ML NASAL SPRAY ^{MM,SP,LD,DL}	*	
STIOLTO RESPIMAT 2.5 MCG-2.5 MCG/ACTUATION SOLUTION FOR INHALATION ^{MM}	2	QL(4 cada 28 días)
STIVARGA 40 MG TABLET ^{SP,LD,DL}	*	PA,QL(84 cada 28 días)
STRATTERA 10 MG CAPSULE ^{MM}	3	ST,QL(60 cada 30 días)
STRATTERA 100 MG CAPSULE ^{MM}	3	ST,QL(30 cada 30 días)
STRATTERA 18 MG CAPSULE ^{MM}	3	ST,QL(60 cada 30 días)
STRATTERA 25 MG CAPSULE ^{MM}	3	ST,QL(60 cada 30 días)
STRATTERA 40 MG CAPSULE ^{MM}	3	ST,QL(60 cada 30 días)
STRATTERA 60 MG CAPSULE ^{MM}	3	ST,QL(30 cada 30 días)
STRATTERA 80 MG CAPSULE ^{MM}	3	ST,QL(30 cada 30 días)
STRENSIQ 18 MG/0.45 ML SUBCUTANEOUS SOLUTION ^{MM,SP,DL}	*	PA,QL(10.8 cada 28 días)
STRENSIQ 28 MG/0.7 ML SUBCUTANEOUS SOLUTION ^{MM,SP,DL}	*	PA,QL(16.8 cada 28 días)
STRENSIQ 40 MG/ML SUBCUTANEOUS SOLUTION ^{MM,SP,DL}	*	PA,QL(24 cada 28 días)
STRENSIQ 80 MG/0.8 ML SUBCUTANEOUS SOLUTION ^{MM,SP,DL}	*	PA,QL(38.4 cada 28 días)
STRIBILD 150 MG-150 MG-200 MG-300 MG TABLET ^{MM,SP}	*	QL(30 cada 30 días)
STRIVERDI RESPIMAT 2.5 MCG/ACTUATION SOLUTION FOR INHALATION ^{MM}	2	QL(4 cada 30 días)
STROMECTOL 3 MG TABLET	3	
strong iodine 5 % oral solution	1	
SUBOXONE 12 MG-3 MG SUBLINGUAL FILM ^{MM}	3	PA,QL(60 cada 30 días)
SUBOXONE 2 MG-0.5 MG SUBLINGUAL FILM ^{MM}	3	PA,QL(90 cada 30 días)
SUBOXONE 4 MG-1 MG SUBLINGUAL FILM ^{MM}	3	PA,QL(90 cada 30 días)
SUBOXONE 8 MG-2 MG SUBLINGUAL FILM ^{MM}	3	PA,QL(90 cada 30 días)
SUBSYS 1,200 MCG (600 MCG/SPRAY X2) SUBLINGUAL SPRAY ^{SP,DL}	*	PA,QL(120 cada 30 días)
SUBSYS 1,600 MCG (800 MCG/SPRAY X2) SUBLINGUAL SPRAY ^{SP,DL}	*	PA,QL(120 cada 30 días)
SUBSYS 100 MCG/SPRAY SUBLINGUAL SPRAY ^{SP,DL}	*	PA,QL(120 cada 30 días)
SUBSYS 200 MCG/SPRAY SUBLINGUAL SPRAY ^{SP,DL}	*	PA,QL(120 cada 30 días)
SUBSYS 400 MCG/SPRAY SUBLINGUAL SPRAY ^{SP,DL}	*	PA,QL(120 cada 30 días)
SUBSYS 600 MCG/SPRAY SUBLINGUAL SPRAY ^{SP,DL}	*	PA,QL(120 cada 30 días)
SUBSYS 800 MCG/SPRAY SUBLINGUAL SPRAY ^{SP,DL}	*	PA,QL(120 cada 30 días)
subvenite 100 mg tablet ^{MM}	1	
subvenite 150 mg tablet ^{MM}	1	
subvenite 200 mg tablet ^{MM}	1	
subvenite 25 mg tablet ^{MM}	1	
subvenite starter (blue) kit 25 mg (35) tablets in a dose pack	1	
subvenite starter (green) kit 25 mg (84)-100 mg (14) tablet, dose pack	1	
subvenite starter (orange) kit 25 mg (42)-100 mg (7) tablet, dose pack	1	
SUCRAID 8,500 UNIT/ML ORAL SOLUTION ^{MM,SP,DL}	*	PA
sucralfate 1 gm tablet ^{MM}	1	
sucralfate 1 gm/10 ml susp ^{MM}	1	
SULAR 17 MG TABLET,EXTENDED RELEASE ^{MM}	3	QL(30 cada 30 días)
SULAR 34 MG TABLET,EXTENDED RELEASE ^{MM}	3	QL(30 cada 30 días)
SULAR 8.5 MG TABLET,EXTENDED RELEASE ^{MM}	3	QL(30 cada 30 días)
sulconazole nitrate 1% cream	1	ST
sulconazole nitrate 1% soln	1	ST
sulf-pred 10-0.23% eye drops	1	
sulfacetamide 10% eye drops	1	
sulfacetamide 10% eye ointment	1	
sulfacetamide sod 10% top susp	1	
sulfadiazine 500 mg tablet	1	
sulfamethoxazole-tmp ds tablet	1	
sulfamethoxazole-tmp ss tablet	1	
sulfamethoxazole-tmp susp	1	
SULFAMYLON 50 GRAM TOPICAL PACKET	3	
SULFAMYLON 85 MG/G TOPICAL CREAM	3	

ST - Terapia por fases • QL - Limite de cantidad • PA - Autorización previa

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DEL USO
sulfasalazine 500 mg tablet ^{MM}	1	QL(240 cada 30 días)
sulfasalazine dr 500 mg tab ^{MM}	1	QL(240 cada 30 días)
SULFATRIM 200 MG-40 MG/5 ML ORAL SUSPENSION	3	
sulindac 150 mg tablet	1	
sulindac 200 mg tablet	1	
sumatriptan 20 mg nasal spray	1	QL(12 cada 30 días)
sumatriptan 4 mg/0.5 ml cart	1	QL(6 cada 30 días)
sumatriptan 4 mg/0.5 ml inject	1	QL(6 cada 30 días)
sumatriptan 5 mg nasal spray	1	QL(12 cada 30 días)
sumatriptan 6 mg/0.5 ml cart	1	QL(6 cada 30 días)
sumatriptan 6 mg/0.5 ml inject	1	QL(6 cada 30 días)
sumatriptan 6 mg/0.5 ml syrng	1	QL(3 cada 30 días)
sumatriptan 6 mg/0.5 ml vial	1	QL(6 cada 30 días)
sumatriptan succ 100 mg tablet	1	QL(9 cada 30 días)
sumatriptan succ 25 mg tablet	1	QL(9 cada 30 días)
sumatriptan succ 50 mg tablet	1	QL(9 cada 30 días)
sumatriptan-naproxen 85-500 mg	1	ST,QL(18 cada 30 días)
sunitinib malate 12.5 mg cap ^{SP,DL}	*	PA,QL(28 cada 28 días)
sunitinib malate 25 mg capsule ^{SP,DL}	*	PA,QL(28 cada 28 días)
sunitinib malate 37.5 mg cap ^{SP,DL}	*	PA,QL(28 cada 28 días)
sunitinib malate 50 mg capsule ^{SP,DL}	*	PA,QL(28 cada 28 días)
SUNOSI 150 MG TABLET ^{MM,SP,DL}	*	PA,QL(30 cada 30 días)
SUNOSI 75 MG TABLET ^{MM,SP,DL}	*	PA,QL(30 cada 30 días)
SUPER THIN LANCETS ^{MM}	2	
SUPER THIN LANCETS 28 GAUGE ^{MM}	2	
SUPER THIN LANCETS 30 GAUGE ^{MM}	2	
SUPRANE 100 % INHALATION LIQUID	3	
SUPRAX 100 MG CHEWABLE TABLET	3	
SUPRAX 100 MG/5 ML ORAL SUSPENSION	3	
SUPRAX 200 MG CHEWABLE TABLET	3	
SUPRAX 200 MG/5 ML ORAL SUSPENSION	3	
SUPRAX 400 MG CAPSULE	3	
SUPRAX 500 MG/5 ML ORAL SUSPENSION	3	
SUPREP BOWEL PREP KIT 17.5 GRAM-3.13 GRAM-1.6 GRAM ORAL SOLUTION	3	ST
SURE COMFORT INSULIN SYRINGE 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2" ^{MM}	2	
SURE COMFORT INSULIN SYRINGE 0.3 ML 30 GAUGE X 1/2" ^{MM}	2	
SURE COMFORT INSULIN SYRINGE 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16" ^{MM}	2	
SURE COMFORT INSULIN SYRINGE 0.3 ML 31 GAUGE X 1/4" ^{MM}	2	
SURE COMFORT INSULIN SYRINGE 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16" ^{MM}	2	
SURE COMFORT INSULIN SYRINGE 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2" ^{MM}	2	
SURE COMFORT INSULIN SYRINGE 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16" ^{MM}	2	
SURE COMFORT INSULIN SYRINGE 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16" ^{MM}	2	
SURE COMFORT INSULIN SYRINGE 1 ML 28 GAUGE X 1/2" ^{MM}	2	
SURE COMFORT INSULIN SYRINGE 1 ML 29 GAUGE X 1/2" ^{MM}	2	
SURE COMFORT INSULIN SYRINGE 1 ML 30 GAUGE X 1/2" ^{MM}	2	
SURE COMFORT INSULIN SYRINGE 1 ML 30 GAUGE X 5/16" ^{MM}	2	
SURE COMFORT INSULIN SYRINGE 1 ML 31 GAUGE X 1/4" ^{MM}	2	
SURE COMFORT INSULIN SYRINGE 1 ML 31 GAUGE X 5/16" ^{MM}	2	
SURE COMFORT INSULIN SYRINGE 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2" ^{MM}	2	
SURE COMFORT INSULIN SYRINGE 1/2 ML 31 GAUGE X 1/4" ^{MM}	2	
SURE COMFORT INSULIN SYRINGE U-100 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2" ^{MM}	2	
SURE COMFORT LANCETS 18 GAUGE ^{MM}	2	
SURE COMFORT LANCETS 21 GAUGE ^{MM}	2	
SURE COMFORT LANCETS 23 GAUGE ^{MM}	2	
SURE COMFORT LANCETS 28 GAUGE ^{MM}	2	
SURE COMFORT LANCETS 30 GAUGE ^{MM}	2	

ST - Terapia por fases • QL - Límite de cantidad • PA - Autorización previa

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DEL USO
SURE COMFORT LANCING PEN	2	
SURE COMFORT PEN NEEDLE 29 GAUGE X 1/2"MM	2	
SURE COMFORT PEN NEEDLE 30 GAUGE X 5/16"MM	2	
SURE COMFORT PEN NEEDLE 31 GAUGE X 3/16"MM	2	
SURE COMFORT PEN NEEDLE 31 GAUGE X 5/16"MM	2	
SURE COMFORT PEN NEEDLE 32 GAUGE X 1/4"MM	2	
SURE COMFORT PEN NEEDLE 32 GAUGE X 5/32"MM	2	
SURE COMFORT SAFETY PEN NEEDLE 31 GAUGE X 1/4"MM	2	
SURE COMFORT SAFETY PEN NEEDLE 32 GAUGE X 5/32"MM	2	
SURE-FINE PEN NEEDLES 29 GAUGE X 1/2"MM	2	
SURE-FINE PEN NEEDLES 31 GAUGE X 3/16"MM	2	
SURE-FINE PEN NEEDLES 31 GAUGE X 5/16"MM	2	
SURE-JECT INSULIN SYRINGE 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2"MM	2	
SURE-JECT INSULIN SYRINGE 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16"MM	2	
SURE-JECT INSULIN SYRINGE 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"MM	2	
SURE-JECT INSULIN SYRINGE 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"MM	2	
SURE-JECT INSULIN SYRINGE 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"MM	2	
SURE-JECT INSULIN SYRINGE 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"MM	2	
SURE-JECT INSULIN SYRINGE 1 ML 28 GAUGE X 1/2"MM	2	
SURE-JECT INSULIN SYRINGE 1 ML 29 GAUGE X 1/2"MM	2	
SURE-JECT INSULIN SYRINGE 1 ML 30 GAUGE X 5/16"MM	2	
SURE-JECT INSULIN SYRINGE 1 ML 31 GAUGE X 5/16"MM	2	
SURE-JECT INSULIN SYRINGE 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2"MM	2	
SURE-LANCE ^{MM}	2	
SURE-LANCE 26 GAUGE ^{MM}	2	
SURE-LANCE 28 GAUGE ^{MM}	2	
SURE-LANCE ULTRA THIN 30 GAUGE ^{MM}	2	
SURE-PEN LANCING DEVICE	3	
SURE-TEST EASYPLUS MINI METER ^{MM}	3	ST
SURE-TEST EASYPLUS MINI SOLUTION ^{MM}	3	
SURE-TEST EASYPLUS MINI STRIPS ^{MM}	3	ST,QL(150 cada 30 días)
SURE-TOUCH LANCET ^{MM}	3	
SUREFLEX LANCING DEVICE	3	
SUREFLEX LANCING DEVICE WITH LANCETS KIT ^{MM}	3	
SURGUARD2 SAFETY 1 ML 25 GAUGE X 5/8" SYRINGE	2	
SURGUARD2 SAFETY 1 ML 26 GAUGE X 3/8" SYRINGE	2	
SURGUARD2 SAFETY 1 ML 27 GAUGE X 1/2" SYRINGE	2	
SURGUARD2 SAFETY 10 ML 20 GAUGE X 1 1/2" SYRINGE	2	
SURGUARD2 SAFETY 10 ML 20 GAUGE X 1" SYRINGE	2	
SURGUARD2 SAFETY 18 GAUGE X 1 1/2" NEEDLE	2	
SURGUARD2 SAFETY 18 GAUGE X 1" NEEDLE	2	
SURGUARD2 SAFETY 19 GAUGE X 1 1/2" NEEDLE	2	
SURGUARD2 SAFETY 19 GAUGE X 1" NEEDLE	2	
SURGUARD2 SAFETY 20 GAUGE X 1 1/2" NEEDLE	2	
SURGUARD2 SAFETY 20 GAUGE X 1" NEEDLE	2	
SURGUARD2 SAFETY 21 GAUGE X 1 1/2" NEEDLE	2	
SURGUARD2 SAFETY 21 GAUGE X 1" NEEDLE	2	
SURGUARD2 SAFETY 22 GAUGE X 1 1/2" NEEDLE	2	
SURGUARD2 SAFETY 22 GAUGE X 1" NEEDLE	2	
SURGUARD2 SAFETY 23 GAUGE X 1 1/2" NEEDLE	2	
SURGUARD2 SAFETY 23 GAUGE X 1" NEEDLE	2	
SURGUARD2 SAFETY 25 GAUGE X 1 1/2" NEEDLE	2	
SURGUARD2 SAFETY 25 GAUGE X 1" NEEDLE	2	
SURGUARD2 SAFETY 25 GAUGE X 5/8" NEEDLE	2	
SURGUARD2 SAFETY 26 GAUGE X 1/2" NEEDLE	2	
SURGUARD2 SAFETY 27 GAUGE X 1/2" NEEDLE	2	

ST - Terapia por fases • QL - Límite de cantidad • PA - Autorización previa

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DEL USO
SURGUARD2 SAFETY 3 ML 20 GAUGE X 1 1/2" SYRINGE	2	
SURGUARD2 SAFETY 3 ML 20 GAUGE X 1" SYRINGE	2	
SURGUARD2 SAFETY 3 ML 21 GAUGE X 1" SYRINGE	2	
SURGUARD2 SAFETY 3 ML 22 GAUGE X 1 1/2" SYRINGE	2	
SURGUARD2 SAFETY 3 ML 22 GAUGE X 1" SYRINGE	2	
SURGUARD2 SAFETY 3 ML 23 GAUGE X 1" SYRINGE	2	
SURGUARD2 SAFETY 3 ML 25 GAUGE X 5/8" SYRINGE	2	
SURGUARD2 SAFETY 30 GAUGE X 1 1/2" NEEDLE	2	
SURGUARD2 SAFETY 5 ML 20 GAUGE X 1 1/2" SYRINGE	2	
SURGUARD2 SAFETY 5 ML 20 GAUGE X 1" SYRINGE	2	
SURGUARD2 SAFETY 5 ML 21 GAUGE X 1 1/2" SYRINGE	2	
SURGUARD2 SAFETY SYRINGE 10 ML 21 GAUGE X 1 1/2"	2	
SURGUARD2 SAFETY SYRINGE 3 ML 21 GAUGE X 1 1/2"	2	
SURGUARD2 SAFETY SYRINGE 3 ML 25 GAUGE X 1"	2	
SURVANTA 25 MG/ML INTRATRACHEAL SUSPENSION	3	
SUSTIVA 200 MG CAPSULE ^{MM}	3	QL(120 cada 30 días)
SUSTIVA 50 MG CAPSULE ^{MM}	3	QL(480 cada 30 días)
SUSTIVA 600 MG TABLET ^{MM}	3	QL(30 cada 30 días)
SUSTOL 10 MG/0.4 ML LIQUID,EXTENDED RELEASE SUBCUTANEOUS SYRINGE ^{SP,DL}	*	PA,QL(1.6 cada 28 días)
SUTAB 1.479-0.188-0.225 GRAM TABLET	3	ST
SUTENT 12.5 MG CAPSULE ^{SP,LD,DL}	*	PA,QL(28 cada 28 días)
SUTENT 25 MG CAPSULE ^{SP,LD,DL}	*	PA,QL(28 cada 28 días)
SUTENT 37.5 MG CAPSULE ^{SP,LD,DL}	*	PA,QL(28 cada 28 días)
SUTENT 50 MG CAPSULE ^{SP,LD,DL}	*	PA,QL(28 cada 28 días)
syeda 3 mg-0.03 mg tablet ^{MM}	1	
SYLATRON 200 MCG KIT ^{MM,SP,LD,DL}	*	PA,QL(4 cada 28 días)
SYLATRON 300 MCG KIT ^{MM,SP,DL}	*	PA,QL(4 cada 28 días)
symax fastabs 0.125 mg disintegrating tablet ^{MM}	1	
symax-sl 0.125 mg sublingual tablet ^{MM}	1	
symax-sr 0.375 mg tablet,extended release ^{MM}	1	
SYMBICORT 160 MCG-4.5 MCG/ACTUATION HFA AEROSOL INHALER ^{MM}	2	QL(10.2 cada 30 días)
SYMBICORT 80 MCG-4.5 MCG/ACTUATION HFA AEROSOL INHALER ^{MM}	2	QL(10.2 cada 30 días)
SYMBYAX 12 MG-50 MG CAPSULE ^{MM}	3	QL(30 cada 30 días)
SYMBYAX 3 MG-25 MG CAPSULE ^{MM}	3	QL(30 cada 30 días)
SYMBYAX 6 MG-25 MG CAPSULE ^{MM}	3	QL(30 cada 30 días)
SYMBYAX 6 MG-50 MG CAPSULE ^{MM}	3	QL(30 cada 30 días)
SYMDEKO 100 MG-150 MG (DAY)/150 MG (NIGHT) TABLETS ^{MM,SP,DL}	*	PA,QL(56 cada 28 días)
SYMDEKO 50 MG-75 MG (DAY)/75 MG (NIGHT) TABLETS ^{MM,SP,DL}	*	PA,QL(56 cada 28 días)
SYMFI 600 MG-300 MG-300 MG TABLET ^{MM,SP}	*	QL(30 cada 30 días)
SYMFI LO 400 MG-300 MG-300 MG TABLET ^{MM,SP}	*	QL(30 cada 30 días)
SYMJEPI 0.15 MG/0.3 ML INJECTION SYRINGE (FOR 33 LB TO 66 LB PATIENTS)	2	QL(4 cada 30 días)
SYMJEPI 0.3 MG/0.3 ML INJECTION SYRINGE	2	QL(4 cada 30 días)
SYMLINPEN 120 2,700 MCG/2.7 ML SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR ^{MM,SP,DL}	*	QL(10.8 cada 30 días)
SYMLINPEN 60 1,500 MCG/1.5 ML SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR ^{MM,SP,DL}	*	QL(10.5 cada 28 días)
SYMPAZAN 10 MG ORAL FILM ^{MM,SP,DL}	*	PA,QL(60 cada 30 días)
SYMPAZAN 20 MG ORAL FILM ^{MM,SP,DL}	*	PA,QL(60 cada 30 días)
SYMPAZAN 5 MG ORAL FILM ^{MM,SP,DL}	*	PA,QL(60 cada 30 días)
SYMPROIC 0.2 MG TABLET	3	PA,QL(30 cada 30 días)
SYMTUZA 800 MG-150 MG-200 MG-10 MG TABLET ^{MM,SP}	*	QL(30 cada 30 días)
SYNALAR 0.01 % TOPICAL SOLUTION	3	
SYNALAR 0.025 % TOPICAL CREAM	3	
SYNALAR 0.025 % TOPICAL OINTMENT	3	
SYNAREL 2 MG/ML NASAL SPRAY ^{SP,DL}	*	PA,QL(32 cada 25 días)
SYNDROS 5 MG/ML ORAL SOLUTION ^{SP,DL}	*	PA,QL(120 cada 30 días)
SYNERA 70 MG-70 MG PATCH	3	PA
SYNJARDY 12.5 MG-1,000 MG TABLET ^{MM}	2	QL(60 cada 30 días)

ST - Terapia por fases • QL - Límite de cantidad • PA - Autorización previa

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DEL USO
SYNJARDY 12.5 MG-500 MG TABLET ^{MM}	2	QL(60 cada 30 días)
SYNJARDY 5 MG-1,000 MG TABLET ^{MM}	2	QL(60 cada 30 días)
SYNJARDY 5 MG-500 MG TABLET ^{MM}	2	QL(60 cada 30 días)
SYNJARDY XR 10 MG-1,000 MG TABLET, EXTENDED RELEASE ^{MM}	2	QL(30 cada 30 días)
SYNJARDY XR 12.5 MG-1,000 MG TABLET, EXTENDED RELEASE ^{MM}	2	QL(60 cada 30 días)
SYNJARDY XR 25 MG-1,000 MG TABLET, EXTENDED RELEASE ^{MM}	2	QL(30 cada 30 días)
SYNJARDY XR 5 MG-1,000 MG TABLET, EXTENDED RELEASE ^{MM}	2	QL(60 cada 30 días)
SYNTHROID 100 MCG TABLET ^{MM}	2	
SYNTHROID 112 MCG TABLET ^{MM}	2	
SYNTHROID 125 MCG TABLET ^{MM}	2	
SYNTHROID 137 MCG TABLET ^{MM}	2	
SYNTHROID 150 MCG TABLET ^{MM}	2	
SYNTHROID 175 MCG TABLET ^{MM}	2	
SYNTHROID 200 MCG TABLET ^{MM}	2	
SYNTHROID 25 MCG TABLET ^{MM}	2	
SYNTHROID 300 MCG TABLET ^{MM}	2	
SYNTHROID 50 MCG TABLET ^{MM}	2	
SYNTHROID 75 MCG TABLET ^{MM}	2	
SYNTHROID 88 MCG TABLET ^{MM}	2	
SYPRINE 250 MG CAPSULE ^{SP,DL}	*	PA
SYRINGE W-O NEEDLE 60 ML	3	
TABLOID 40 MG TABLET	3	QL(360 cada 30 días)
TABRECTA 150 MG TABLET ^{MM,SP,LD,DL}	*	PA,QL(112 cada 28 días)
TABRECTA 200 MG TABLET ^{MM,SP,LD,DL}	*	PA,QL(112 cada 28 días)
TACLONEX 0.005 %-0.064 % TOPICAL OINTMENT	3	PA,QL(60 cada 30 días)
TACLONEX 0.005 %-0.064 % TOPICAL SUSPENSION ^{SP,DL}	*	PA,QL(420 cada 30 días)
tacrolimus 0.03% ointment	1	
tacrolimus 0.1% ointment	1	
tacrolimus 0.5 mg capsule (ir) ^{MM}	1	
tacrolimus 1 mg capsule (ir) ^{MM}	1	
tacrolimus 5 mg capsule (ir) ^{MM}	1	QL(180 cada 30 días)
tadalafil 20 mg tablet ^{MM}	1	PA,QL(60 cada 30 días)
TAFINLAR 50 MG CAPSULE ^{MM,SP,LD,DL}	*	PA,QL(180 cada 30 días)
TAFINLAR 75 MG CAPSULE ^{MM,SP,LD,DL}	*	PA,QL(120 cada 30 días)
TAGRISSO 40 MG TABLET ^{SP,DL}	*	PA,QL(30 cada 30 días)
TAGRISSO 80 MG TABLET ^{SP,DL}	*	PA,QL(30 cada 30 días)
TAKHZYRO 300 MG/2 ML (150 MG/ML) SUBCUTANEOUS SOLUTION ^{MM,SP,DL}	*	PA,QL(4 cada 28 días)
TAKHZYRO 300 MG/2 ML (150 MG/ML) SUBCUTANEOUS SYRINGE ^{MM,SP,DL}	*	PA,QL(4 cada 28 días)
TALICIA 10 MG-250 MG-12.5 MG CAPSULE,IMMEDIATE - DELAY RELEASE	3	QL(168 cada 30 días)
TALTZ AUTOINJECTOR (2 PACK) 80 MG/ML SUBCUTANEOUS ^{MM,SP,LD,DL}	*	PA,QL(18 cada 365 días)
TALTZ AUTOINJECTOR (3 PACK) 80 MG/ML SUBCUTANEOUS ^{MM,SP,LD,DL}	*	PA,QL(18 cada 365 días)
TALTZ AUTOINJECTOR 80 MG/ML SUBCUTANEOUS ^{MM,SP,LD,DL}	*	PA,QL(18 cada 365 días)
TALTZ SYRINGE 80 MG/ML SUBCUTANEOUS ^{MM,SP,LD,DL}	*	PA,QL(18 cada 365 días)
TALZENNA 0.25 MG CAPSULE ^{SP,LD,DL}	*	PA,QL(90 cada 30 días)
TALZENNA 0.5 MG CAPSULE ^{SP,DL}	*	PA,QL(30 cada 30 días)
TALZENNA 0.75 MG CAPSULE ^{SP,DL}	*	PA,QL(30 cada 30 días)
TALZENNA 1 MG CAPSULE ^{SP,LD,DL}	*	PA,QL(30 cada 30 días)
TAMIFLU 30 MG CAPSULE	3	QL(224 cada 365 días)
TAMIFLU 45 MG CAPSULE	3	QL(112 cada 365 días)
TAMIFLU 6 MG/ML ORAL SUSPENSION	3	QL(1440 cada 365 días)
TAMIFLU 75 MG CAPSULE	3	QL(112 cada 365 días)
tamoxifen 10 mg tablet ^{MM}	1	
tamoxifen 20 mg tablet ^{MM}	1	
tamsulosin hcl 0.4 mg capsule ^{MM}	1	QL(60 cada 30 días)
TANDEM PLUS 162 MG-115.2 MG (106 MG)-1 MG CAPSULE	3	

ST - Terapia por fases • QL - Límite de cantidad • PA - Autorización previa

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DEL USO
TAPAZOLE 10 MG TABLET ^{MM}	3	
TAPAZOLE 5 MG TABLET ^{MM}	3	
taperdex 1.5 mg (21 tabs) tablets in a dose pack	1	
taperdex 1.5 mg (27 tabs) tablets in a dose pack	1	
taperdex 1.5 mg (49 tabs) tablets in a dose pack	1	
TARCEVA 100 MG TABLET ^{MM,SP,LD,DL}	*	PA,QL(30 cada 30 días)
TARCEVA 150 MG TABLET ^{MM,SP,LD,DL}	*	PA,QL(30 cada 30 días)
TARCEVA 25 MG TABLET ^{MM,SP,LD,DL}	*	PA,QL(90 cada 30 días)
TARGADOX 50 MG TABLET ^{SP,DL}	*	ST,QL(180 cada 30 días)
TARGRETIN 1 % TOPICAL GEL ^{SP,DL}	*	PA
TARGRETIN 75 MG CAPSULE ^{MM,SP,DL}	*	PA,QL(300 cada 30 días)
tarina 24 fe 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4) tablet ^{MM}	1	
tarina fe 1-20 eq (28) 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7) tablet ^{MM}	1	
tarina fe 1/20 (28) 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7) tablet ^{MM}	1	
TARKA ER 2-180 MG TABLET ^{MM}	3	
TARKA ER 2-240 MG TABLET ^{MM}	3	
TARKA ER 4-240 MG TABLET ^{MM}	3	
TARPEYO 4 MG CAPSULE,DELAYED RELEASE ^{SP,DL}	*	PA,QL(120 cada 30 días)
TASIGNA 150 MG CAPSULE ^{MM,SP,DL}	*	PA,QL(120 cada 30 días)
TASIGNA 200 MG CAPSULE ^{MM,SP,DL}	*	PA,QL(120 cada 30 días)
TASIGNA 50 MG CAPSULE ^{MM,SP,DL}	*	PA,QL(120 cada 30 días)
TASMAR 100 MG TABLET ^{MM}	3	PA,QL(90 cada 30 días)
TAVALISSE 100 MG TABLET ^{SP,DL}	*	PA,QL(60 cada 30 días)
TAVALISSE 150 MG TABLET ^{SP,DL}	*	PA,QL(60 cada 30 días)
TAVNEOS 10 MG CAPSULE ^{MM,SP,DL}	*	PA,QL(180 cada 30 días)
taysofy 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4) capsule ^{MM}	1	
TAYTULLA 1 MG-20 MCG (24)/75 MG (4) CAPSULE ^{MM}	2	
tazarotene 0.1% cream	1	PA
tazarotene 0.1% foam	3	PA
TAZORAC 0.05 % TOPICAL CREAM	3	PA
TAZORAC 0.05 % TOPICAL GEL	3	PA
TAZORAC 0.1 % TOPICAL CREAM	3	PA
TAZORAC 0.1 % TOPICAL GEL	3	PA
taztia xt 120 mg capsule,extended release ^{MM}	1	QL(60 cada 30 días)
taztia xt 180 mg capsule,extended release ^{MM}	1	QL(60 cada 30 días)
taztia xt 240 mg capsule,extended release ^{MM}	1	QL(60 cada 30 días)
taztia xt 300 mg capsule,extended release ^{MM}	1	QL(30 cada 30 días)
taztia xt 360 mg capsule,extended release ^{MM}	1	QL(30 cada 30 días)
TAZVERIK 200 MG TABLET ^{MM,SP,DL}	*	PA
TD GOLD BLOOD GLUCOSE MONITOR ^{MM}	3	ST
TD GOLD LEVEL 1 CONTROL SOLUTION ^{MM}	3	
TD GOLD LEVEL 2 CONTROL SOLUTION ^{MM}	3	
TD GOLD LEVEL 3 CONTROL SOLUTION ^{MM}	3	
TD GOLD TEST STRIP ^{MM}	3	ST,QL(150 cada 30 días)
TD GOLD VOICE GLUCOSE MONITOR ^{MM}	3	ST
TDVAX 2 LF UNIT-2 LF UNIT/0.5 ML INTRAMUSCULAR SUSPENSION	1	
TECFIDERA 120 MG (14)-240 MG (46) CAPSULE,DELAYED RELEASE ^{SP,LD,DL}	*	PA,QL(60 cada 30 días)
TECFIDERA 120 MG CAPSULE,DELAYED RELEASE ^{MM,SP,LD,DL}	*	PA,QL(14 cada 30 días)
TECFIDERA 240 MG CAPSULE,DELAYED RELEASE ^{MM,SP,LD,DL}	*	PA,QL(60 cada 30 días)
TECHLITE 0.3 ML 30GX12MM (1/2) ^{MM}	2	
TECHLITE 0.5 ML 29GX12MM (1/2) ^{MM}	2	
TECHLITE INS SYR 1 ML 30GX8MM ^{MM}	2	
TECHLITE INSULIN SYRINGE (HALF UNIT) 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2" ^{MM}	2	
TECHLITE INSULIN SYRINGE (HALF UNIT) 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16" ^{MM}	2	
TECHLITE INSULIN SYRINGE (HALF UNIT) 0.3 ML 31 GAUGE X 15/64" ^{MM}	2	

ST - Terapia por fases • QL - Límite de cantidad • PA - Autorización previa

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DEL USO
TECHLITE INSULIN SYRINGE (HALF UNIT) 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"MM	2	
TECHLITE INSULIN SYRINGE (HALF UNIT) 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2"MM	2	
TECHLITE INSULIN SYRINGE (HALF UNIT) 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"MM	2	
TECHLITE INSULIN SYRINGE (HALF UNIT) 0.5 ML 31 GAUGE X 15/64"MM	2	
TECHLITE INSULIN SYRINGE (HALF UNIT) 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"MM	2	
TECHLITE INSULIN SYRINGE 1 ML 29 GAUGE X 1/2"MM	2	
TECHLITE INSULIN SYRINGE 1 ML 30 GAUGE X 1/2"MM	2	
TECHLITE INSULIN SYRINGE 1 ML 31 GAUGE X 15/64"MM	2	
TECHLITE INSULIN SYRINGE 1 ML 31 GAUGE X 5/16"MM	2	
TECHLITE LANCETS 25 GAUGE ^{MM}	3	
TECHLITE LANCETS 28 GAUGE ^{MM}	2	
TECHLITE LANCETS 30 GAUGE ^{MM}	2	
TECHLITE PEN NEEDLE 29 GAUGE X 1/2"MM	2	
TECHLITE PEN NEEDLE 29 GAUGE X 3/8"MM	2	
TECHLITE PEN NEEDLE 31 GAUGE X 1/4"MM	2	
TECHLITE PEN NEEDLE 31 GAUGE X 3/16"MM	2	
TECHLITE PEN NEEDLE 31 GAUGE X 5/16"MM	2	
TECHLITE PEN NEEDLE 32 GAUGE X 1/4"MM	2	
TECHLITE PEN NEEDLE 32 GAUGE X 5/16"MM	2	
TECHLITE PEN NEEDLE 32 GAUGE X 5/32"MM	2	
TEGRETOL 100 MG/5 ML ORAL SUSPENSION ^{MM}	3	
TEGRETOL 200 MG TABLET ^{MM}	3	
TEGRETOL XR 100 MG TABLET,EXTENDED RELEASE ^{MM}	3	QL(120 cada 30 días)
TEGRETOL XR 200 MG TABLET,EXTENDED RELEASE ^{MM}	3	QL(120 cada 30 días)
TEGRETOL XR 400 MG TABLET,EXTENDED RELEASE ^{MM}	3	QL(120 cada 30 días)
TEGSEDI 284 MG/1.5 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE ^{MM,SP,DL}	*	PA,QL(6 cada 28 días)
TEKURNA 150 MG TABLET ^{MM}	3	ST,QL(30 cada 30 días)
TEKURNA 300 MG TABLET ^{MM}	3	ST,QL(30 cada 30 días)
TEKURNA HCT 150 MG-12.5 MG TABLET ^{MM}	3	ST,QL(30 cada 30 días)
TEKURNA HCT 150 MG-25 MG TABLET ^{MM}	3	ST,QL(30 cada 30 días)
TEKURNA HCT 300 MG-12.5 MG TABLET ^{MM}	3	ST,QL(30 cada 30 días)
TEKURNA HCT 300 MG-25 MG TABLET ^{MM}	3	ST,QL(30 cada 30 días)
TELCARE BGM KIT ^{MM}	3	ST
TELCARE BLOOD GLUCOSE KIT ^{MM}	3	ST
TELCARE CONTROL SOLUTION ^{MM}	3	
TELCARE LANCETS 30 GAUGE ^{MM}	3	
TELCARE TEST STRIPS ^{MM}	3	ST,QL(150 cada 30 días)
telmisartan 20 mg tablet ^{MM}	1	QL(30 cada 30 días)
telmisartan 40 mg tablet ^{MM}	1	QL(30 cada 30 días)
telmisartan 80 mg tablet ^{MM}	1	QL(60 cada 30 días)
telmisartan-amlodipine 40-10 ^{MM}	1	ST,QL(30 cada 30 días)
telmisartan-amlodipine 40-5 mg ^{MM}	1	ST,QL(30 cada 30 días)
telmisartan-amlodipine 80-10 ^{MM}	1	ST,QL(30 cada 30 días)
telmisartan-amlodipine 80-5 mg ^{MM}	1	ST,QL(30 cada 30 días)
telmisartan-hctz 40-12.5 mg tb ^{MM}	1	ST,QL(30 cada 30 días)
telmisartan-hctz 80-12.5 mg tb ^{MM}	1	ST,QL(60 cada 30 días)
telmisartan-hctz 80-25 mg tab ^{MM}	1	ST,QL(30 cada 30 días)
temazepam 15 mg capsule ^{DL}	1	QL(30 cada 30 días)
temazepam 22.5 mg capsule ^{DL}	1	QL(30 cada 30 días)
temazepam 30 mg capsule ^{DL}	1	QL(30 cada 30 días)
temazepam 7.5 mg capsule ^{DL}	1	QL(30 cada 30 días)
TEMIXYS 300 MG-300 MG TABLET ^{MM,SP}	*	QL(30 cada 30 días)
TEMODAR 100 MG CAPSULE ^{SP,DL}	*	PA,QL(60 cada 30 días)
TEMODAR 140 MG CAPSULE ^{SP,DL}	*	PA,QL(60 cada 30 días)

ST - Terapia por fases • QL - Límite de cantidad • PA - Autorización previa

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DEL USO
TEMODAR 180 MG CAPSULE ^{SP,DL}	*	PA,QL(60 cada 30 días)
TEMODAR 20 MG CAPSULE ^{SP,DL}	*	PA,QL(270 cada 30 días)
TEMODAR 250 MG CAPSULE ^{SP,DL}	*	PA,QL(10 cada 30 días)
TEMODAR 5 MG CAPSULE ^{SP,DL}	*	PA,QL(90 cada 30 días)
TEMOVATE 0.05 % TOPICAL OINTMENT	3	ST
TEMOVATE 0.05% CREAM	3	ST
temozolomide 100 mg capsule ^{SP,DL}	*	PA,QL(60 cada 30 días)
temozolomide 140 mg capsule ^{SP,DL}	*	PA,QL(60 cada 30 días)
temozolomide 180 mg capsule ^{SP,DL}	*	PA,QL(60 cada 30 días)
temozolomide 20 mg capsule ^{SP,DL}	*	PA,QL(270 cada 30 días)
temozolomide 250 mg capsule ^{SP,DL}	*	PA,QL(10 cada 30 días)
temozolomide 5 mg capsule ^{SP,DL}	*	PA,QL(90 cada 30 días)
tencon 50 mg-325 mg tablet	1	QL(180 cada 30 días)
TENIVAC (PF) 5 LF UNIT-2 LF UNIT/0.5 ML INTRAMUSCULAR SUSPENSION	3	
TENIVAC (PF) 5 LF UNIT-2 LF UNIT/0.5 ML INTRAMUSCULAR SYRINGE	3	
tenofovir disop fum 300 mg tb ^{MM}	1	QL(30 cada 30 días)
TENORETIC 100 100 MG-25 MG TABLET ^{MM}	3	
TENORETIC 50 50 MG-25 MG TABLET ^{MM}	3	
TENORMIN 100 MG TABLET ^{MM}	3	
TENORMIN 25 MG TABLET ^{MM}	3	
TENORMIN 50 MG TABLET ^{MM}	3	
TEPMETKO 225 MG TABLET ^{MM,SP,DL}	*	PA,QL(60 cada 30 días)
terazosin 1 mg capsule ^{MM}	1	
terazosin 10 mg capsule ^{MM}	1	
terazosin 2 mg capsule ^{MM}	1	
terazosin 5 mg capsule ^{MM}	1	
terbutaline sulfate 2.5 mg tab ^{MM}	1	
terbutaline sulfate 5 mg tab ^{MM}	1	
terconazole 0.4% cream	1	
terconazole 0.8% cream	1	
terconazole 80 mg suppository	1	
TERIPARATIDE 620 MCG/2.48 ML ^{MM,SP,DL}	*	PA,QL(2.48 cada 30 días)
TERUMO INS SYRINGE U100-1 ML ^{MM}	2	
TERUMO INSULIN SYRINGE 0.3 ML 30 X 3/8 ^{MM}	2	
TERUMO INSULIN SYRINGE 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2 ^{MM}	2	
TERUMO INSULIN SYRINGE 1 ML 27 GAUGE X 1/2 ^{MM}	2	
TERUMO INSULIN SYRINGE 1 ML 28 GAUGE X 1/2 ^{MM}	2	
TERUMO INSULIN SYRINGE 1 ML 29 GAUGE X 1/2 ^{MM}	2	
TERUMO INSULIN SYRINGE 1/2 ML 27 GAUGE X 1/2 ^{MM}	2	
TERUMO INSULIN SYRINGE 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2 ^{MM}	2	
TERUMO INSULIN SYRINGE 1/2 ML 30 X 3/8 ^{MM}	2	
TESSALON PERLE 100 MG CAP	3	
TEST N'GO BLOOD GLUCOSE SYSTEM ^{MM}	3	ST
TEST N'GO TEST STRIPS ^{MM}	3	ST,QL(150 cada 30 días)
TESTIM 50 MG/5 GRAM (1 %) TRANSDERMAL GEL ^{MM}	3	PA,QL(300 cada 30 días)
TESTOPEL 75 MG IMPLANT PELLETT ^{MM}	3	PA,QL(12 cada 180 días)
testosteron cyp 1,000 mg/10 ml ^{MM}	1	QL(24 cada 90 días)
testosteron enan 1,000 mg/5 ml	1	QL(24 cada 90 días)
testosterone 1% (25mg/2.5g) pk ^{MM}	1	PA,QL(300 cada 30 días)
testosterone 1% (50 mg/5 g) pk ^{MM}	1	PA,QL(300 cada 30 días)
testosterone 1.62% (2.5 g) pkt ^{MM}	1	PA,QL(150 cada 30 días)
testosterone 1.62% gel pump ^{MM}	1	PA,QL(150 cada 30 días)
testosterone 1.62%(1.25 g) pkt ^{MM}	1	PA,QL(37.5 cada 30 días)
testosterone 10 mg gel pump ^{MM}	1	PA,QL(120 cada 30 días)
testosterone 12.5 mg/1.25 gram ^{MM}	1	PA,QL(300 cada 30 días)

ST - Terapia por fases • QL - Límite de cantidad • PA - Autorización previa

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DEL USO
testosterone 30 mg/1.5 ml pump ^{MM}	1	PA,QL(180 cada 30 días)
testosterone 50 mg/5 gram gel ^{MM}	1	PA,QL(300 cada 30 días)
testosterone cyp 200 mg/ml ^{MM}	1	QL(24 cada 90 días)
TESTRED 10 MG CAPSULE ^{MM,SP,DL}	*	
tetrabenazine 12.5 mg tablet ^{MM,SP,DL}	*	PA,QL(240 cada 30 días)
tetrabenazine 25 mg tablet ^{MM,SP,DL}	*	PA,QL(120 cada 30 días)
tetracycline 250 mg capsule	1	
tetracycline 500 mg capsule	1	
TEXACORT 2.5 % TOPICAL SOLUTION	3	
THALITONE 15 MG TABLET ^{MM}	3	
THALOMID 100 MG CAPSULE ^{MM,LD,DL}	3	PA,QL(30 cada 30 días)
THALOMID 150 MG CAPSULE ^{MM,LD,DL}	3	PA,QL(60 cada 30 días)
THALOMID 200 MG CAPSULE ^{MM,LD,DL}	3	PA,QL(30 cada 30 días)
THALOMID 50 MG CAPSULE ^{MM,LD,DL}	3	PA,QL(30 cada 30 días)
THEO-24 100 MG CAPSULE,EXTENDED RELEASE ^{MM}	3	
THEO-24 200 MG CAPSULE,EXTENDED RELEASE ^{MM}	3	
THEO-24 300 MG CAPSULE,EXTENDED RELEASE ^{MM}	3	
THEO-24 400 MG CAPSULE,EXTENDED RELEASE ^{MM}	3	
theophylline 80 mg/15 ml soln ^{MM}	1	
theophylline 80 mg/15 ml soln ^{MM}	1	
theophylline er 100 mg tablet ^{MM}	1	
theophylline er 200 mg tablet ^{MM}	1	
theophylline er 300 mg tab ^{MM}	1	
theophylline er 400 mg tablet ^{MM}	1	
theophylline er 450 mg tab ^{MM}	1	
theophylline er 600 mg tablet ^{MM}	1	
THIN LANCETS 26 GAUGE ^{MM}	2	
THINPRO INSULIN SYRINGE 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2" ^{MM}	2	
THINPRO INSULIN SYRINGE 0.3 ML 30 X 3/8" ^{MM}	2	
THINPRO INSULIN SYRINGE 0.3 ML 31 X 3/8" ^{MM}	2	
THINPRO INSULIN SYRINGE 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2" ^{MM}	2	
THINPRO INSULIN SYRINGE 0.5 ML 31 X 3/8" ^{MM}	2	
THINPRO INSULIN SYRINGE 1 ML 28 GAUGE X 1/2" ^{MM}	2	
THINPRO INSULIN SYRINGE 1 ML 29 GAUGE X 1/2" ^{MM}	2	
THINPRO INSULIN SYRINGE 1 ML 30 GAUGE X 3/8" ^{MM}	2	
THINPRO INSULIN SYRINGE 1 ML 31 X 3/8" ^{MM}	2	
THINPRO INSULIN SYRINGE 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2" ^{MM}	2	
THINPRO INSULIN SYRINGE 1/2 ML 30 X 3/8" ^{MM}	2	
THIOLA 100 MG TABLET ^{MM,SP,DL}	*	PA
THIOLA EC 100 MG TABLET,DELAYED RELEASE ^{MM,SP,DL}	*	PA
THIOLA EC 300 MG TABLET,DELAYED RELEASE ^{MM,SP,DL}	*	PA
thioridazine 10 mg tablet ^{MM}	1	
thioridazine 100 mg tablet ^{MM}	1	
thioridazine 25 mg tablet ^{MM}	1	
thioridazine 50 mg tablet ^{MM}	1	
thiothixene 1 mg capsule ^{MM}	1	
thiothixene 10 mg capsule ^{MM}	1	
thiothixene 2 mg capsule ^{MM}	1	
thiothixene 5 mg capsule ^{MM}	1	
THRESHOLD IMT TRAINER DEVICE	3	
THRESHOLD PEP DEVICE	3	
THYQUIDITY 20 MCG/ML ORAL SOLUTION ^{MM}	3	
tiadylt er 120 mg capsule,extended release ^{MM}	1	QL(60 cada 30 días)
tiadylt er 180 mg capsule,extended release ^{MM}	1	QL(60 cada 30 días)

ST - Terapia por fases • QL - Límite de cantidad • PA - Autorización previa

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DEL USO
tiadylt er 240 mg capsule,extended release ^{MM}	1	QL(60 cada 30 días)
tiadylt er 300 mg capsule,extended release ^{MM}	1	QL(30 cada 30 días)
tiadylt er 360 mg capsule,extended release ^{MM}	1	QL(30 cada 30 días)
tiadylt er 420 mg capsule,extended release ^{MM}	1	QL(30 cada 30 días)
tiagabine hcl 12 mg tablet ^{MM,SP,DL}	*	QL(140 cada 30 días)
tiagabine hcl 16 mg tablet ^{MM,SP,DL}	*	QL(105 cada 30 días)
tiagabine hcl 2 mg tablet ^{MM,SP,DL}	*	QL(840 cada 30 días)
tiagabine hcl 4 mg tablet ^{MM,SP,DL}	*	QL(120 cada 30 días)
TIAZAC 120 MG CAPSULE,EXTENDED RELEASE ^{MM}	3	QL(60 cada 30 días)
TIAZAC 180 MG CAPSULE,EXTENDED RELEASE ^{MM}	3	QL(60 cada 30 días)
TIAZAC 240 MG CAPSULE,EXTENDED RELEASE ^{MM}	3	QL(60 cada 30 días)
TIAZAC 300 MG CAPSULE,EXTENDED RELEASE ^{MM}	3	QL(30 cada 30 días)
TIAZAC 360 MG CAPSULE,EXTENDED RELEASE ^{MM}	3	QL(30 cada 30 días)
TIAZAC 420 MG CAPSULE,EXTENDED RELEASE ^{MM}	3	QL(30 cada 30 días)
TIBSOVO 250 MG TABLET ^{MM,SP,DL}	*	PA,QL(60 cada 30 días)
TIGAN 300 MG CAPSULE	3	
TIGLUTIK 50 MG/10 ML ORAL SUSPENSION ^{MM,SP,DL}	*	PA,QL(600 cada 30 días)
TIKOSYN 125 MCG CAPSULE ^{MM}	3	QL(240 cada 30 días)
TIKOSYN 250 MCG CAPSULE ^{MM}	3	QL(120 cada 30 días)
TIKOSYN 500 MCG CAPSULE ^{MM}	3	QL(60 cada 30 días)
tilia fe 1-20 (5)/1-30(7)/1mg-35mcg(9) tablet ^{MM}	1	
timolol 0.25% gel-solution ^{MM}	1	
timolol 0.5% eye drop ^{MM}	1	
timolol 0.5% gfs gel-solution ^{MM}	1	QL(5 cada 50 días)
timolol maleate 0.25% eye drop ^{MM}	1	QL(25 cada 90 días)
timolol maleate 0.5% eye drop ^{MM}	1	
timolol maleate 0.5% eye drops ^{MM}	1	QL(25 cada 90 días)
timolol maleate 10 mg tablet ^{MM}	1	
timolol maleate 20 mg tablet ^{MM}	1	
timolol maleate 5 mg tablet ^{MM}	1	
TIMOPTIC 0.25 % EYE DROPS ^{MM}	3	QL(25 cada 90 días)
TIMOPTIC 0.5 % EYE DROPS ^{MM}	3	QL(25 cada 90 días)
TIMOPTIC OCUDOSE (PF) 0.25 % EYE DROPS IN A DROPPERETTE ^{MM}	3	
TIMOPTIC OCUDOSE (PF) 0.5 % EYE DROPS IN A DROPPERETTE ^{MM}	3	
TIMOPTIC-XE 0.25 % EYE GEL ^{MM}	3	
TIMOPTIC-XE 0.5 % EYE GEL ^{MM}	3	QL(5 cada 50 días)
tinidazole 250 mg tablet	1	
tinidazole 500 mg tablet	1	
tiopronin 100 mg tablet ^{MM,SP,DL}	*	PA
TIROSINT 100 MCG CAPSULE ^{MM}	3	ST
TIROSINT 112 MCG CAPSULE ^{MM}	3	ST
TIROSINT 125 MCG CAPSULE ^{MM}	3	ST
TIROSINT 13 MCG CAPSULE ^{MM}	3	ST
TIROSINT 137 MCG CAPSULE ^{MM}	3	ST
TIROSINT 150 MCG CAPSULE ^{MM}	3	ST
TIROSINT 175 MCG CAPSULE ^{MM}	3	ST
TIROSINT 200 MCG CAPSULE ^{MM}	3	ST
TIROSINT 25 MCG CAPSULE ^{MM}	3	ST
TIROSINT 50 MCG CAPSULE ^{MM}	3	ST
TIROSINT 75 MCG CAPSULE ^{MM}	3	ST
TIROSINT 88 MCG CAPSULE ^{MM}	3	ST
TIROSINT-SOL 100 MCG/ML ORAL SOLUTION ^{MM}	3	ST
TIROSINT-SOL 112 MCG/ML ORAL SOLUTION ^{MM}	3	ST
TIROSINT-SOL 125 MCG/ML ORAL SOLUTION ^{MM}	3	ST

ST - Terapia por fases • QL - Límite de cantidad • PA - Autorización previa

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DEL USO
TIROSINT-SOL 13 MCG/ML ORAL SOLUTION ^{MM}	3	ST
TIROSINT-SOL 137 MCG/ML ORAL SOLUTION ^{MM}	3	ST
TIROSINT-SOL 150 MCG/ML ORAL SOLUTION ^{MM}	3	ST
TIROSINT-SOL 175 MCG/ML ORAL SOLUTION ^{MM}	3	ST
TIROSINT-SOL 200 MCG/ML ORAL SOLUTION ^{MM}	3	ST
TIROSINT-SOL 25 MCG/ML ORAL SOLUTION ^{MM}	3	ST
TIROSINT-SOL 37.5 MCG/ML ORAL SOLUTION ^{MM}	3	ST
TIROSINT-SOL 44 MCG/ML ORAL SOLUTION ^{MM}	3	ST
TIROSINT-SOL 50 MCG/ML ORAL SOLUTION ^{MM}	3	ST
TIROSINT-SOL 62.5 MCG/ML ORAL SOLUTION ^{MM}	3	ST
TIROSINT-SOL 75 MCG/ML ORAL SOLUTION ^{MM}	3	ST
TIROSINT-SOL 88 MCG/ML ORAL SOLUTION ^{MM}	3	ST
TIS-U-SOL PENTALYTE 800-40-20-8.75-6.25 MG/100 ML IRRIGATION SOLUTION	3	
TIVICAY 10 MG TABLET ^{MM,SP}	*	QL(60 cada 30 días)
TIVICAY 25 MG TABLET ^{MM,SP}	*	QL(60 cada 30 días)
TIVICAY 50 MG TABLET ^{MM,SP}	*	QL(60 cada 30 días)
TIVICAY PD 5 MG TABLET FOR ORAL SUSPENSION ^{MM,SP}	*	QL(180 cada 30 días)
TIVORBEX 20 MG CAPSULE ^{SP,DL}	*	PA,QL(90 cada 30 días)
tizanidine hcl 2 mg capsule ^{MM}	1	ST
tizanidine hcl 2 mg tablet ^{MM}	1	
tizanidine hcl 4 mg capsule ^{MM}	1	ST
tizanidine hcl 4 mg tablet ^{MM}	1	
tizanidine hcl 6 mg capsule ^{MM}	1	ST
TLANDO 112.5 MG CAPSULE ^{MM}	3	PA,QL(120 cada 30 días)
TOBI 300 MG/5 ML SOLUTION FOR NEBULIZATION ^{MM,SP,LD,DL}	*	PA,QL(280 cada 28 días)
TOBI PODHALER 28 MG CAPSULE WITH INHALATION DEVICE ^{MM,SP,LD,DL}	*	PA,QL(224 cada 28 días)
TOBI PODHALER 28 MG INHALE CAP ^{MM,SP,DL}	*	PA,QL(224 cada 28 días)
TOBRADEX 0.3 %-0.1 % EYE DROPS,SUSPENSION	3	
TOBRADEX 0.3 %-0.1 % EYE OINTMENT	3	
TOBRADEX ST 0.3 %-0.05 % EYE DROPS,SUSPENSION	3	
tobramycin 0.3% eye drop	1	
tobramycin 300 mg/4 ml ampule ^{MM,SP,DL}	*	PA,QL(224 cada 28 días)
tobramycin 300 mg/5 ml ampule ^{MM,SP,DL}	*	PA,QL(280 cada 28 días)
tobramycin pak 300 mg/5 ml ^{MM,SP,DL}	*	PA,QL(280 cada 28 días)
tobramycin-dexameth ophth susp	1	
TOBEX 0.3 % EYE DROPS	3	
TOBEX 0.3 % EYE OINTMENT	3	
TOLAK 4 % TOPICAL CREAM	3	
tolcapone 100 mg tablet ^{MM}	1	PA,QL(90 cada 30 días)
tolmetin sodium 200 mg tab	1	
tolmetin sodium 400 mg cap	1	
tolmetin sodium 600 mg tab	1	
TOLSURA 65 MG ORAL SOLID DISPERSION CAPSULE ^{SP,DL}	*	PA,QL(120 cada 30 días)
tolterodine tart er 2 mg cap ^{MM}	1	QL(30 cada 30 días)
tolterodine tart er 4 mg cap ^{MM}	1	QL(30 cada 30 días)
tolterodine tartrate 1 mg tab ^{MM}	1	QL(60 cada 30 días)
tolterodine tartrate 2 mg tab ^{MM}	1	QL(60 cada 30 días)
tolvaptan 15 mg tablet ^{MM,SP,DL}	*	QL(60 cada 30 días)
tolvaptan 30 mg tablet ^{MM,SP,DL}	*	QL(60 cada 30 días)
TOOMEY SYRINGE 70 ML	3	
TOPAMAX 100 MG TABLET ^{MM}	3	ST,QL(120 cada 30 días)
TOPAMAX 15 MG SPRINKLE CAPSULE ^{MM}	3	QL(120 cada 30 días)
TOPAMAX 200 MG TABLET ^{MM}	3	ST,QL(120 cada 30 días)
TOPAMAX 25 MG SPRINKLE CAPSULE ^{MM}	3	QL(180 cada 30 días)
TOPAMAX 25 MG TABLET ^{MM}	3	ST,QL(90 cada 30 días)

ST - Terapia por fases • QL - Límite de cantidad • PA - Autorización previa

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DEL USO
TOPAMAX 50 MG TABLET ^{MM}	3	ST,QL(120 cada 30 días)
TOPCARE CLICKFINE 31 GAUGE X 1/4" NEEDLE ^{MM}	2	
TOPCARE CLICKFINE 31 GAUGE X 5/16" NEEDLE ^{MM}	2	
TOPCARE ULTRA COMFORT 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2" SYRINGE ^{MM}	2	
TOPCARE ULTRA COMFORT 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16" SYRINGE ^{MM}	2	
TOPCARE ULTRA COMFORT 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16" SYRINGE ^{MM}	2	
TOPCARE ULTRA COMFORT 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2" SYRINGE ^{MM}	2	
TOPCARE ULTRA COMFORT 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16" SYRINGE ^{MM}	2	
TOPCARE ULTRA COMFORT 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16" SYRINGE ^{MM}	2	
TOPCARE ULTRA COMFORT 1 ML 29 GAUGE X 1/2" SYRINGE ^{MM}	2	
TOPCARE ULTRA COMFORT 1 ML 30 GAUGE X 5/16" SYRINGE ^{MM}	2	
TOPCARE ULTRA COMFORT 1 ML 31 GAUGE X 5/16" SYRINGE ^{MM}	2	
TOPCARE UNIVERSAL 1 LANCET ^{MM}	2	
TOPCARE UNIVERSAL 1 LANCET 33 GAUGE ^{MM}	2	
TOPICORT 0.05 % TOPICAL CREAM	3	ST
TOPICORT 0.05 % TOPICAL GEL	3	ST
TOPICORT 0.05 % TOPICAL OINTMENT	3	ST
TOPICORT 0.25 % TOPICAL CREAM	3	ST
TOPICORT 0.25 % TOPICAL OINTMENT	3	ST
TOPICORT 0.25 % TOPICAL SPRAY	3	ST
topiramate 100 mg tablet ^{MM}	1	QL(120 cada 30 días)
topiramate 15 mg sprinkle cap ^{MM}	1	QL(120 cada 30 días)
topiramate 200 mg tablet ^{MM}	1	QL(120 cada 30 días)
topiramate 25 mg sprinkle cap ^{MM}	1	QL(180 cada 30 días)
topiramate 25 mg tablet ^{MM}	1	QL(90 cada 30 días)
topiramate 50 mg tablet ^{MM}	1	QL(120 cada 30 días)
topiramate er 100 mg capsule ^{MM}	1	PA,QL(30 cada 30 días)
topiramate er 150 mg capsule ^{MM}	1	PA,QL(60 cada 30 días)
topiramate er 200 mg capsule ^{MM}	1	PA,QL(60 cada 30 días)
topiramate er 25 mg capsule ^{MM}	1	PA,QL(90 cada 30 días)
topiramate er 50 mg capsule ^{MM}	1	PA,QL(30 cada 30 días)
TOPROL XL 100 MG TABLET,EXTENDED RELEASE ^{MM}	3	QL(60 cada 30 días)
TOPROL XL 200 MG TABLET,EXTENDED RELEASE ^{MM}	3	QL(60 cada 30 días)
TOPROL XL 25 MG TABLET,EXTENDED RELEASE ^{MM}	3	QL(90 cada 30 días)
TOPROL XL 50 MG TABLET,EXTENDED RELEASE ^{MM}	3	QL(60 cada 30 días)
toremifene citrate 60 mg tab ^{MM,SP,DL}	*	QL(30 cada 30 días)
torsemidate 10 mg tablet ^{MM}	1	
torsemidate 100 mg tablet ^{MM}	1	
torsemidate 20 mg tablet ^{MM}	1	
torsemidate 5 mg tablet ^{MM}	1	
TOSYMRA 10 MG/ACTUATION NASAL SPRAY ^{SP,DL}	*	ST,QL(12 cada 30 días)
TOUJEO MAX U-300 SOLOSTAR 300 UNIT/ML (3 ML) SUBCUTANEOUS INSULIN PEN ^{MM}	2	
TOUJEO SOLOSTAR U-300 INSULIN 300 UNIT/ML (1.5 ML) SUBCUTANEOUS PEN ^{MM}	2	
tovet emollient 0.05 % topical foam	1	ST
TOVIAZ 4 MG TABLET,EXTENDED RELEASE ^{MM}	3	ST,QL(30 cada 30 días)
TOVIAZ 8 MG TABLET,EXTENDED RELEASE ^{MM}	3	ST,QL(30 cada 30 días)
TRACLEER 125 MG TABLET ^{MM,SP,LD,DL}	*	PA,QL(60 cada 30 días)
TRACLEER 32 MG TABLET FOR ORAL SUSPENSION ^{MM,SP,LD,DL}	*	PA,QL(120 cada 30 días)
TRACLEER 62.5 MG TABLET ^{MM,SP,LD,DL}	*	PA,QL(60 cada 30 días)
TRADJENTA 5 MG TABLET ^{MM}	2	QL(30 cada 30 días)
tramadol er 100 mg tablet ^{DL}	1	QL(30 cada 30 días)
tramadol er 200 mg tablet ^{DL}	1	QL(30 cada 30 días)
tramadol er 300 mg tablet ^{DL}	1	QL(30 cada 30 días)
tramadol hcl 100 mg tablet ^{DL}	1	QL(120 cada 30 días)

ST - Terapia por fases • QL - Límite de cantidad • PA - Autorización previa

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DEL USO
tramadol hcl 25 mg/5 ml cup ^{SP,DL}	*	PA,QL(2400 cada 30 días)
tramadol hcl 50 mg tablet ^{DL}	1	QL(240 cada 30 días)
tramadol hcl er 100 mg capsule ^{DL}	1	ST,QL(30 cada 30 días)
tramadol hcl er 100 mg tablet ^{DL}	1	QL(30 cada 30 días)
tramadol hcl er 150 mg capsule ^{DL}	1	ST,QL(30 cada 30 días)
tramadol hcl er 200 mg capsule ^{DL}	1	ST,QL(30 cada 30 días)
tramadol hcl er 200 mg tablet ^{DL}	1	QL(30 cada 30 días)
tramadol hcl er 300 mg capsule ^{DL}	1	ST,QL(30 cada 30 días)
tramadol hcl er 300 mg tablet ^{DL}	1	QL(30 cada 30 días)
tramadol-acetaminophn 37.5-325 ^{DL}	1	QL(240 cada 30 días)
trandolapr-verapam er 1-240 mg ^{MM}	1	
trandolapr-verapam er 2-180 mg ^{MM}	1	
trandolapr-verapam er 2-240 mg ^{MM}	1	
trandolapr-verapam er 4-240 mg ^{MM}	1	
trandolapril 1 mg tablet ^{MM}	1	
trandolapril 2 mg tablet ^{MM}	1	
trandolapril 4 mg tablet ^{MM}	1	
tranexamic acid 650 mg tablet ^{MM}	1	QL(30 cada 5 días)
TRANSDERM-SCOP 1 MG OVER 3 DAYS TRANSDERMAL PATCH	3	QL(10 cada 30 días)
TRANXENE T-TAB 7.5 MG TABLET ^{DL}	3	
tranylcypromine sulf 10 mg tab ^{MM}	1	QL(270 cada 30 días)
TRAVATAN Z 0.004 % EYE DROPS ^{MM}	3	ST,QL(2.5 cada 25 días)
travoprost 0.004% eye drop ^{MM}	1	QL(2.5 cada 25 días)
trazodone 100 mg tablet ^{MM}	1	
trazodone 150 mg tablet ^{MM}	1	
trazodone 300 mg tablet ^{MM}	1	
trazodone 50 mg tablet ^{MM}	1	
TRECTOR 250 MG TABLET	3	
TRELEGY ELLIPTA 100 MCG-62.5 MCG-25 MCG POWDER FOR INHALATION ^{MM}	2	QL(60 cada 30 días)
TRELEGY ELLIPTA 200 MCG-62.5 MCG-25 MCG POWDER FOR INHALATION ^{MM}	2	QL(60 cada 30 días)
TREMFYA 100 MG/ML SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR ^{MM,SP}	*	PA,QL(2 cada 56 días)
TREMFYA 100 MG/ML SUBCUTANEOUS SYRINGE ^{MM,SP}	*	PA,QL(2 cada 56 días)
TRESIBA FLEXTOUCH U-100 INSULIN 100 UNIT/ML (3 ML) SUBCUTANEOUS PEN ^{MM}	2	
TRESIBA FLEXTOUCH U-200 INSULIN 200 UNIT/ML (3 ML) SUBCUTANEOUS PEN ^{MM}	2	
TRESIBA U-100 INSULIN 100 UNIT/ML SUBCUTANEOUS SOLUTION ^{MM}	2	
TRETIN-X 0.075% CREAM	3	PA
tretinoin 0.01% gel	1	PA
tretinoin 0.025% cream	1	PA
tretinoin 0.025% gel	1	PA
tretinoin 0.05% cream	1	PA
tretinoin 0.05% gel	1	PA
tretinoin 0.1% cream	1	PA
tretinoin 10 mg capsule ^{SP,DL}	*	PA,QL(360 cada 30 días)
tretinoin gel micro 0.04% pump	1	PA
tretinoin gel micro 0.04% tube	1	PA
tretinoin gel micro 0.1% pump	1	PA
tretinoin gel micro 0.1% tube	1	PA
TREXALL 10 MG TABLET ^{MM}	3	
TREXALL 15 MG TABLET ^{MM}	3	
TREXALL 5 MG TABLET ^{MM}	3	
TREXALL 7.5 MG TABLET ^{MM}	3	
TREXIMET 85 MG-500 MG TABLET	3	ST,QL(18 cada 30 días)
TREZIX 320.5 MG-30 MG-16 MG CAPSULE ^{DL}	3	QL(300 cada 30 días)
tri femynor (28) 0.18 mg(7)/0.215 mg(7)/0.25 mg(7)-35 mcg tablet ^{MM}	1	
tri-estarylla (28) 0.18 mg(7)/0.215 mg(7)/0.25 mg(7)-35 mcg tablet ^{MM}	1	

ST - Terapia por fases • QL - Límite de cantidad • PA - Autorización previa

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DEL USO
tri-legest fe 1-20 (5)/1-30(7)/1mg-35mcg(9) tablet ^{MM}	1	
tri-lynh (28) 0.18 mg(7)/0.215 mg(7)/0.25 mg(7)-35 mcg tablet ^{MM}	1	
tri-lo-estarylla 0.18 mg/0.215 mg/0.25 mg-25 mcg tablet ^{MM}	1	
tri-lo-marzia 0.18 mg/0.215 mg/0.25 mg-25 mcg tablet ^{MM}	1	
tri-lo-mili 0.18/0.215/0.25 mg-25 mcg tablet ^{MM}	1	
tri-lo-sprintec 0.18 mg/0.215 mg/0.25 mg-25 mcg tablet ^{MM}	1	
tri-mili (28) 0.18 mg(7)/0.215 mg(7)/0.25 mg(7)-35 mcg tablet ^{MM}	1	
tri-nymyo 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg(28) tablet ^{MM}	1	
tri-previfem tablet ^{MM}	1	
tri-sprintec (28) 0.18 mg(7)/0.215 mg(7)/0.25 mg(7)-35 mcg tablet ^{MM}	1	
tri-vylibra (28) 0.18 mg(7)/0.215 mg(7)/0.25 mg(7)-35 mcg tablet ^{MM}	1	
tri-vylibra lo 0.18/0.215/0.25 mg-25 mcg tablet ^{MM}	1	
triamcinolone 0.025% cream	1	
triamcinolone 0.025% lotion	1	
triamcinolone 0.025% oint	1	
triamcinolone 0.05% ointment	1	ST
triamcinolone 0.1% cream	1	
triamcinolone 0.1% lotion	1	
triamcinolone 0.1% ointment	1	
triamcinolone 0.1% paste	1	
triamcinolone 0.147 mg/g spray ^{SP,DL}	*	ST
triamcinolone 0.5% cream	1	
triamcinolone 0.5% ointment	1	
triamterene 100 mg capsule ^{MM}	1	
triamterene 50 mg capsule ^{MM}	1	
triamterene-hctz 37.5-25 mg cp ^{MM}	1	
triamterene-hctz 37.5-25 mg tb ^{MM}	1	
triamterene-hctz 75-50 mg tab ^{MM}	1	
trianex 0.05 % topical ointment	1	ST
triazolam 0.125 mg tablet ^{DL}	1	QL(30 cada 30 días)
triazolam 0.25 mg tablet ^{DL}	1	QL(30 cada 30 días)
TRIBENZOR 20 MG-5 MG-12.5 MG TABLET ^{MM}	3	ST,QL(30 cada 30 días)
TRIBENZOR 40 MG-10 MG-12.5 MG TABLET ^{MM}	3	ST,QL(30 cada 30 días)
TRIBENZOR 40 MG-10 MG-25 MG TABLET ^{MM}	3	ST,QL(30 cada 30 días)
TRIBENZOR 40 MG-5 MG-12.5 MG TABLET ^{MM}	3	ST,QL(30 cada 30 días)
TRIBENZOR 40 MG-5 MG-25 MG TABLET ^{MM}	3	ST,QL(30 cada 30 días)
TRICARE 27 MG IRON-1 MG TABLET ^{MM}	2	
tricon 110 mg-0.5 mg capsule	1	
TRICOR 145 MG TABLET ^{MM}	3	QL(30 cada 30 días)
TRICOR 48 MG TABLET ^{MM}	3	QL(60 cada 30 días)
triderm 0.1 % topical cream	1	
triderm 0.5 % topical cream	1	
TRIDESILON 0.05 % TOPICAL CREAM	3	
trientine hcl 250 mg capsule ^{SP,DL}	*	PA
trifluoperazine 1 mg tablet ^{MM}	1	
trifluoperazine 10 mg tablet ^{MM}	1	
trifluoperazine 2 mg tablet ^{MM}	1	
trifluoperazine 5 mg tablet ^{MM}	1	
trifluridine 1% eye drops	1	
trigels-f forte 460 mg-60 mg-0.01 mg-1 mg capsule	1	
trihexyphenidyl 2 mg tablet ^{MM}	1	
trihexyphenidyl 2 mg/5 ml soln ^{MM}	1	
trihexyphenidyl 5 mg tablet ^{MM}	1	
TRIJARDY XR 10 MG-5 MG-1,000 MG TABLET, EXTENDED RELEASE ^{MM}	2	QL(30 cada 30 días)
TRIJARDY XR 12.5 MG-2.5 MG-1,000 MG TABLET, EXTENDED RELEASE ^{MM}	2	QL(60 cada 30 días)

ST - Terapia por fases • QL - Limite de cantidad • PA - Autorización previa

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DEL USO
TRIJARDY XR 25 MG-5 MG-1,000 MG TABLET, EXTENDED RELEASE ^{MM}	2	QL(30 cada 30 días)
TRIJARDY XR 5 MG-2.5 MG-1,000 MG TABLET, EXTENDED RELEASE ^{MM}	2	QL(60 cada 30 días)
TRIKAFTA 100-50-75 MG (D)/150 MG (N) TABLETS ^{MM,SP,DL}	*	PA,QL(84 cada 28 días)
TRIKAFTA 50-25-37.5 MG (D)/75 MG (N) TABLETS ^{MM,SP,DL}	*	PA,QL(84 cada 28 días)
TRILEPTAL 150 MG TABLET ^{MM}	3	ST
TRILEPTAL 300 MG TABLET ^{MM}	3	ST
TRILEPTAL 300 MG/5 ML (60 MG/ML) ORAL SUSPENSION ^{MM}	3	
TRILEPTAL 600 MG TABLET ^{MM}	3	ST
TRILIPIX 135 MG CAPSULE,DELAYED RELEASE ^{MM}	3	ST,QL(30 cada 30 días)
TRILIPIX 45 MG CAPSULE,DELAYED RELEASE ^{MM}	3	ST,QL(30 cada 30 días)
trilyte with flavor packets	1	
trimethobenzamide 300 mg cap	1	
trimethoprim 100 mg tablet	1	
trimipramine maleate 100 mg cp ^{MM}	1	
trimipramine maleate 25 mg cap ^{MM}	1	
trimipramine maleate 50 mg cap ^{MM}	1	
trinatal rx 1 60 mg iron-1 mg tablet ^{MM}	1	
TRINATE 28 MG IRON-1 MG TABLET ^{MM}	2	
TRINTELLIX 10 MG TABLET ^{MM}	3	ST,QL(30 cada 30 días)
TRINTELLIX 20 MG TABLET ^{MM}	3	ST,QL(30 cada 30 días)
TRINTELLIX 5 MG TABLET ^{MM}	3	ST,QL(30 cada 30 días)
triphrocaps 1 mg capsule	1	
TRISTART DHA 31 MG IRON-1 MG-200 MG CAPSULE ^{MM}	3	
tritocin 0.05 % topical ointment	1	ST
TRIUMEQ 600 MG-50 MG-300 MG TABLET ^{MM,SP}	*	QL(30 cada 30 días)
TRIUMEQ PD 60 MG-5 MG-30 MG TABLET FOR ORAL SUSPENSION ^{MM,SP}	*	QL(180 cada 30 días)
triveen-duo dha 29 mg-1 mg-400 mg oral pack ^{MM}	1	
trivora (28) 50-30 (6)/75-40(5)/125-30(10) tablet ^{MM}	1	
TRIZIVIR 300 MG-150 MG-300 MG TABLET ^{MM}	3	QL(60 cada 30 días)
TROKENDI XR 100 MG CAPSULE, EXTENDED RELEASE ^{MM,SP,DL}	*	PA,QL(30 cada 30 días)
TROKENDI XR 200 MG CAPSULE, EXTENDED RELEASE ^{MM,SP,DL}	*	PA,QL(60 cada 30 días)
TROKENDI XR 25 MG CAPSULE,EXTENDED RELEASE ^{MM,SP,DL}	*	PA,QL(90 cada 30 días)
TROKENDI XR 50 MG CAPSULE, EXTENDED RELEASE ^{MM,SP,DL}	*	PA,QL(30 cada 30 días)
TROPHAMINE 10 % INTRAVENOUS SOLUTION	3	
tropicamide 0.5% eye drops	1	
tropicamide 1% eye drops	1	
tropium chloride 20 mg tablet ^{MM}	1	QL(60 cada 30 días)
tropium chloride er 60 mg cap ^{MM}	1	QL(30 cada 30 días)
TRUDHESA 0.725 MG/PUMP ACT. (4 MG/ML) NASAL SPRAY ^{SP,DL}	*	PA,QL(8 cada 30 días)
TRUE COMFORT INSULIN SYRINGE 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16 ^{MM}	2	
TRUE COMFORT INSULIN SYRINGE 1 ML 31 GAUGE X 5/16 ^{MM}	2	
TRUE COMFORT LANCET 30 GAUGE ^{MM}	2	
TRUE COMFORT PEN NEEDLE 31 GAUGE X 1/4 ^{MM}	2	
TRUE COMFORT PEN NEEDLE 31 GAUGE X 3/16 ^{MM}	2	
TRUE COMFORT PEN NEEDLE 31 GAUGE X 5/16 ^{MM}	2	
TRUE COMFORT PEN NEEDLE 32 GAUGE X 3/16 ^{MM}	2	
TRUE COMFORT PEN NEEDLE 32 GAUGE X 5/32 ^{MM}	2	
TRUE COMFORT PRO ALCOHOL PADS	3	
TRUE COMFORT PRO INS SYRINGE 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2 ^{MM}	2	
TRUE COMFORT PRO INS SYRINGE 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16 ^{MM}	2	
TRUE COMFORT PRO INS SYRINGE 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16 ^{MM}	2	
TRUE COMFORT PRO INS SYRINGE 1 ML 30 GAUGE X 1/2 ^{MM}	2	
TRUE COMFORT PRO INS SYRINGE 1 ML 30 GAUGE X 5/16 ^{MM}	2	
TRUE COMFORT PRO INS SYRINGE 1 ML 31 GAUGE X 5/16 ^{MM}	2	
TRUE COMFORT PRO INS SYRINGE 1 ML 32 GAUGE X 5/16 ^{MM}	2	

ST - Terapia por fases • QL - Limite de cantidad • PA - Autorización previa

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DEL USO
TRUE COMFORT PRO INS SYRINGE 1/2 ML 32 GAUGE X 5/16 ^{MM}	2	
TRUE METRIX AIR GLUCOSE METER ^{MM}	2	
TRUE METRIX AIR GLUCOSE METER KIT ^{MM}	2	
TRUE METRIX GLUCOSE METER ^{MM}	2	
TRUE METRIX GLUCOSE METER KIT ^{MM}	2	
TRUE METRIX GLUCOSE TEST STRIP ^{MM}	2	QL(150 cada 30 días)
TRUE METRIX GO GLUCOSE METER ^{MM}	2	
TRUE METRIX LEVEL 1 SOLUTION ^{MM}	3	
TRUE METRIX LEVEL 2 SOLUTION ^{MM}	3	
TRUE METRIX LEVEL 3 SOLUTION ^{MM}	3	
TRUE METRIX PRO TEST STRIP ^{MM}	2	QL(150 cada 30 días)
TRUE2GO BLOOD GLUCOSE SYSTEM KIT ^{MM}	2	
TRUECONTROL LEVEL 0 SOLUTION ^{MM}	3	
TRUECONTROL LEVEL 1 SOLUTION ^{MM}	3	
TRUEDRAW LANCING DEVICE	3	
TRUEPLUS 26G LANCETS ^{MM}	2	
TRUEPLUS INSULIN 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2" SYRINGE ^{MM}	2	
TRUEPLUS INSULIN 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16" SYRINGE ^{MM}	2	
TRUEPLUS INSULIN 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16" SYRINGE ^{MM}	2	
TRUEPLUS INSULIN 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2" SYRINGE ^{MM}	2	
TRUEPLUS INSULIN 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16" SYRINGE ^{MM}	2	
TRUEPLUS INSULIN 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16" SYRINGE ^{MM}	2	
TRUEPLUS INSULIN 1 ML 28 GAUGE X 1/2" SYRINGE ^{MM}	2	
TRUEPLUS INSULIN 1 ML 29 GAUGE X 1/2" SYRINGE ^{MM}	2	
TRUEPLUS INSULIN 1 ML 30 GAUGE X 5/16" SYRINGE ^{MM}	2	
TRUEPLUS INSULIN 1 ML 31 GAUGE X 5/16" SYRINGE ^{MM}	2	
TRUEPLUS INSULIN 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2" SYRINGE ^{MM}	2	
TRUEPLUS LANCETS 28 GAUGE ^{MM}	2	
TRUEPLUS LANCETS 30 GAUGE ^{MM}	2	
TRUEPLUS LANCETS 33 GAUGE ^{MM}	2	
TRUEPLUS PEN NEEDLE 29 GAUGE X 1/2" ^{MM}	2	
TRUEPLUS PEN NEEDLE 31 GAUGE X 1/4" ^{MM}	2	
TRUEPLUS PEN NEEDLE 31 GAUGE X 3/16" ^{MM}	2	
TRUEPLUS PEN NEEDLE 31 GAUGE X 5/16" ^{MM}	2	
TRUEPLUS PEN NEEDLE 32 GAUGE X 5/32" ^{MM}	2	
TRUERESULT BLOOD GLUCOSE SYSTEM KIT ^{MM}	2	
TRUETEST TEST STRIPS ^{MM}	2	QL(150 cada 30 días)
TRUETRACK BLOOD GLUCOSE SYSTEM KIT ^{MM}	2	
TRUETRACK SMART SYSTEM KIT ^{MM}	2	
TRUETRACK TEST STRIPS ^{MM}	2	QL(150 cada 30 días)
TRULANCE 3 MG TABLET ^{MM}	3	PA,QL(30 cada 30 días)
TRULICITY 0.75 MG/0.5 ML SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR ^{MM}	2	QL(2 cada 28 días)
TRULICITY 1.5 MG/0.5 ML SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR ^{MM}	2	QL(2 cada 28 días)
TRULICITY 3 MG/0.5 ML SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR ^{MM}	2	QL(2 cada 28 días)
TRULICITY 4.5 MG/0.5 ML SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR ^{MM}	2	QL(2 cada 28 días)
TRUSELTIQ 100 MG/DAY (100 MG X 1) CAPSULE ^{MM,SP,DL}	*	PA,QL(21 cada 28 días)
TRUSELTIQ 125MG/DAY(100 MG X1-25MG X1) CAPSULE ^{MM,SP,DL}	*	PA,QL(42 cada 28 días)
TRUSELTIQ 50 MG/DAY (25 MG X 2) CAPSULE ^{MM,SP,DL}	*	PA,QL(42 cada 28 días)
TRUSELTIQ 75 MG/DAY (25 MG X 3) CAPSULE ^{MM,SP,DL}	*	PA,QL(63 cada 28 días)
TRUSOPT 2 % EYE DROPS ^{MM}	3	QL(10 cada 30 días)
TRUVADA 100 MG-150 MG TABLET ^{MM,SP}	*	QL(30 cada 30 días)
TRUVADA 133 MG-200 MG TABLET ^{MM,SP}	*	QL(30 cada 30 días)
TRUVADA 167 MG-250 MG TABLET ^{MM,SP}	*	QL(30 cada 30 días)
TRUVADA 200 MG-300 MG TABLET ^{MM}	3	QL(30 cada 30 días)

ST - Terapia por fases • QL - Límite de cantidad • PA - Autorización previa

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DEL USO
TRUZONE PEAK FLOW METER	3	
TUBERCULIN SYRINGE 1 ML 25 GAUGE X 1"	3	
TUDORZA PRESSAIR 400 MCG/ACTUATION BREATH ACTIVATED ^{MM}	3	ST,QL(1 cada 30 días)
TUKYSA 150 MG TABLET ^{MM,SP,DL}	*	PA,QL(120 cada 30 días)
TUKYSA 50 MG TABLET ^{MM,SP,DL}	*	PA,QL(300 cada 30 días)
tulana 0.35 mg tablet ^{MM}	1	
TURALIO 200 MG CAPSULE ^{MM,SP,DL}	*	PA,QL(120 cada 30 días)
TUSSICAPS 10 MG-8 MG CAPSULE	3	QL(60 cada 30 días)
TUXARIN ER 8 MG-54.3 MG TABLET,EXTENDED RELEASE	3	QL(60 cada 30 días)
TUZISTRA XR 14.7 MG-2.8 MG/5 ML ORAL SUSPENSION,EXTENDED RELEASE	3	
TWINRIX (PF) 720 ELISA UNIT-20 MCG/ML INTRAMUSCULAR SYRINGE	3	
TWIRLA 120 MCG-30 MCG/24 HR TRANSDERMAL PATCH ^{MM}	3	QL(3 cada 28 días)
TWIST LANCETS 30 GAUGE ^{MM}	2	
TWIST LANCETS 32 GAUGE ^{MM}	2	
TWYNEO 0.1 %-3 % TOPICAL CREAM	3	ST,QL(30 cada 30 días)
TWYNSTA 40 MG-10 MG TABLET ^{MM}	3	ST,QL(30 cada 30 días)
TWYNSTA 40 MG-5 MG TABLET ^{MM}	3	ST,QL(30 cada 30 días)
TWYNSTA 80 MG-10 MG TABLET ^{MM}	3	ST,QL(30 cada 30 días)
TWYNSTA 80 MG-5 MG TABLET ^{MM}	3	ST,QL(30 cada 30 días)
TYBLUME 0.1 MG-20 MCG CHEWABLE TABLET ^{MM}	3	
TYBOST 150 MG TABLET ^{MM}	3	QL(30 cada 30 días)
tydemy 3 mg-0.03 mg-0.451 mg (21)(7) tablet ^{MM}	1	
TYKERB 250 MG TABLET ^{MM,SP,LD,DL}	*	PA,QL(180 cada 30 días)
TYLENOL WITH CODEINE #3 TABLET ^{DL}	3	QL(360 cada 30 días)
TYMLOS 80 MCG/DOSE (3,120 MCG/1.56 ML) SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR ^{MM,SP,DL}	*	PA,QL(1.56 cada 30 días)
TYRVAYA 0.03 MG/SPRAY NASAL SPRAY ^{MM}	3	PA,QL(8.4 cada 30 días)
TYVASO 1.74 MG/2.9 ML (0.6 MG/ML) SOLUTION FOR NEBULIZATION ^{MM,SP,DL}	*	PA,QL(89.9 cada 28 días)
TYVASO INSTITUTIONAL STARTER KIT 1.74 MG/2.9 ML SOLN FOR NEBULIZATION ^{SP,DL}	*	PA,QL(89.9 cada 28 días)
TYVASO REFILL KIT 1.74 MG/2.9 ML (0.6 MG/ML) SOLUTION FOR NEBULIZATION ^{MM,SP,DL}	*	PA,QL(89.9 cada 28 días)
TYVASO STARTER KIT 1.74 MG/2.9 ML SOLUTION FOR NEBULIZATION ^{SP,DL}	*	PA,QL(89.9 cada 28 días)
UBRELVY 100 MG TABLET ^{SP,DL}	*	PA,QL(10 cada 30 días)
UBRELVY 50 MG TABLET ^{SP,DL}	*	PA,QL(10 cada 30 días)
UCERIS 2 MG/ACTUATION RECTAL FOAM	3	PA
UCERIS 9 MG TABLET, EXTENDED RELEASE ^{SP,DL}	*	PA,QL(30 cada 30 días)
UDENYCA 6 MG/0.6 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE ^{SP,DL}	*	PA,QL(1.2 cada 28 días)
UKONIQ 200 MG TABLET ^{MM,SP}	*	PA,QL(120 cada 30 días)
ULESFIA 5 % LOTION	3	
ULORIC 40 MG TABLET ^{MM}	3	ST,QL(30 cada 30 días)
ULORIC 80 MG TABLET ^{MM}	3	ST,QL(30 cada 30 días)
ULTI-LANCE KIT ^{MM}	3	
ULTI-LANCE MISC	3	
ULTICARE 0.3 ML 30 GAUGE X 1/2" SYRINGE ^{MM}	2	
ULTICARE 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16" SYRINGE ^{MM}	2	
ULTICARE 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2" SYRINGE ^{MM}	2	
ULTICARE 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16" SYRINGE ^{MM}	2	
ULTICARE 1 ML 25 GAUGE X 5/8" SYRINGE	2	
ULTICARE 1 ML 30 GAUGE X 1/2" SYRINGE ^{MM}	2	
ULTICARE 1 ML 31 GAUGE X 5/16" SYRINGE ^{MM}	2	
ULTICARE INS SYR 1 ML 29GX1/2" ^{MM}	2	
ULTICARE INSULIN SYRINGE (HALF UNIT) 0.3 ML 31 GAUGE X 1/4" ^{MM}	2	
ULTICARE INSULIN SYRINGE 0.3 ML 31 GAUGE X 1/4" ^{MM}	2	
ULTICARE INSULIN SYRINGE 1 ML 31 GAUGE X 1/4" ^{MM}	2	
ULTICARE INSULIN SYRINGE 1/2 ML 31 GAUGE X 1/4" ^{MM}	2	

ST - Terapia por fases • QL - Límite de cantidad • PA - Autorización previa

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DEL USO
ULTICARE PEN NEEDLE 29 GAUGE X 1/2"MM	2	
ULTICARE PEN NEEDLE 31 GAUGE X 1/4"MM	2	
ULTICARE PEN NEEDLE 31 GAUGE X 3/16"MM	2	
ULTICARE PEN NEEDLE 31 GAUGE X 5/16"MM	2	
ULTICARE PEN NEEDLE 32 GAUGE X 1/4"MM	2	
ULTICARE PEN NEEDLE 32 GAUGE X 5/32"MM	2	
ULTICARE SAFETY PEN NEEDLE 30 GAUGE X 3/16"MM	2	
ULTICARE SAFETY PEN NEEDLE 30 GAUGE X 5/16"MM	2	
ULTICARE SYR 0.3 ML 30GX5/16"MM	2	
ULTICARE SYR 0.5 ML 29GX1/2"MM	2	
ULTICARE SYR 0.5 ML 30GX5/16"MM	2	
ULTICARE SYR 0.5 ML 31GX5/16"MM	2	
ULTICARE SYR 1 ML 30GX5/16"MM	2	
ULTICARE SYRIN 0.3 ML 29GX1/2"MM	2	
ULTICARE SYRIN 0.5 ML 28GX1/2"MM	2	
ULTIGUARD SAFEPACK-INSULIN SYRINGE 0.3 ML 30 X 1/2"MM	2	
ULTIGUARD SAFEPACK-INSULIN SYRINGE 0.3 ML 31 X 5/16"MM	2	
ULTIGUARD SAFEPACK-INSULIN SYRINGE 1 ML 30 X 1/2"MM	2	
ULTIGUARD SAFEPACK-INSULIN SYRINGE 1 ML 31 X 5/16"MM	2	
ULTIGUARD SAFEPACK-INSULIN SYRINGE 1/2 ML 30 X 1/2"MM	2	
ULTIGUARD SAFEPACK-INSULIN SYRINGE 1/2 ML 31 X 5/16"MM	2	
ULTIGUARD SAFEPACK-PEN NEEDLE 29 GAUGE X 1/2"MM	2	
ULTIGUARD SAFEPACK-PEN NEEDLE 31 GAUGE X 1/4"MM	2	
ULTIGUARD SAFEPACK-PEN NEEDLE 31 GAUGE X 3/16"MM	2	
ULTIGUARD SAFEPACK-PEN NEEDLE 31 GAUGE X 5/16"MM	2	
ULTIGUARD SAFEPACK-PEN NEEDLE 32 GAUGE X 1/4"MM	2	
ULTIGUARD SAFEPACK-PEN NEEDLE 32 GAUGE X 5/32"MM	2	
ULTILET BASIC LANCETS 30 GAUGE ^{MM}	2	
ULTILET CLASSIC LANCETS ^{MM}	2	
ULTILET CLASSIC LANCETS 28 GAUGE ^{MM}	2	
ULTILET CLASSIC LANCETS 30 GAUGE ^{MM}	2	
ULTILET CLASSIC LANCETS 33 GAUGE ^{MM}	2	
ULTILET INSULIN SYRINGE 0.3 ML 29 GAUGE ^{MM}	2	
ULTILET INSULIN SYRINGE 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2"MM	2	
ULTILET INSULIN SYRINGE 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16"MM	2	
ULTILET INSULIN SYRINGE 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"MM	2	
ULTILET INSULIN SYRINGE 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"MM	2	
ULTILET INSULIN SYRINGE 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"MM	2	
ULTILET INSULIN SYRINGE 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"MM	2	
ULTILET INSULIN SYRINGE 1 ML 29 GAUGE ^{MM}	2	
ULTILET INSULIN SYRINGE 1 ML 29 GAUGE X 1/2"MM	2	
ULTILET INSULIN SYRINGE 1 ML 30 GAUGE X 5/16"MM	2	
ULTILET INSULIN SYRINGE 1 ML 31 GAUGE X 5/16"MM	2	
ULTILET INSULIN SYRINGE 1/2 ML 29 ^{MM}	2	
ULTILET LANCETS 28 GAUGE ^{MM}	2	
ULTILET LANCETS 30 GAUGE ^{MM}	2	
ULTILET LANCETS 33 GAUGE ^{MM}	2	
ULTILET PEN NEEDLE 29 GAUGE ^{MM}	2	
ULTILET PEN NEEDLE 32 GAUGE X 5/32"MM	2	
ULTILET SAFETY LANCETS 23 GAUGE ^{MM}	2	
ULTIMA MONITOR ^{MM}	3	ST
ULTIMA TEST STRIPS ^{MM}	3	ST,QL(150 cada 30 días)
ULTRA COMFORT INSULIN SYRINGE (HALF UNIT) 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2"MM	2	
ULTRA COMFORT INSULIN SYRINGE (HALF UNIT) 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"MM	2	

ST - Terapia por fases • QL - Límite de cantidad • PA - Autorización previa

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DEL USO
ULTRA COMFORT INSULIN SYRINGE 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2"MM	2	
ULTRA COMFORT INSULIN SYRINGE 0.3 ML 30MM	2	
ULTRA COMFORT INSULIN SYRINGE 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16"MM	2	
ULTRA COMFORT INSULIN SYRINGE 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"MM	2	
ULTRA COMFORT INSULIN SYRINGE 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"MM	2	
ULTRA COMFORT INSULIN SYRINGE 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"MM	2	
ULTRA COMFORT INSULIN SYRINGE 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"MM	2	
ULTRA COMFORT INSULIN SYRINGE 1 ML 28 GAUGE ^{MM}	2	
ULTRA COMFORT INSULIN SYRINGE 1 ML 28 GAUGE X 1/2"MM	2	
ULTRA COMFORT INSULIN SYRINGE 1 ML 29 GAUGE ^{MM}	2	
ULTRA COMFORT INSULIN SYRINGE 1 ML 29 GAUGE X 1/2"MM	2	
ULTRA COMFORT INSULIN SYRINGE 1 ML 30 GAUGE X 5/16"MM	2	
ULTRA COMFORT INSULIN SYRINGE 1 ML 30 GAUGE X 7/16"MM	2	
ULTRA COMFORT INSULIN SYRINGE 1 ML 31 GAUGE X 5/16"MM	2	
ULTRA COMFORT INSULIN SYRINGE 1/2 ML 28 GAUGE ^{MM}	2	
ULTRA COMFORT INSULIN SYRINGE 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2"MM	2	
ULTRA COMFORT INSULIN SYRINGE 1/2 ML 29 ^{MM}	2	
ULTRA COMFORT INSULIN SYRINGE 1/2 ML 30 GAUGE ^{MM}	2	
ULTRA FINE LANCETS 30 GAUGE ^{MM}	2	
ULTRA FLO INSULIN SYRINGE (HALF UNIT) 0.3 ML 30 GAUGE X 1/2"MM	2	
ULTRA FLO INSULIN SYRINGE (HALF UNIT) 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16"MM	2	
ULTRA FLO INSULIN SYRINGE (HALF UNIT) 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"MM	2	
ULTRA FLO INSULIN SYRINGE 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2"MM	2	
ULTRA FLO INSULIN SYRINGE 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16"MM	2	
ULTRA FLO INSULIN SYRINGE 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"MM	2	
ULTRA FLO INSULIN SYRINGE 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"MM	2	
ULTRA FLO PEN NEEDLE 29 GAUGE X 1/2"MM	2	
ULTRA FLO PEN NEEDLE 31 GAUGE X 3/16"MM	2	
ULTRA FLO PEN NEEDLE 31 GAUGE X 5/16"MM	2	
ULTRA FLO PEN NEEDLE 32 GAUGE X 5/32"MM	2	
ULTRA FLO PEN NEEDLE 33 GAUGE X 5/32"MM	2	
ULTRA PRENATAL PLUS DHA 27 MG-800 MCG-250 MG-200 MG CAPSULE ^{MM}	2	
ULTRA THIN II LANCETS 30 GAUGE ^{MM}	2	
ULTRA THIN LANCETS ^{MM}	2	
ULTRA THIN LANCETS 28 GAUGE ^{MM}	2	
ULTRA THIN LANCETS 30 GAUGE ^{MM}	2	
ULTRA THIN LANCETS 31 GAUGE ^{MM}	2	
ULTRA THIN LANCETS 33 GAUGE ^{MM}	2	
ULTRA THIN PEN NEEDLE 32 GAUGE X 5/32"MM	2	
ULTRA THIN PLUS LANCETS 33 GAUGE ^{MM}	2	
ULTRA TLC LANCETS ^{MM}	2	
ULTRA-CARE LANCETS 30 GAUGE ^{MM}	2	
ULTRA-THIN II (SHORT) INSULIN SYRINGE 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16"MM	3	
ULTRA-THIN II (SHORT) INSULIN SYRINGE 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"MM	3	
ULTRA-THIN II (SHORT) INSULIN SYRINGE 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"MM	3	
ULTRA-THIN II (SHORT) INSULIN SYRINGE 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"MM	3	
ULTRA-THIN II (SHORT) INSULIN SYRINGE 1 ML 30 GAUGE X 5/16"MM	3	
ULTRA-THIN II (SHORT) INSULIN SYRINGE 1 ML 31 GAUGE X 5/16"MM	2	
ULTRA-THIN II (SHORT) PEN NDL 31 GAUGE X 5/16" NEEDLE ^{MM}	3	
ULTRA-THIN II INSULIN PEN NEEDLES 29 GAUGE X 1/2"MM	3	
ULTRA-THIN II INSULIN SYRINGE 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"MM	3	
ULTRA-THIN II INSULIN SYRINGE 1 ML 29 GAUGE X 1/2"MM	3	
ULTRA-THIN II LANCETS 28 GAUGE ^{MM}	2	
ULTRACARE INSULIN SYRINGE 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16"MM	2	

ST - Terapia por fases • QL - Límite de cantidad • PA - Autorización previa

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DEL USO
ULTRACARE INSULIN SYRINGE 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"MM	2	
ULTRACARE INSULIN SYRINGE 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2"MM	2	
ULTRACARE INSULIN SYRINGE 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"MM	2	
ULTRACARE INSULIN SYRINGE 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"MM	2	
ULTRACARE INSULIN SYRINGE 1 ML 30 GAUGE X 1/2"MM	2	
ULTRACARE INSULIN SYRINGE 1 ML 30 GAUGE X 5/16"MM	2	
ULTRACARE INSULIN SYRINGE 1 ML 31 GAUGE X 5/16"MM	2	
ULTRACARE PEN NEEDLE 31 GAUGE X 1/4"MM	2	
ULTRACARE PEN NEEDLE 31 GAUGE X 3/16"MM	2	
ULTRACARE PEN NEEDLE 31 GAUGE X 5/16"MM	2	
ULTRACARE PEN NEEDLE 32 GAUGE X 1/4"MM	2	
ULTRACARE PEN NEEDLE 32 GAUGE X 3/16"MM	2	
ULTRACARE PEN NEEDLE 32 GAUGE X 5/32"MM	2	
ULTRACARE PEN NEEDLE 33 GAUGE X 5/32"MM	2	
ULTRACET 37.5 MG-325 MG TABLET ^{DL}	3	QL(240 cada 30 días)
ULTRALANCE LANCETS 26 GAUGE ^{MM}	2	
ULTRALANCE LANCETS 28 GAUGE ^{MM}	2	
ULTRAM 50 MG TABLET ^{DL}	3	QL(240 cada 30 días)
ULTRATRAK GLUCOSE METER ^{MM}	3	ST
ULTRATRAK GLUCOSE METER KIT ^{MM}	3	ST
ULTRATRAK HIGH-LOW CONTROL SOLUTION ^{MM}	3	
ULTRATRAK NORMAL CONTROL SOLUTION ^{MM}	3	
ULTRATRAK STRIPS ^{MM}	3	ST,QL(150 cada 30 días)
ULTRATRAK ULTIMATE ^{MM}	3	ST
ULTRATRAK ULTIMATE SOLUTION ^{MM}	3	
ULTRATRAK ULTIMATE STRIPS ^{MM}	3	ST,QL(150 cada 30 días)
ULTRAVATE 0.05 % LOTION	3	ST
UNIFINE PEN NEEDLE 32 GAUGE X 5/32"MM	2	
UNIFINE PENTIPS 29 GAUGE NEEDLE ^{MM}	2	
UNIFINE PENTIPS 29 GAUGE X 1/2" NEEDLE ^{MM}	2	
UNIFINE PENTIPS 31 GAUGE X 1/4" NEEDLE ^{MM}	2	
UNIFINE PENTIPS 31 GAUGE X 3/16" NEEDLE ^{MM}	2	
UNIFINE PENTIPS 31 GAUGE X 5/16" NEEDLE ^{MM}	2	
UNIFINE PENTIPS 32 GAUGE X 1/4" NEEDLE ^{MM}	2	
UNIFINE PENTIPS 32 GAUGE X 5/32" NEEDLE ^{MM}	2	
UNIFINE PENTIPS 33 GAUGE X 5/32" NEEDLE ^{MM}	2	
UNIFINE PENTIPS MAXFLOW 30 GAUGE X 3/16" NEEDLE ^{MM}	2	
UNIFINE PENTIPS PLUS 29 GAUGE X 1/2" NEEDLE ^{MM}	2	
UNIFINE PENTIPS PLUS 31 GAUGE X 1/4" NEEDLE ^{MM}	2	
UNIFINE PENTIPS PLUS 31 GAUGE X 3/16" NEEDLE ^{MM}	2	
UNIFINE PENTIPS PLUS 31 GAUGE X 5/16" NEEDLE ^{MM}	2	
UNIFINE PENTIPS PLUS 32 GAUGE X 5/32" NEEDLE ^{MM}	2	
UNIFINE PENTIPS PLUS 33 GAUGE X 5/32" NEEDLE ^{MM}	2	
UNIFINE PENTIPS PLUS MAXFLOW 30 GAUGE X 3/16" NEEDLE ^{MM}	2	
UNIFINE SAFECONTROL 30 GAUGE X 3/16" NEEDLE ^{MM}	2	
UNIFINE SAFECONTROL 30 GAUGE X 5/16" NEEDLE ^{MM}	2	
UNIFINE ULTRA PEN NEEDLE 31 GAUGE X 1/4"MM	2	
UNIFINE ULTRA PEN NEEDLE 31 GAUGE X 3/16"MM	2	
UNIFINE ULTRA PEN NEEDLE 31 GAUGE X 5/16"MM	2	
UNIFINE ULTRA PEN NEEDLE 32 GAUGE X 5/32"MM	2	
UNILET COMFORTOUCH LANCET ^{MM}	2	
UNILET COMFORTOUCH LANCET 26 GAUGE ^{MM}	2	
UNILET EXCELITE II LANCET ^{MM}	3	
UNILET EXCELITE LANCET ^{MM}	3	

ST - Terapia por fases • QL - Límite de cantidad • PA - Autorización previa

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DEL USO
UNILET GP LANCET ^{MM}	2	
UNILET LANCET 28 GAUGE ^{MM}	2	
UNILET LANCET 33 GAUGE ^{MM}	2	
UNILET LANCETS 30 GAUGE ^{MM}	3	
UNILET SUPER THIN LANCETS 30 GAUGE ^{MM}	2	
UNISTIK 2 DEVICE KIT ^{MM}	3	
UNISTIK 2 EXTRA KIT ^{MM}	2	
UNISTIK 2 NORMAL LANCET AND DEVICE KIT ^{MM}	2	
UNISTIK 3 COMFORT DEVICE KIT ^{MM}	3	
UNISTIK 3 COMFORT LANCET ^{MM}	2	
UNISTIK 3 EXTRA LANCET 21 GAUGE ^{MM}	2	
UNISTIK 3 GENTLE 30 GAUGE ^{MM}	3	
UNISTIK 3 KIT ^{MM}	3	
UNISTIK 3 LANCETS 21 GAUGE ^{MM}	2	
UNISTIK 3 NEONATAL DEVICE KIT ^{MM}	3	
UNISTIK 3 NEONATAL KIT ^{MM}	3	
UNISTIK 3 NORMAL LANCET 23 GAUGE ^{MM}	2	
UNISTIK COMFORT LANCETS 28 GAUGE ^{MM}	3	
UNISTIK CZT LANCET 23 GAUGE ^{MM}	2	
UNISTIK CZT LANCET 28 GAUGE ^{MM}	2	
UNISTIK EXTRA LANCETS 21 GAUGE ^{MM}	3	
UNISTIK NORMAL LANCETS 23 GAUGE ^{MM}	2	
UNISTIK PRO LANCET 21 GAUGE ^{MM}	2	
UNISTIK PRO LANCET 25 GAUGE ^{MM}	2	
UNISTIK PRO LANCET 28 GAUGE ^{MM}	2	
UNISTIK SAFETY 28 GAUGE ^{MM}	2	
UNISTIK SAFETY 30 GAUGE ^{MM}	2	
UNISTIK TOUCH LANCETS 21 GAUGE ^{MM}	2	
UNISTIK TOUCH LANCETS 23 GAUGE ^{MM}	2	
UNISTIK TOUCH LANCETS 28 GAUGE ^{MM}	2	
UNISTIK TOUCH LANCETS 30 GAUGE ^{MM}	2	
UNISTRIP HIGH CONTROL SOLUTION ^{MM}	3	
UNISTRIP LOW CONTROL SOLUTION ^{MM}	3	
UNISTRIP1 TEST STRIP ^{MM}	3	ST,QL(150 cada 30 días)
UNITHROID 100 MCG TABLET ^{MM}	2	
UNITHROID 112 MCG TABLET ^{MM}	2	
UNITHROID 125 MCG TABLET ^{MM}	2	
UNITHROID 137 MCG TABLET ^{MM}	2	
UNITHROID 150 MCG TABLET ^{MM}	2	
UNITHROID 175 MCG TABLET ^{MM}	2	
UNITHROID 200 MCG TABLET ^{MM}	2	
UNITHROID 25 MCG TABLET ^{MM}	2	
UNITHROID 300 MCG TABLET ^{MM}	2	
UNITHROID 50 MCG TABLET ^{MM}	2	
UNITHROID 75 MCG TABLET ^{MM}	2	
UNITHROID 88 MCG TABLET ^{MM}	2	
UNIVERSAL 1 LANCETS 21 GAUGE ^{MM}	2	
UNIVERSAL 1 LANCETS 26 GAUGE ^{MM}	3	
UNIVERSAL 1 LANCETS 30 GAUGE ^{MM}	2	
UNIVERSAL 1 LANCETS 33 GAUGE ^{MM}	2	
UPNEEQ (PF) 0.1 % EYE DROPS IN A DROPPERETTE	3	PA,QL(30 cada 30 días)
UPTRAVI 1,000 MCG TABLET ^{MM,SP,DL}	*	PA,QL(60 cada 30 días)
UPTRAVI 1,200 MCG TABLET ^{MM,SP,DL}	*	PA,QL(60 cada 30 días)
UPTRAVI 1,400 MCG TABLET ^{MM,SP,DL}	*	PA,QL(60 cada 30 días)

ST - Terapia por fases • QL - Límite de cantidad • PA - Autorización previa

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DEL USO
UPTRAVI 1,600 MCG TABLET ^{MM,SP,DL}	*	PA,QL(60 cada 30 días)
UPTRAVI 200 MCG (140)-800 MCG (60) TABLETS IN A DOSE PACK ^{SP,DL}	*	PA,QL(200 cada 30 días)
UPTRAVI 200 MCG TABLET ^{MM,SP,DL}	*	PA,QL(60 cada 30 días)
UPTRAVI 400 MCG TABLET ^{MM,SP,DL}	*	PA,QL(60 cada 30 días)
UPTRAVI 600 MCG TABLET ^{MM,SP,DL}	*	PA,QL(60 cada 30 días)
UPTRAVI 800 MCG TABLET ^{MM,SP,DL}	*	PA,QL(60 cada 30 días)
URECHOLINE 25 MG TABLET ^{MM}	3	
URECHOLINE 50 MG TABLET ^{MM}	3	
UROCIT-K 10 10 MEQ (1,080 MG) TABLET,EXTENDED RELEASE ^{MM}	3	
UROCIT-K 15 15 MEQ (1,620 MG) TABLET,EXTENDED RELEASE ^{MM}	3	
UROCIT-K 5 5 MEQ (540 MG) TABLET,EXTENDED RELEASE ^{MM}	3	
UROXATRAL 10 MG TABLET,EXTENDED RELEASE ^{MM}	3	ST,QL(30 cada 30 días)
URSO 250 250 MG TABLET ^{MM}	3	
URSO FORTE 500 MG TABLET ^{MM}	3	
ursodiol 200 mg capsule ^{MM,SP,DL}	*	PA,QL(150 cada 30 días)
ursodiol 250 mg tablet ^{MM}	1	
ursodiol 300 mg capsule ^{MM}	1	
ursodiol 400 mg capsule ^{MM,SP,DL}	*	PA,QL(60 cada 30 días)
ursodiol 500 mg tablet ^{MM}	1	
V-GO 20 DEVICE ^{MM}	3	PA
V-GO 30 DEVICE ^{MM}	3	PA
V-GO 40 DEVICE ^{MM}	3	PA
VAGIFEM 10 MCG VAGINAL TABLET ^{MM}	3	
valacyclovir hcl 1 gram tablet ^{MM}	1	QL(90 cada 30 días)
valacyclovir hcl 500 mg tablet ^{MM}	1	QL(90 cada 30 días)
VALCHLOR 0.016 % TOPICAL GEL ^{MM,SP,DL}	*	PA,QL(60 cada 28 días)
VALCYTE 450 MG TABLET ^{MM,SP,DL}	*	QL(120 cada 30 días)
VALCYTE 50 MG/ML ORAL SOLUTION ^{MM,SP,DL}	*	QL(1056 cada 30 días)
valganciclovir 450 mg tablet ^{MM,SP,DL}	*	QL(120 cada 30 días)
valganciclovir hcl 50 mg/ml ^{MM,SP,DL}	*	QL(1056 cada 30 días)
VALIUM 10 MG TABLET ^{DL}	3	ST,QL(120 cada 30 días)
VALIUM 2 MG TABLET ^{DL}	3	ST,QL(90 cada 30 días)
VALIUM 5 MG TABLET ^{DL}	3	ST,QL(90 cada 30 días)
valproic acid 250 mg capsule ^{MM}	1	
valproic acid 250 mg/5 ml soln ^{MM}	1	
valproic acid 250 mg/5 ml soln ^{MM}	1	
valproic acid 500 mg/10 ml sol ^{MM}	1	
valsartan 160 mg tablet ^{MM}	1	QL(60 cada 30 días)
valsartan 320 mg tablet ^{MM}	1	QL(60 cada 30 días)
VALSARTAN 4 MG/ML SOLUTION ^{MM,SP,DL}	*	ST,QL(2400 cada 30 días)
valsartan 40 mg tablet ^{MM}	1	QL(60 cada 30 días)
valsartan 80 mg tablet ^{MM}	1	QL(60 cada 30 días)
valsartan-hctz 160-12.5 mg tab ^{MM}	1	QL(30 cada 30 días)
valsartan-hctz 160-25 mg tab ^{MM}	1	QL(30 cada 30 días)
valsartan-hctz 320-12.5 mg tab ^{MM}	1	QL(30 cada 30 días)
valsartan-hctz 320-25 mg tab ^{MM}	1	QL(30 cada 30 días)
valsartan-hctz 80-12.5 mg tab ^{MM}	1	QL(30 cada 30 días)
VALTOCO 10 MG/SPRAY (0.1 ML) NASAL SPRAY ^{SP,DL}	*	QL(10 cada 30 días)
VALTOCO 15 MG/2 SPRAY(7.5MG/0.1ML X2) NASAL SPRAY ^{SP,DL}	*	QL(10 cada 30 días)
VALTOCO 20 MG/2 SPRAY (10MG/0.1ML X2) NASAL SPRAY ^{SP,DL}	*	QL(10 cada 30 días)
VALTOCO 5 MG/SPRAY (0.1 ML) NASAL SPRAY ^{SP,DL}	*	QL(10 cada 30 días)
VALTREX 1 GRAM TABLET ^{MM}	3	QL(90 cada 30 días)
VALTREX 500 MG TABLET ^{MM}	3	QL(90 cada 30 días)
vanadom 350 mg tablet	1	QL(120 cada 30 días)

ST - Terapia por fases • QL - Límite de cantidad • PA - Autorización previa

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DEL USO
vanatol lq oral solution ^{SP,DL}	*	QL(450 cada 30 días)
vanatol s oral solution ^{SP,DL}	*	QL(450 cada 30 días)
VANOCIN 125 MG CAPSULE	3	PA,QL(120 cada 30 días)
VANOCIN 250 MG CAPSULE	3	PA,QL(240 cada 30 días)
vancomycin 250 mg/5 ml soln	1	PA
vancomycin hcl 125 mg capsule	1	PA,QL(120 cada 30 días)
vancomycin hcl 250 mg capsule	1	PA,QL(240 cada 30 días)
VANDAZOLE 0.75 % VAGINAL GEL	3	
VANISHPOINT INSULIN SYRINGE 1 ML 30 GAUGE X 3/16" ^{MM}	2	
VANISHPOINT SYRINGE 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2" ^{MM}	2	
VANISHPOINT SYRINGE 1 ML 29 GAUGE X 1/2" ^{MM}	2	
VANOS 0.1 % TOPICAL CREAM	3	ST
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	
VARUBI 90 MG TABLET ^{SP,DL}	*	PA,QL(4 cada 28 días)
VASCEPA 0.5 GRAM CAPSULE ^{MM}	3	PA,QL(240 cada 30 días)
VASCEPA 1 GRAM CAPSULE ^{MM}	3	PA,QL(120 cada 30 días)
VASERETIC 10 MG-25 MG TABLET ^{MM}	3	
VASOTEC 10 MG TABLET ^{MM}	3	
VASOTEC 2.5 MG TABLET ^{MM}	3	
VASOTEC 20 MG TABLET ^{MM}	3	
VASOTEC 5 MG TABLET ^{MM}	3	
VAXELIS (PF) 15 UNIT-5 UNIT-10 MCG/0.5 ML INTRAMUSCULAR SUSPENSION	3	
VAXELIS (PF) 15 UNIT-5 UNIT-10 MCG/0.5 ML INTRAMUSCULAR SYRINGE	3	
VAXNEUVANCE 0.5 ML INTRAMUSCULAR SYRINGE	3	
vecamyl 2.5 mg tablet	1	QL(300 cada 30 días)
VECTICAL 3 MCG/GRAM TOPICAL OINTMENT	3	PA,QL(800 cada 28 días)
velivet triphasic regimen (28) 0.1 mg/0.125 mg/0.15 mg-25 mcg tablet ^{MM}	1	
VELPHORO 500 MG CHEWABLE TABLET ^{MM,DL}	3	ST
VELTASSA 16.8 GRAM ORAL POWDER PACKET ^{MM,SP,DL}	*	PA,QL(30 cada 30 días)
VELTASSA 25.2 GRAM ORAL POWDER PACKET ^{MM,SP,DL}	*	PA,QL(30 cada 30 días)
VELTASSA 8.4 GRAM ORAL POWDER PACKET ^{MM,SP,DL}	*	PA,QL(30 cada 30 días)
VELTIN 1.2 %-0.025 % TOPICAL GEL	3	ST
VEMLIDY 25 MG TABLET ^{MM,SP,DL}	*	PA,QL(30 cada 30 días)
VENCLEXTA 10 MG TABLET ^{MM,SP,DL}	*	PA,QL(56 cada 28 días)
VENCLEXTA 100 MG TABLET ^{MM,SP,DL}	*	PA,QL(180 cada 30 días)
VENCLEXTA 50 MG TABLET ^{MM,SP,DL}	*	PA,QL(28 cada 28 días)
VENCLEXTA STARTING PACK 10 MG-50 MG-100 MG TABLETS IN A DOSE PACK ^{SP,DL}	*	PA,QL(42 cada 28 días)
venlafaxine hcl 100 mg tablet ^{MM}	1	
venlafaxine hcl 25 mg tablet ^{MM}	1	
venlafaxine hcl 37.5 mg tablet ^{MM}	1	
venlafaxine hcl 50 mg tablet ^{MM}	1	
venlafaxine hcl 75 mg tablet ^{MM}	1	
venlafaxine hcl er 150 mg cap ^{MM}	1	QL(60 cada 30 días)
venlafaxine hcl er 150 mg tab ^{MM}	1	ST,QL(30 cada 30 días)
venlafaxine hcl er 225 mg tab ^{MM}	1	ST,QL(30 cada 30 días)
venlafaxine hcl er 37.5 mg cap ^{MM}	1	QL(30 cada 30 días)
venlafaxine hcl er 37.5 mg tab ^{MM}	1	ST,QL(30 cada 30 días)
venlafaxine hcl er 75 mg cap ^{MM}	1	QL(90 cada 30 días)
venlafaxine hcl er 75 mg tab ^{MM}	1	ST,QL(60 cada 30 días)
VENTAVIS 10 MCG/ML SOLUTION FOR NEBULIZATION ^{MM,SP,DL}	*	PA,QL(150 cada 30 días)
VENTAVIS 20 MCG/ML SOLUTION FOR NEBULIZATION ^{MM,SP,DL}	*	PA,QL(90 cada 30 días)
VENTOLIN HFA 90 MCG/ACTUATION AEROSOL INHALER ^{MM}	2	QL(36 cada 30 días)

ST - Terapia por fases • QL - Limite de cantidad • PA - Autorización previa

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DEL USO
verapamil 120 mg tablet ^{MM}	1	QL(120 cada 30 días)
verapamil 40 mg tablet ^{MM}	1	QL(120 cada 30 días)
verapamil 80 mg tablet ^{MM}	1	QL(120 cada 30 días)
verapamil er 120 mg tablet ^{MM}	1	QL(30 cada 30 días)
verapamil er 180 mg tablet ^{MM}	1	QL(30 cada 30 días)
verapamil er 240 mg tablet ^{MM}	1	QL(60 cada 30 días)
verapamil er pm 100 mg capsule ^{MM}	1	QL(30 cada 30 días)
verapamil er pm 200 mg capsule ^{MM}	1	QL(60 cada 30 días)
verapamil er pm 300 mg capsule ^{MM}	1	QL(30 cada 30 días)
verapamil sr 120 mg capsule ^{MM}	1	QL(60 cada 30 días)
verapamil sr 180 mg capsule ^{MM}	1	QL(60 cada 30 días)
verapamil sr 240 mg capsule ^{MM}	1	QL(60 cada 30 días)
verapamil sr 360 mg capsule ^{MM}	1	QL(60 cada 30 días)
VERASENS BLOOD GLUCOSE METER ^{MM}	3	ST
VERASENS CONTROL SOLN-LEVEL 1 ^{MM}	3	
VERASENS METER STARTER KIT ^{MM}	3	ST
VERASENS TEST STRIP ^{MM}	3	ST,QL(150 cada 30 días)
VERDESO 0.05 % TOPICAL FOAM ^{SP,DL}	*	
VEREGEN 15 % TOPICAL OINTMENT ^{SP,DL}	*	PA,QL(30 cada 30 días)
VERELAN 120 MG CAPSULE,EXTENDED RELEASE ^{MM}	3	QL(60 cada 30 días)
VERELAN 180 MG CAPSULE,EXTENDED RELEASE ^{MM}	3	QL(60 cada 30 días)
VERELAN 240 MG CAPSULE,EXTENDED RELEASE ^{MM}	3	QL(60 cada 30 días)
VERELAN 360 MG CAPSULE,EXTENDED RELEASE ^{MM}	3	QL(60 cada 30 días)
VERELAN PM 100 MG CAPSULE, EXTENDED RELEASE ^{MM}	3	QL(30 cada 30 días)
VERELAN PM 200 MG CAPSULE, EXTENDED RELEASE ^{MM}	3	QL(60 cada 30 días)
VERELAN PM 300 MG CAPSULE, EXTENDED RELEASE ^{MM}	3	QL(30 cada 30 días)
VERIFINE PEN NEEDLE 31 GAUGE X 1/4" ^{MM}	2	
VERIFINE PEN NEEDLE 31 GAUGE X 5/16" ^{MM}	2	
VERIFINE PEN NEEDLE 32 GAUGE X 3/16" ^{MM}	2	
VERIFINE PEN NEEDLE 32 GAUGE X 5/32" ^{MM}	2	
VERIPRED 20 20 MG/5 ML (4 MG/ML) ORAL SOLUTION	3	
VERKAZIA 0.1 % EYE DROPS IN A DROPPERETTE ^{MM,SP,DL}	*	PA,QL(120 cada 30 días)
VERQUOVO 10 MG TABLET ^{MM}	3	PA,QL(30 cada 30 días)
VERQUOVO 2.5 MG TABLET ^{MM}	3	PA,QL(30 cada 30 días)
VERQUOVO 5 MG TABLET ^{MM}	3	PA,QL(30 cada 30 días)
VERSACLOZ 50 MG/ML ORAL SUSPENSION ^{MM}	3	ST,QL(540 cada 30 días)
VERZENIO 100 MG TABLET ^{MM,SP,LD,DL}	*	PA,QL(60 cada 30 días)
VERZENIO 150 MG TABLET ^{MM,SP,LD,DL}	*	PA,QL(60 cada 30 días)
VERZENIO 200 MG TABLET ^{MM,SP,LD,DL}	*	PA,QL(60 cada 30 días)
VERZENIO 50 MG TABLET ^{MM,SP,LD,DL}	*	PA,QL(60 cada 30 días)
VESICARE 10 MG TABLET ^{MM}	3	ST,QL(30 cada 30 días)
VESICARE 5 MG TABLET ^{MM}	3	ST,QL(30 cada 30 días)
VESICARE LS 1 MG/ML ORAL SUSPENSION ^{MM}	3	ST,QL(300 cada 30 días)
vestura (28) 3 mg-0.02 mg tablet ^{MM}	1	
VFEND 200 MG TABLET ^{SP,DL}	*	PA,QL(120 cada 30 días)
VFEND 200 MG/5 ML (40 MG/ML) ORAL SUSPENSION ^{SP,DL}	*	PA,QL(400 cada 30 días)
VFEND 50 MG TABLET ^{SP,DL}	*	PA,QL(120 cada 30 días)
VIBERZI 100 MG TABLET ^{MM}	3	PA,QL(60 cada 30 días)
VIBERZI 75 MG TABLET ^{MM}	3	PA,QL(60 cada 30 días)
VIBRAMYCIN (CALCIUM) 50 MG/5 ML ORAL SYRUP	3	
VIBRAMYCIN (MONO) 25 MG/5 ML ORAL SUSPENSION	3	
VIBRAMYCIN 100 MG CAPSULE	3	QL(90 cada 30 días)
vicodin hp 10 mg-300 mg tablet ^{DL}	1	QL(180 cada 30 días)
VICTOZA 2-PAK 0.6 MG/0.1 ML (18 MG/3 ML) SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR ^{MM}	2	QL(9 cada 30 días)

ST - Terapia por fases • QL - Límite de cantidad • PA - Autorización previa

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DEL USO
VICTOZA 3-PAK 0.6 MG/0.1 ML (18 MG/3 ML) SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR ^{MM}	2	QL(9 cada 30 días)
VIEKIRA PAK 12.5 MG-75 MG-50 MG/250 MG TABLETS IN A DOSE PACK ^{SP,DL}	*	PA,QL(112 cada 28 días)
vienva 0.1 mg-20 mcg tablet ^{MM}	1	
vigabatrin 500 mg powder packet ^{MM,SP,LD,DL}	*	PA,QL(180 cada 30 días)
vigabatrin 500 mg tablet ^{MM,SP,LD,DL}	*	PA,QL(180 cada 30 días)
vigadrone 500 mg oral powder packet ^{MM,SP,DL}	*	PA,QL(180 cada 30 días)
VIGAMOX 0.5 % EYE DROPS	3	ST
VIIBRYD 10 MG (7)-20 MG (23) TABLETS IN A DOSE PACK	3	ST,QL(30 cada 30 días)
VIIBRYD 10 MG TABLET ^{MM}	3	ST,QL(30 cada 30 días)
VIIBRYD 20 MG TABLET ^{MM}	3	ST,QL(30 cada 30 días)
VIIBRYD 40 MG TABLET ^{MM}	3	ST,QL(30 cada 30 días)
VIJOICE 125 MG TABLET ^{MM,SP,DL}	*	PA,QL(28 cada 28 días)
VIJOICE 250 MG/DAY(200 MG X 1-50 MG X 1) TABLET ^{MM,SP,DL}	*	PA,QL(56 cada 28 días)
VIJOICE 50 MG TABLET ^{MM,SP,DL}	*	PA,QL(28 cada 28 días)
VIMOVO 375 MG-20 MG TABLET,IMMEDIATE AND DELAY RELEASE ^{MM,SP,DL}	*	PA,QL(60 cada 30 días)
VIMOVO 500 MG-20 MG TABLET,IMMEDIATE AND DELAY RELEASE ^{MM,SP,DL}	*	PA,QL(60 cada 30 días)
VIMPAT 10 MG/ML ORAL SOLUTION ^{MM}	3	ST,QL(1395 cada 30 días)
VIMPAT 100 MG TABLET ^{MM}	3	ST
VIMPAT 150 MG TABLET ^{MM}	3	ST
VIMPAT 200 MG TABLET ^{MM}	3	ST
VIMPAT 50 MG (14)-100 MG (14) TABLETS IN A DOSE PACK	3	ST
VIMPAT 50 MG TABLET ^{MM}	3	ST
vinate one tablet ^{MM}	1	
vinate-m tablet ^{MM}	1	
VIOKACE 10,440 UNIT-39,150 UNIT-39,150 UNIT TABLET ^{MM}	3	ST
VIOKACE 20,880 UNIT-78,300 UNIT-78,300 UNIT TABLET ^{MM}	3	ST
viorele (28) 0.15 mg-0.02 mg (21)/0.01 mg (5) tablet ^{MM}	1	
VIRACEPT 250 MG TABLET ^{MM,SP}	*	QL(300 cada 30 días)
VIRACEPT 625 MG TABLET ^{MM,SP}	*	QL(120 cada 30 días)
VIRAMUNE 200 MG TABLET ^{MM}	3	QL(60 cada 30 días)
VIRAMUNE 50 MG/5 ML SUSP ^{MM}	3	QL(1200 cada 30 días)
VIRAMUNE XR 400 MG TABLET ^{MM}	3	QL(30 cada 30 días)
VIRAZOLE 6 GRAM SOLUTION FOR INHALATION	3	QL(8 cada 30 días)
VIREAD 150 MG TABLET ^{MM,SP}	*	QL(30 cada 30 días)
VIREAD 200 MG TABLET ^{MM,SP}	*	QL(30 cada 30 días)
VIREAD 250 MG TABLET ^{MM,SP}	*	QL(30 cada 30 días)
VIREAD 300 MG TABLET ^{MM}	3	QL(30 cada 30 días)
VIREAD 40 MG/SCOOP (40 MG/GRAM) ORAL POWDER ^{MM,SP}	*	QL(240 cada 30 días)
virt-caps 1 mg capsule	1	
virt-gard 2.2 mg-25 mg-1 mg tablet	1	
virt-nate dha 28 mg iron-1 mg-200 mg capsule ^{MM}	1	
virt-phos 250 neutral tablet	1	
VISTARIL 25 MG CAPSULE	3	
VISTARIL 50 MG CAPSULE	3	
VISTOGARD 10 GRAM ORAL GRANULES IN PACKET ^{SP,DL}	*	QL(20 cada 365 días)
VITA-RESPA 2.2 MG-25 MG-1.3 MG TABLET	3	
VITAFOL 65 MG-1 MG TABLET	3	
VITAFOL NANO 18 MG IRON-1 MG TABLET ^{MM}	3	
VITAFOL ULTRA 29 MG IRON-1 MG-200 MG CAPSULE ^{MM}	3	
VITAFOL-OB 65 MG-1 MG TABLET ^{MM}	3	
VITAFOL-OB+DHA 65 MG-1 MG-250 MG ORAL PACK ^{MM}	3	
VITAFOL-ONE 29 MG IRON-1 MG-200 MG CAPSULE ^{MM}	2	
VITAMED MD ONE RX 30 MG IRON-1 MG-200 MG CAPSULE ^{MM}	2	
VITAMEDMD REDICHEW RX 1.4 MG CHEW TABLET,IMMEDIATE - DELAYED RELEASE ^{MM}	3	

ST - Terapia por fases • QL - Límite de cantidad • PA - Autorización previa

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DEL USO
vitamin d2 1,250 mcg (50,000 unit) capsule ^{MM}	1	
vitamin d2 1.25mg(50,000 unit) ^{MM}	1	
vitamin k 1 mg/0.5 ml injection solution	1	
vitamin k1 10 mg/ml injection solution	1	
VITAPEARL 30 MG-1.4 MG-200 MG CAPSULE,IMMEDIATE - DELAY RELEASE ^{MM}	3	
VITATRUE 30 MG IRON-1.4 MG-300 MG ORAL PACK ^{MM}	3	
VITRAKVI 100 MG CAPSULE ^{MM,SP,DL}	*	PA,QL(60 cada 30 días)
VITRAKVI 20 MG/ML ORAL SOLUTION ^{MM,SP,DL}	*	PA,QL(300 cada 30 días)
VITRAKVI 25 MG CAPSULE ^{MM,SP,DL}	*	PA,QL(180 cada 30 días)
VIVAGUARD INO CONTROL SOLUTION-L1,L2,L3 ^{MM}	3	
VIVAGUARD INO CONTROL SOLUTION-L1,L3 ^{MM}	3	
VIVAGUARD INO CONTROL SOLUTION-L2 ^{MM}	3	
VIVAGUARD INO GLUCOSE METER ^{MM}	3	ST
VIVAGUARD INO SMART GLUCOSE METER ^{MM}	3	ST
VIVAGUARD INO TEST STRIP ^{MM}	3	ST,QL(150 cada 30 días)
VIVAGUARD LANCET 30 GAUGE ^{MM}	2	
VIVAGUARD LANCING DEVICE	3	
VIVELLE-DOT 0.025 MG PATCH ^{MM}	3	QL(8 cada 28 días)
VIVELLE-DOT 0.0375 MG/24 HR TRANSDERMAL PATCH ^{MM}	3	QL(8 cada 28 días)
VIVELLE-DOT 0.05 MG/24 HR TRANSDERMAL PATCH ^{MM}	3	QL(8 cada 28 días)
VIVELLE-DOT 0.075 MG/24 HR TRANSDERMAL PATCH ^{MM}	3	QL(8 cada 28 días)
VIVELLE-DOT 0.1 MG/24 HR TRANSDERMAL PATCH ^{MM}	3	QL(8 cada 28 días)
VIVITROL 380 MG INTRAMUSCULAR SUSPENSION,EXTENDED RELEASE ^{SP}	*	QL(1 cada 28 días)
VIVLODEX 10 MG CAPSULE ^{MM,SP,DL}	*	PA,QL(30 cada 30 días)
VIVLODEX 5 MG CAPSULE ^{MM,SP,DL}	*	PA,QL(30 cada 30 días)
VIZIMPRO 15 MG TABLET ^{MM,SP,LD,DL}	*	PA,QL(30 cada 30 días)
VIZIMPRO 30 MG TABLET ^{MM,SP,LD,DL}	*	PA,QL(30 cada 30 días)
VIZIMPRO 45 MG TABLET ^{MM,SP,LD,DL}	*	PA,QL(30 cada 30 días)
VOCABRIA 30 MG TABLET ^{SP,DL}	*	QL(30 cada 30 días)
VOGELXO 1 % (50 MG/5 GRAM) TRANSDERMAL GEL PACKET ^{MM}	3	PA,QL(300 cada 30 días)
VOGELXO 12.5 MG/1.25 GRAM PER PUMP ACTUATION (1 %) TRANSDERMAL GEL ^{MM}	3	PA,QL(300 cada 30 días)
VOGELXO 50 MG/5 GRAM (1 %) TRANSDERMAL GEL ^{MM}	3	PA,QL(300 cada 30 días)
volnea (28) 0.15 mg-0.02 mg (21)/0.01 mg (5) tablet ^{MM}	1	
VOLTAREN 1% GEL ^{MM}	3	PA
VOLTAREN-XR 100 MG TABLET	3	
VONJO 100 MG CAPSULE ^{SP,DL}	*	PA,QL(120 cada 30 días)
VOQUEZNA DUAL PAK 20 MG (28)-500 MG (84) ORAL PACK ^{SP,DL}	*	PA,QL(112 cada 30 días)
VOQUEZNA TRIPLE PAK 20 MG-500 MG-500 MG ORAL PACK ^{SP,DL}	*	PA,QL(112 cada 30 días)
voriconazole 200 mg tablet ^{SP,DL}	*	PA,QL(120 cada 30 días)
voriconazole 40 mg/ml susp ^{SP,DL}	*	PA,QL(400 cada 30 días)
voriconazole 50 mg tablet ^{SP,DL}	*	PA,QL(120 cada 30 días)
VORTEX HOLDING CHAMBER	2	
VORTEX HOLDING CHAMBER-CHILD	2	
VORTEX HOLDING CHAMBER-TODDLER	2	
VORTEX VHC FROG MASK-CHILD	3	
VORTEX VHC LADYBUG MASK-TODDLER	2	
VOSEVI 400 MG-100 MG-100 MG TABLET ^{DL}	3	PA,QL(28 cada 28 días)
VOTRIENT 200 MG TABLET ^{MM,SP,LD,DL}	*	PA,QL(120 cada 30 días)
VOXZOGO 0.4 MG SUBCUTANEOUS SOLUTION ^{MM,SP,DL}	*	PA,QL(30 cada 30 días)
VOXZOGO 0.56 MG SUBCUTANEOUS SOLUTION ^{MM,SP,DL}	*	PA,QL(30 cada 30 días)
VOXZOGO 1.2 MG SUBCUTANEOUS SOLUTION ^{MM,SP,DL}	*	PA,QL(30 cada 30 días)
VP-PNV-DHA 28 MG IRON-1 MG-200 MG CAPSULE ^{MM}	3	
VRAYLAR 1.5 MG (1)-3 MG (6) CAPSULES IN A DOSE PACK ^{SP}	*	PA
VRAYLAR 1.5 MG CAPSULE ^{MM,SP}	*	PA,QL(30 cada 30 días)
VRAYLAR 3 MG CAPSULE ^{MM,SP}	*	PA,QL(30 cada 30 días)

ST - Terapia por fases • QL - Límite de cantidad • PA - Autorización previa

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DEL USO
VRAYLAR 4.5 MG CAPSULE ^{MM,SP}	*	PA,QL(30 cada 30 días)
VRAYLAR 6 MG CAPSULE ^{MM,SP}	*	PA,QL(30 cada 30 días)
VTAMA 1 % TOPICAL CREAM ^{SP,DL}	*	PA,QL(60 cada 30 días)
vtol iq 50 mg-325 mg-40 mg/15 ml oral solution ^{SP,DL}	*	QL(450 cada 30 días)
VUITY 1.25 % EYE DROPS ^{MM}	2	
VUMERITY 231 MG CAPSULE,DELAYED RELEASE ^{MM,SP,LD,DL}	*	PA,QL(120 cada 30 días)
VUSION 0.25 %-15 %-81.35 % TOPICAL OINTMENT	3	
vyfemla (28) 0.4 mg-35 mcg tablet ^{MM}	1	
vylibra 0.25 mg-35 mcg tablet ^{MM}	1	
VYNDAMAX 61 MG CAPSULE ^{MM,SP,LD,DL}	*	PA,QL(30 cada 30 días)
VYNDALOX 20 MG CAPSULE ^{MM,SP,LD,DL}	*	PA,QL(120 cada 30 días)
VYTORIN 10 MG-10 MG TABLET ^{MM}	3	ST,QL(30 cada 30 días)
VYTORIN 10 MG-20 MG TABLET ^{MM}	3	ST,QL(30 cada 30 días)
VYTORIN 10 MG-40 MG TABLET ^{MM}	3	ST,QL(30 cada 30 días)
VYTORIN 10 MG-80 MG TABLET ^{MM}	3	ST,QL(30 cada 30 días)
VYVANSE 10 MG CAPSULE ^{MM}	2	QL(30 cada 30 días)
VYVANSE 10 MG CHEWABLE TABLET ^{MM}	2	QL(30 cada 30 días)
VYVANSE 20 MG CAPSULE ^{MM}	2	QL(30 cada 30 días)
VYVANSE 20 MG CHEWABLE TABLET ^{MM}	2	QL(30 cada 30 días)
VYVANSE 30 MG CAPSULE ^{MM}	2	QL(30 cada 30 días)
VYVANSE 30 MG CHEWABLE TABLET ^{MM}	2	QL(30 cada 30 días)
VYVANSE 40 MG CAPSULE ^{MM}	2	QL(30 cada 30 días)
VYVANSE 40 MG CHEWABLE TABLET ^{MM}	2	QL(30 cada 30 días)
VYVANSE 50 MG CAPSULE ^{MM}	2	QL(30 cada 30 días)
VYVANSE 50 MG CHEWABLE TABLET ^{MM}	2	QL(30 cada 30 días)
VYVANSE 60 MG CAPSULE ^{MM}	2	QL(30 cada 30 días)
VYVANSE 60 MG CHEWABLE TABLET ^{MM}	2	QL(30 cada 30 días)
VYVANSE 70 MG CAPSULE ^{MM}	2	QL(30 cada 30 días)
VYZULTA 0.024 % EYE DROPS ^{MM}	3	ST,QL(5 cada 30 días)
WAKIX 17.8 MG TABLET ^{MM,SP,DL}	*	PA,QL(60 cada 30 días)
WAKIX 4.45 MG TABLET ^{MM,SP,DL}	*	PA,QL(60 cada 30 días)
warfarin sodium 1 mg tablet ^{MM}	1	
warfarin sodium 10 mg tablet ^{MM}	1	
warfarin sodium 2 mg tablet ^{MM}	1	
warfarin sodium 2.5 mg tablet ^{MM}	1	
warfarin sodium 3 mg tablet ^{MM}	1	
warfarin sodium 4 mg tablet ^{MM}	1	
warfarin sodium 5 mg tablet ^{MM}	1	
warfarin sodium 6 mg tablet ^{MM}	1	
warfarin sodium 7.5 mg tablet ^{MM}	1	
WAVESENSE AMP KIT ^{MM}	3	ST
WAVESENSE CONTROL SOLUTION ^{MM}	3	
WAVESENSE JAZZ STRIPS ^{MM}	3	ST,QL(150 cada 30 días)
WAVESENSE PRESTO ^{MM}	3	ST
WAVESENSE PRESTO KIT ^{MM}	3	ST
WAVESENSE PRESTO STRIPS ^{MM}	3	ST,QL(150 cada 30 días)
WELCHOL 3.75 GRAM ORAL POWDER PACKET ^{MM}	3	PA
WELCHOL 625 MG TABLET ^{MM}	3	PA
WELIREG 40 MG TABLET ^{MM,SP,DL}	*	PA,QL(90 cada 30 días)
WELLBUTRIN SR 100 MG TABLET, 12 HR SUSTAINED-RELEASE ^{MM}	3	QL(120 cada 30 días)
WELLBUTRIN SR 150 MG TABLET, 12 HR SUSTAINED-RELEASE ^{MM}	3	QL(90 cada 30 días)
WELLBUTRIN SR 200 MG TABLET, 12 HR SUSTAINED-RELEASE ^{MM}	3	QL(60 cada 30 días)
WELLBUTRIN XL 150 MG 24 HR TABLET, EXTENDED RELEASE ^{MM}	3	PA,QL(90 cada 30 días)
WELLBUTRIN XL 300 MG 24 HR TABLET, EXTENDED RELEASE ^{MM}	3	PA,QL(30 cada 30 días)

ST - Terapia por fases • QL - Límite de cantidad • PA - Autorización previa

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DEL USO
wera (28) 0.5 mg-35 mcg tablet ^{MM}	1	
westab plus 27 mg iron-1 mg tablet ^{MM}	1	
westgel dha 31 mg iron-1 mg-200 mg capsule ^{MM}	1	
WESTHROID 32.5 MG TABLET ^{MM}	3	
WESTHROID 65 MG TABLET ^{MM}	3	
WIDE-SEAL DIAPHRAGM 60 MM VAGINAL	3	
WIDE-SEAL DIAPHRAGM 65 MM VAGINAL	3	
WIDE-SEAL DIAPHRAGM 70 MM VAGINAL	3	
WIDE-SEAL DIAPHRAGM 75 MM VAGINAL	3	
WIDE-SEAL DIAPHRAGM 80 MM VAGINAL	3	
WIDE-SEAL DIAPHRAGM 85 MM VAGINAL	3	
WIDE-SEAL DIAPHRAGM 90 MM VAGINAL	3	
WIDE-SEAL DIAPHRAGM 95 MM VAGINAL	3	
WINLEVI 1 % TOPICAL CREAM	3	PA
wixela inhub 100 mcg-50 mcg/dose powder for inhalation ^{MM}	1	QL(60 cada 30 días)
wixela inhub 250 mcg-50 mcg/dose powder for inhalation ^{MM}	1	QL(60 cada 30 días)
wixela inhub 500 mcg-50 mcg/dose powder for inhalation ^{MM}	1	QL(60 cada 30 días)
WP THYROID 113.75 MG TABLET ^{MM}	3	
WP THYROID 130 MG TABLET ^{MM}	3	
WP THYROID 16.25 MG TABLET ^{MM}	3	
WP THYROID 32.5 MG TABLET ^{MM}	3	
WP THYROID 48.75 MG TABLET ^{MM}	3	
WP THYROID 65 MG TABLET ^{MM}	3	
WP THYROID 81.25 MG TABLET ^{MM}	3	
WP THYROID 97.5 MG TABLET ^{MM}	3	
wymzya fe 0.4 mg-35 mcg (21)/75 mg (7) chewable tablet ^{MM}	1	
WYNZORA 0.005 %-0.064 % TOPICAL CREAM ^{SP,DL}	*	PA,QL(60 cada 30 días)
XADAGO 100 MG TABLET ^{MM,SP,DL}	*	PA,QL(30 cada 30 días)
XADAGO 50 MG TABLET ^{MM,SP,DL}	*	PA,QL(30 cada 30 días)
XALATAN 0.005 % EYE DROPS ^{MM}	3	ST,QL(5 cada 25 días)
XALKORI 200 MG CAPSULE ^{MM,SP,LD,DL}	*	PA,QL(120 cada 30 días)
XALKORI 250 MG CAPSULE ^{MM,SP,LD,DL}	*	PA,QL(120 cada 30 días)
XANAX 0.25 MG TABLET ^{DL}	3	QL(120 cada 30 días)
XANAX 0.5 MG TABLET ^{DL}	3	QL(120 cada 30 días)
XANAX 1 MG TABLET ^{DL}	3	QL(120 cada 30 días)
XANAX 2 MG TABLET ^{DL}	3	QL(150 cada 30 días)
XANAX XR 0.5 MG TABLET,EXTENDED RELEASE ^{DL}	3	QL(60 cada 30 días)
XANAX XR 1 MG TABLET,EXTENDED RELEASE ^{DL}	3	QL(60 cada 30 días)
XANAX XR 2 MG TABLET,EXTENDED RELEASE ^{DL}	3	QL(60 cada 30 días)
XANAX XR 3 MG TABLET,EXTENDED RELEASE ^{DL}	3	QL(60 cada 30 días)
XARELTO 1 MG/ML ORAL SUSPENSION ^{MM,SP,DL}	*	QL(600 cada 30 días)
XARELTO 10 MG TABLET ^{MM}	2	QL(30 cada 30 días)
XARELTO 15 MG TABLET ^{MM}	2	QL(60 cada 30 días)
XARELTO 2.5 MG TABLET ^{MM}	2	QL(60 cada 30 días)
XARELTO 20 MG TABLET ^{MM}	2	QL(30 cada 30 días)
XARELTO DVT-PE TREATMENT 30-DAY STARTER 15 MG(42)-20 MG(9) TABLET PACK	2	QL(51 cada 30 días)
XATMEP 2.5 MG/ML ORAL SOLUTION ^{MM}	3	PA,QL(120 cada 28 días)
XCOPRI 100 MG TABLET ^{MM,SP,DL}	*	PA,QL(30 cada 30 días)
XCOPRI 150 MG TABLET ^{MM,SP,DL}	*	PA,QL(60 cada 30 días)
XCOPRI 200 MG TABLET ^{MM,SP,DL}	*	PA,QL(60 cada 30 días)
XCOPRI 250 MG DAILY DOSE PACK ^{MM,SP,DL}	*	PA,QL(56 cada 28 días)
XCOPRI 50 MG TABLET ^{MM,SP,DL}	*	PA,QL(30 cada 30 días)
XCOPRI MAINTENANCE PACK 250MG/DAY (150 MG X 1 AND 100 MG X 1) TABLETS ^{MM,SP,DL}	*	PA,QL(56 cada 28 días)

ST - Terapia por fases • QL - Límite de cantidad • PA - Autorización previa

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DEL USO
XCOPRI MAINTENANCE PACK 350 MG/DAY (200 MG X 1 AND 150 MG X 1) TABLETS ^{MM,SP,DL}	*	PA,QL(56 cada 28 días)
XCOPRI TITRATION PACK 12.5 MG (14)-25 MG (14) TABLETS IN A DOSE PACK	3	PA,QL(28 cada 28 días)
XCOPRI TITRATION PACK 150 MG (14)-200 MG (14) TABLETS IN A DOSE PACK ^{SP,DL}	*	PA,QL(28 cada 28 días)
XCOPRI TITRATION PACK 50 MG (14)-100 MG (14) TABLETS IN A DOSE PACK ^{SP,DL}	*	PA,QL(28 cada 28 días)
XELJANZ 1 MG/ML ORAL SOLUTION ^{MM,SP,DL}	*	PA,QL(300 cada 30 días)
XELJANZ 10 MG TABLET ^{MM,SP,DL}	*	PA,QL(60 cada 30 días)
XELJANZ 5 MG TABLET ^{MM,SP,DL}	*	PA,QL(60 cada 30 días)
XELJANZ XR 11 MG TABLET,EXTENDED RELEASE ^{MM,SP,DL}	*	PA,QL(30 cada 30 días)
XELJANZ XR 22 MG TABLET,EXTENDED RELEASE ^{MM,SP,DL}	*	PA,QL(30 cada 30 días)
XELODA 150 MG TABLET	3	PA,QL(630 cada 30 días)
XELODA 500 MG TABLET	3	PA,QL(189 cada 30 días)
XELPROS 0.005 % EYE DROP EMULSION ^{MM}	2	ST,QL(2.5 cada 25 días)
XEMBIFY 1 GRAM/5 ML (20 %) SUBCUTANEOUS SOLUTION ^{MM,SP,LD,DL}	*	PA
XEMBIFY 10 GRAM/50 ML (20 %) SUBCUTANEOUS SOLUTION ^{MM,SP,LD,DL}	*	PA
XEMBIFY 2 GRAM/10 ML (20 %) SUBCUTANEOUS SOLUTION ^{MM,SP,LD,DL}	*	PA
XEMBIFY 4 GRAM/20 ML (20 %) SUBCUTANEOUS SOLUTION ^{MM,SP,LD,DL}	*	PA
XENAZINE 12.5 MG TABLET ^{MM,SP,DL}	*	PA,QL(240 cada 30 días)
XENAZINE 25 MG TABLET ^{MM,SP,DL}	*	PA,QL(120 cada 30 días)
XENLETA 600 MG TABLET ^{SP,DL}	*	QL(10 cada 5 días)
XEPI 1 % TOPICAL CREAM	3	PA
XERESE 5 %-1 % TOPICAL CREAM	3	PA
XERMELO 250 MG TABLET ^{SP,DL}	*	PA,QL(84 cada 28 días)
XHANCE 93 MCG/ACTUATION BREATH ACTIVATED AEROSOL ^{MM,SP,DL}	*	PA,QL(32 cada 30 días)
XIFAXAN 200 MG TABLET	3	PA,QL(9 cada 30 días)
XIFAXAN 550 MG TABLET ^{MM}	3	PA,QL(84 cada 28 días)
XIGDUO XR 10 MG-1,000 MG TABLET,EXTENDED RELEASE ^{MM}	3	ST,QL(30 cada 30 días)
XIGDUO XR 10 MG-500 MG TABLET,EXTENDED RELEASE ^{MM}	3	ST,QL(30 cada 30 días)
XIGDUO XR 2.5 MG-1,000 MG TABLET,EXTENDED RELEASE ^{MM}	3	ST,QL(60 cada 30 días)
XIGDUO XR 5 MG-1,000 MG TABLET,EXTENDED RELEASE ^{MM}	3	ST,QL(60 cada 30 días)
XIGDUO XR 5 MG-500 MG TABLET,EXTENDED RELEASE ^{MM}	3	ST,QL(30 cada 30 días)
XIIDRA 5 % EYE DROPS IN A DROPPERETTE ^{MM}	3	PA,QL(60 cada 30 días)
XIMINO 135 MG CAPSULE, EXTENDED RELEASE	3	ST,QL(30 cada 30 días)
XIMINO 45 MG CAPSULE, EXTENDED RELEASE	3	ST,QL(30 cada 30 días)
XIMINO 90 MG CAPSULE, EXTENDED RELEASE	3	ST,QL(30 cada 30 días)
XOFLUZA 20 MG TABLET	2	QL(10 cada 365 días)
XOFLUZA 40 MG TABLET	2	QL(10 cada 365 días)
XOFLUZA 80 MG TABLET	2	QL(5 cada 365 días)
XOLEGEL 2 % TOPICAL	3	ST
XOPENEX 0.31 MG/3 ML SOLUTION FOR NEBULIZATION ^{MM}	3	
XOPENEX 0.63 MG/3 ML SOLUTION FOR NEBULIZATION ^{MM}	3	
XOPENEX 1.25 MG/3 ML SOLUTION FOR NEBULIZATION ^{MM}	3	
XOPENEX CONCENTRATE 1.25 MG/0.5 ML SOLUTION FOR NEBULIZATION ^{MM}	3	
XOPENEX HFA 45 MCG/ACTUATION AEROSOL INHALER ^{MM}	3	ST,QL(30 cada 30 días)
XOSPATA 40 MG TABLET ^{MM,SP,DL}	*	PA,QL(90 cada 30 días)
XPOVIO 100 MG ONCE WEEKLY DOSE ^{MM,SP,DL}	*	PA,QL(20 cada 28 días)
XPOVIO 100 MG/WEEK (50 MG X 2) TABLET ^{MM,SP,DL}	*	PA,QL(8 cada 28 días)
XPOVIO 40 MG ONCE WEEKLY DOSE ^{MM,SP,DL}	*	PA,QL(8 cada 28 días)
XPOVIO 40 MG TWICE WEEK (40 MG X 2) TABLET ^{MM,SP,DL}	*	PA,QL(8 cada 28 días)
XPOVIO 40 MG TWICE WEEKLY DOSE ^{MM,SP,DL}	*	PA,QL(16 cada 28 días)
XPOVIO 40 MG/WEEK (40 MG X 1) TABLET ^{MM,SP,DL}	*	PA,QL(4 cada 28 días)
XPOVIO 60 MG ONCE WEEKLY DOSE ^{MM,SP,DL}	*	PA,QL(12 cada 28 días)
XPOVIO 60 MG TWICE WEEKLY (120 MG/WEEK) (20 MG X 6) TABLET ^{MM,SP,DL}	*	PA,QL(24 cada 28 días)
XPOVIO 60 MG/WEEK (60 MG X 1) TABLET ^{MM,SP,DL}	*	PA,QL(4 cada 28 días)
XPOVIO 80 MG ONCE WEEKLY DOSE ^{MM,SP,DL}	*	PA,QL(16 cada 28 días)

ST - Terapia por fases • QL - Límite de cantidad • PA - Autorización previa

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DEL USO
XPOVIO 80 MG TWICE WEEKLY (160 MG/WEEK) (20 MG X 8) TABLET ^{MM,SP,DL}	*	PA,QL(32 cada 28 días)
XPOVIO 80 MG/WEEK (40 MG X 2) TABLET ^{MM,SP,DL}	*	PA,QL(8 cada 28 días)
XTAMPZA ER 13.5 MG CAPSULE SPRINKLE ^{DL}	2	QL(60 cada 30 días)
XTAMPZA ER 18 MG CAPSULE SPRINKLE ^{DL}	2	QL(60 cada 30 días)
XTAMPZA ER 27 MG CAPSULE SPRINKLE ^{DL}	2	QL(60 cada 30 días)
XTAMPZA ER 36 MG CAPSULE SPRINKLE ^{DL}	2	QL(60 cada 30 días)
XTAMPZA ER 9 MG CAPSULE SPRINKLE ^{DL}	2	QL(60 cada 30 días)
XTANDI 40 MG CAPSULE ^{MM,SP,LD,DL}	*	PA,QL(120 cada 30 días)
XTANDI 40 MG TABLET ^{MM,SP,DL}	*	PA,QL(120 cada 30 días)
XTANDI 80 MG TABLET ^{MM,SP,DL}	*	PA,QL(60 cada 30 días)
xulane 150 mcg-35 mcg/24 hr transdermal patch ^{MM}	1	QL(3 cada 28 días)
XULTOPHY 100/3.6 100 UNIT-3.6 MG/ML (3 ML) SUBCUTANEOUS INSULIN PEN ^{MM}	2	QL(15 cada 30 días)
XURIDEN 2 GRAM ORAL GRANULES IN PACKET ^{MM,SP,DL}	*	PA,QL(120 cada 30 días)
XYOSTED 100 MG/0.5 ML SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR ^{MM}	3	PA,QL(2 cada 28 días)
XYOSTED 50 MG/0.5 ML SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR ^{MM}	3	PA,QL(2 cada 28 días)
XYOSTED 75 MG/0.5 ML SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR ^{MM}	3	PA,QL(2 cada 28 días)
XYREM 500 MG/ML ORAL SOLUTION ^{MM,SP,DL}	*	PA,QL(540 cada 30 días)
XYWAV 0.5 GRAM/ML ORAL SOLUTION ^{MM,SP,DL}	*	PA,QL(540 cada 30 días)
YASMIN (28) 3 MG-0.03 MG TABLET ^{MM}	3	
YAZ (28) 3 MG-0.02 MG TABLET ^{MM}	3	
YONSA 125 MG TABLET ^{MM,SP,DL}	*	PA,QL(120 cada 30 días)
YOSPRALA 325 MG-40 MG TABLET,IMMEDIATE AND DELAY RELEASE ^{MM}	3	PA,QL(30 cada 30 días)
YOSPRALA 81 MG-40 MG TABLET,IMMEDIATE AND DELAY RELEASE ^{MM}	3	PA,QL(30 cada 30 días)
YUPELRI 175 MCG/3 ML SOLUTION FOR NEBULIZATION ^{MM,SP,DL}	*	PA,QL(90 cada 30 días)
yuvaferm 10 mcg vaginal tablet ^{MM}	1	
zafemy 150 mcg-35 mcg/24 hr transdermal patch ^{MM}	1	QL(3 cada 28 días)
zafirlukast 10 mg tablet ^{MM}	1	QL(60 cada 30 días)
zafirlukast 20 mg tablet ^{MM}	1	QL(60 cada 30 días)
zaleplon 10 mg capsule	1	QL(30 cada 30 días)
zaleplon 5 mg capsule	1	QL(30 cada 30 días)
ZANAFLEX 2 MG CAPSULE ^{MM}	3	ST
ZANAFLEX 4 MG CAPSULE ^{MM}	3	ST
ZANAFLEX 4 MG TABLET ^{MM}	3	ST
ZANAFLEX 6 MG CAPSULE ^{MM}	3	ST
zarah 3 mg-0.03 mg tablet ^{MM}	1	
ZARONTIN 250 MG CAPSULE ^{MM}	3	
ZARONTIN 250 MG/5 ML ORAL SOLUTION ^{MM}	3	
ZARXIO 300 MCG/0.5 ML INJECTION SYRINGE ^{SP,DL}	*	PA,QL(7 cada 30 días)
ZARXIO 480 MCG/0.8 ML INJECTION SYRINGE ^{SP,DL}	*	PA,QL(11.2 cada 30 días)
ZAVESCA 100 MG CAPSULE ^{MM,SP,DL}	*	PA,QL(90 cada 30 días)
ZCORT 1.5 MG (25 TABS) TABLETS IN A DOSE PACK	1	QL(25 cada 7 días)
ZEBUTAL 50 MG-325 MG-40 MG CAPSULE	3	QL(180 cada 30 días)
ZEGALOGUE 0.6 MG/0.6 ML SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR	3	ST
ZEGALOGUE 0.6 MG/0.6 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE	3	ST
ZEGERID 20 MG-1,680 MG ORAL PACKET ^{MM,SP,DL}	*	ST,QL(30 cada 30 días)
ZEGERID 20 MG-1.1 GRAM CAPSULE ^{MM}	3	ST,QL(30 cada 30 días)
ZEGERID 40 MG-1,680 MG ORAL PACKET ^{MM,SP,DL}	*	ST,QL(30 cada 30 días)
ZEGERID 40 MG-1.1 GRAM CAPSULE ^{MM}	3	ST,QL(30 cada 30 días)
ZEJULA 100 MG CAPSULE ^{MM,SP,DL}	*	PA,QL(90 cada 30 días)
ZELAPAR 1.25 MG DISINTEGRATING TABLET ^{MM}	3	
ZELBORAF 240 MG TABLET ^{MM,SP,LD,DL}	*	PA,QL(240 cada 30 días)
ZELNORM 6 MG TABLET	3	PA,QL(60 cada 30 días)
ZEMBRACE SYMTOUCH 3 MG/0.5 ML SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR ^{SP,DL}	*	QL(6 cada 30 días)
ZEMPLAR 1 MCG CAPSULE ^{MM}	3	QL(30 cada 30 días)

ST - Terapia por fases • QL - Límite de cantidad • PA - Autorización previa

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DEL USO
ZEMPLAR 2 MCG CAPSULE ^{MM}	3	QL(30 cada 30 días)
zenatane 10 mg capsule	1	QL(60 cada 30 días)
zenatane 20 mg capsule	1	QL(60 cada 30 días)
zenatane 30 mg capsule	1	QL(60 cada 30 días)
zenatane 40 mg capsule	1	QL(120 cada 30 días)
ZENPEP 10,000 UNIT-32,000 UNIT-42,000 UNIT CAPSULE,DELAYED RELEASE ^{MM,SP,DL}	*	ST
ZENPEP 15,000 UNIT-47,000 UNIT-63,000 UNIT CAPSULE,DELAYED RELEASE ^{MM,SP,DL}	*	ST
ZENPEP 20,000 UNIT-63,000 UNIT-84,000 UNIT CAPSULE,DELAYED RELEASE ^{MM,SP,DL}	*	ST
ZENPEP 25,000 UNIT-79,000 UNIT-105,000 UNIT CAPSULE,DELAYED RELEASE ^{MM,SP,DL}	*	ST
ZENPEP 3,000 UNIT-10,000 UNIT-14,000 UNIT CAPSULE,DELAYED RELEASE ^{MM,SP,DL}	*	ST
ZENPEP 40,000 UNIT-126,000 UNIT-168,000 UNIT CAPSULE,DELAYED RELEASE ^{MM,SP,DL}	*	ST
ZENPEP 5,000 UNIT-17,000 UNIT-24,000 UNIT CAPSULE,DELAYED RELEASE ^{MM,SP,DL}	*	ST
zenzedi 10 mg tablet ^{MM}	1	ST,QL(180 cada 30 días)
ZENZEDI 15 MG TABLET ^{MM}	3	ST,QL(120 cada 30 días)
ZENZEDI 2.5 MG TABLET ^{MM}	3	ST,QL(90 cada 30 días)
ZENZEDI 20 MG TABLET ^{MM}	3	ST,QL(90 cada 30 días)
ZENZEDI 30 MG TABLET ^{MM}	3	ST,QL(60 cada 30 días)
zenzedi 5 mg tablet ^{MM}	1	ST,QL(150 cada 30 días)
ZENZEDI 7.5 MG TABLET ^{MM}	3	ST,QL(90 cada 30 días)
ZEPATIER 50 MG-100 MG TABLET ^{SP,DL}	*	PA,QL(28 cada 28 días)
ZEPOSIA 0.92 MG CAPSULE ^{MM,SP,LD,DL}	*	PA,QL(30 cada 30 días)
ZEPOSIA STARTER KIT 0.23 MG-0.46 MG-0.92 MG CAPSULES IN A DOSE PACK ^{SP,LD}	*	PA,QL(37 cada 37 días)
ZEPOSIA STARTER PACK 0.23 MG (4)-0.46 MG (3) CAPSULES IN A DOSE PACK ^{SP,LD,DL}	*	PA,QL(7 cada 7 días)
ZERVIAE 0.24 % EYE DROPS IN A DROPPERETTE	3	ST,QL(60 cada 30 días)
ZESTORETIC 10 MG-12.5 MG TABLET ^{MM}	3	
ZESTORETIC 20 MG-12.5 MG TABLET ^{MM}	3	
ZESTORETIC 20 MG-25 MG TABLET ^{MM}	3	
ZESTRIL 10 MG TABLET ^{MM}	3	
ZESTRIL 2.5 MG TABLET ^{MM}	3	
ZESTRIL 20 MG TABLET ^{MM}	3	
ZESTRIL 30 MG TABLET ^{MM}	3	
ZESTRIL 40 MG TABLET ^{MM}	3	
ZESTRIL 5 MG TABLET ^{MM}	3	
ZETIA 10 MG TABLET ^{MM}	3	ST,QL(30 cada 30 días)
ZETONNA 37 MCG/ACTUATION NASAL HFA INHALER ^{MM}	3	ST,QL(6.1 cada 28 días)
ZIAC 10 MG-6.25 MG TABLET ^{MM}	3	
ZIAC 2.5 MG-6.25 MG TABLET ^{MM}	3	
ZIAC 5 MG-6.25 MG TABLET ^{MM}	3	
ZIAGEN 20 MG/ML ORAL SOLUTION ^{MM}	3	QL(960 cada 30 días)
ZIAGEN 300 MG TABLET ^{MM}	3	QL(60 cada 30 días)
ZIANA 1.2 %-0.025 % TOPICAL GEL	3	ST
zidovudine 100 mg capsule ^{MM}	1	QL(180 cada 30 días)
zidovudine 300 mg tablet ^{MM}	1	QL(60 cada 30 días)
zidovudine 50 mg/5 ml syrup ^{MM}	1	QL(1680 cada 28 días)
ZIEXTENZO 6 MG/0.6 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE ^{SP,DL}	*	PA,QL(1.2 cada 28 días)
zileuton er 600 mg tablet ^{MM,SP,DL}	*	ST,QL(120 cada 30 días)
ZILXI 1.5 % TOPICAL FOAM	3	PA,QL(30 cada 30 días)
ZIMHI 5 MG/0.5 ML INJECTION SYRINGE	2	
zingiber 1.2 mg-40 mg-124.1 mg-100 mg tablet ^{MM}	1	
ZIOPTAN (PF) 0.0015 % EYE DROPS IN A DROPPERETTE ^{MM}	3	ST,QL(30 cada 30 días)

ST - Terapia por fases • QL - Límite de cantidad • PA - Autorización previa

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DEL USO
ziprasidone 20 mg/ml vial	1	
ziprasidone hcl 20 mg capsule ^{MM}	1	QL(60 cada 30 días)
ziprasidone hcl 40 mg capsule ^{MM}	1	QL(60 cada 30 días)
ziprasidone hcl 60 mg capsule ^{MM}	1	QL(60 cada 30 días)
ziprasidone hcl 80 mg capsule ^{MM}	1	QL(60 cada 30 días)
ZIPSOR 25 MG CAPSULE ^{SP,DL}	*	ST,QL(120 cada 30 días)
ZIRGAN 0.15 % EYE GEL	3	QL(5 cada 30 días)
ZITHROMAX 1 GRAM ORAL PACKET	3	
ZITHROMAX 100 MG/5 ML ORAL SUSPENSION	3	
ZITHROMAX 200 MG/5 ML ORAL SUSPENSION	3	
ZITHROMAX 250 MG TABLET	3	
ZITHROMAX 500 MG TABLET	3	
ZITHROMAX TRI-PAK 500 MG TABLET	3	
ZITHROMAX Z-PAK 250 MG TABLET	3	
ZOCOR 10 MG TABLET ^{MM}	3	ST
ZOCOR 20 MG TABLET ^{MM}	3	ST
ZOCOR 40 MG TABLET ^{MM}	3	ST
ZOCOR 80 MG TABLET ^{MM}	3	ST
ZOFRAN 4 MG TABLET	3	QL(90 cada 30 días)
ZOFRAN 8 MG TABLET	3	QL(90 cada 30 días)
ZOHYDRO ER 10 MG CAPSULE ^{DL}	3	ST,QL(90 cada 30 días)
ZOHYDRO ER 15 MG CAPSULE ^{DL}	3	ST,QL(90 cada 30 días)
ZOHYDRO ER 20 MG CAPSULE ^{DL}	3	ST,QL(90 cada 30 días)
ZOHYDRO ER 30 MG CAPSULE ^{DL}	3	ST,QL(90 cada 30 días)
ZOHYDRO ER 40 MG CAPSULE ^{DL}	3	ST,QL(90 cada 30 días)
ZOHYDRO ER 50 MG CAPSULE ^{DL}	3	ST,QL(120 cada 30 días)
ZOKINVY 50 MG CAPSULE ^{MM,SP,DL}	*	PA,QL(120 cada 30 días)
ZOKINVY 75 MG CAPSULE ^{MM,SP,DL}	*	PA,QL(120 cada 30 días)
ZOLINZA 100 MG CAPSULE ^{SP,DL}	*	PA,QL(120 cada 30 días)
zolmitriptan 2.5 mg nasal spry	3	ST,QL(12 cada 30 días)
zolmitriptan 2.5 mg odt	1	ST,QL(9 cada 30 días)
zolmitriptan 2.5 mg tablet	1	ST,QL(9 cada 30 días)
zolmitriptan 5 mg nasal spray	1	ST,QL(12 cada 30 días)
zolmitriptan 5 mg odt	1	ST,QL(6 cada 30 días)
zolmitriptan 5 mg tablet	1	ST,QL(6 cada 30 días)
ZOLOFT 100 MG TABLET ^{MM}	3	ST,QL(60 cada 30 días)
ZOLOFT 20 MG/ML ORAL CONCENTRATE ^{MM}	3	ST,QL(60 cada 30 días)
ZOLOFT 25 MG TABLET ^{MM}	3	ST,QL(90 cada 30 días)
ZOLOFT 50 MG TABLET ^{MM}	3	ST,QL(90 cada 30 días)
zolpidem tart 1.75 mg tab sl	1	ST,QL(30 cada 30 días)
zolpidem tart 3.5 mg tablet sl	1	ST,QL(30 cada 30 días)
zolpidem tart er 12.5 mg tab	1	QL(30 cada 30 días)
zolpidem tart er 6.25 mg tab	1	QL(30 cada 30 días)
zolpidem tartrate 10 mg tablet	1	QL(30 cada 30 días)
zolpidem tartrate 5 mg tablet	1	QL(30 cada 30 días)
ZOLPIMIST 5 MG/SPRAY (0.1 ML) ORAL SPRAY	3	ST,QL(23.1 cada 365 días)
ZOMACTON 10 MG SUBCUTANEOUS SOLUTION ^{MM,SP,DL}	*	PA,QL(28 cada 30 días)
ZOMACTON 5 MG SUBCUTANEOUS SOLUTION ^{MM,SP,DL}	*	PA,QL(28 cada 28 días)
ZOMIG 2.5 MG NASAL SPRAY	3	ST,QL(12 cada 30 días)
ZOMIG 2.5 MG TABLET	3	ST,QL(9 cada 30 días)
ZOMIG 5 MG NASAL SPRAY	3	ST,QL(12 cada 30 días)
ZOMIG 5 MG TABLET	3	ST,QL(6 cada 30 días)
ZOMIG ZMT 2.5 MG TABLET	3	ST,QL(9 cada 30 días)
ZOMIG ZMT 5 MG TABLET	3	ST,QL(6 cada 30 días)
ZONALON 5 % TOPICAL CREAM	3	PA,QL(45 cada 30 días)
ZONEGRAN 100 MG CAPSULE ^{MM}	3	
ZONEGRAN 25 MG CAPSULE ^{MM}	3	

ST - Terapia por fases • QL - Límite de cantidad • PA - Autorización previa

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DEL USO
zonisamide 100 mg capsule ^{MM}	1	
zonisamide 25 mg capsule ^{MM}	1	
zonisamide 50 mg capsule ^{MM}	1	
ZONTIVITY 2.08 MG TABLET ^{MM}	3	PA,QL(30 cada 30 días)
ZORBTIVE 8.8 MG VIAL ^{MM,SP,DL}	*	PA,QL(28 cada 30 días)
ZORTRESS 0.25 MG TABLET ^{MM,SP,DL}	*	PA,QL(60 cada 30 días)
ZORTRESS 0.5 MG TABLET ^{MM,SP,DL}	*	PA,QL(120 cada 30 días)
ZORTRESS 0.75 MG TABLET ^{MM,SP,DL}	*	PA,QL(60 cada 30 días)
ZORTRESS 1 MG TABLET ^{MM,SP,DL}	*	PA,QL(60 cada 30 días)
ZORVOLEX 18 MG CAPSULE	3	ST,QL(90 cada 30 días)
ZORVOLEX 35 MG CAPSULE	3	ST,QL(90 cada 30 días)
zovia 1-35 (28) 1 mg-35 mcg tablet ^{MM}	1	
zovia 1-35e tablet ^{MM}	1	
ZOVIRAX 200 MG/5 ML ORAL SUSPENSION ^{MM}	3	
ZOVIRAX 5 % TOPICAL CREAM	3	PA
ZOVIRAX 5 % TOPICAL OINTMENT	3	PA
ZTLIDO 1.8 % TOPICAL PATCH	3	PA,QL(90 cada 30 días)
ZUBSOLV 0.7 MG-0.18 MG SUBLINGUAL TABLET ^{MM}	2	QL(90 cada 30 días)
ZUBSOLV 1.4 MG-0.36 MG SUBLINGUAL TABLET ^{MM}	2	QL(90 cada 30 días)
ZUBSOLV 11.4 MG-2.9 MG SUBLINGUAL TABLET ^{MM}	2	QL(30 cada 30 días)
ZUBSOLV 2.9 MG-0.71 MG SUBLINGUAL TABLET ^{MM}	2	QL(90 cada 30 días)
ZUBSOLV 5.7 MG-1.4 MG SUBLINGUAL TABLET ^{MM}	2	QL(90 cada 30 días)
ZUBSOLV 8.6 MG-2.1 MG SUBLINGUAL TABLET ^{MM}	2	QL(60 cada 30 días)
zumandimine (28) 3 mg-0.03 mg tablet ^{MM}	1	
ZUPLENZ 4 MG ORAL SOLUBLE FILM	3	PA,QL(90 cada 30 días)
ZUPLENZ 8 MG ORAL SOLUBLE FILM	3	PA,QL(90 cada 30 días)
ZYCLARA 2.5 % TOPICAL CREAM IN A PUMP ^{SP,DL}	*	ST,QL(15 cada 30 días)
ZYCLARA 3.75 % TOPICAL CREAM IN A PUMP ^{SP,DL}	*	ST,QL(15 cada 30 días)
ZYCLARA 3.75 % TOPICAL CREAM PACKET ^{SP,DL}	*	ST,QL(28 cada 28 días)
ZYDELIG 100 MG TABLET ^{MM,SP,DL}	*	PA,QL(60 cada 30 días)
ZYDELIG 150 MG TABLET ^{MM,SP,DL}	*	PA,QL(60 cada 30 días)
ZYFLO 600 MG TABLET ^{MM,SP,DL}	*	ST,QL(120 cada 30 días)
ZYKADIA 150 MG TABLET ^{MM,SP,LD,DL}	*	PA,QL(150 cada 30 días)
ZYLET 0.3 %-0.5 % EYE DROPS,SUSPENSION	3	ST
ZYLOPRIM 100 MG TABLET ^{MM}	3	
ZYLOPRIM 300 MG TABLET ^{MM}	3	
ZYMAXID 0.5 % EYE DROPS	3	ST,QL(2.5 cada 25 días)
ZYPITAMAG 2 MG TABLET ^{MM}	2	ST,QL(30 cada 30 días)
ZYPITAMAG 4 MG TABLET ^{MM}	2	ST,QL(30 cada 30 días)
ZYPREXA 10 MG INTRAMUSCULAR SOLUTION	3	QL(60 cada 30 días)
ZYPREXA 10 MG TABLET ^{MM}	3	QL(30 cada 30 días)
ZYPREXA 15 MG TABLET ^{MM}	3	QL(60 cada 30 días)
ZYPREXA 2.5 MG TABLET ^{MM}	3	QL(30 cada 30 días)
ZYPREXA 20 MG TABLET ^{MM}	3	QL(60 cada 30 días)
ZYPREXA 5 MG TABLET ^{MM}	3	QL(30 cada 30 días)
ZYPREXA 7.5 MG TABLET ^{MM}	3	QL(30 cada 30 días)
ZYPREXA RELPREVV 210 MG INTRAMUSCULAR SUSPENSION ^{MM}	3	QL(4 cada 28 días)
ZYPREXA RELPREVV 300 MG INTRAMUSCULAR SUSPENSION ^{MM}	3	QL(2 cada 28 días)
ZYPREXA RELPREVV 405 MG INTRAMUSCULAR SUSPENSION ^{MM}	3	QL(1 cada 28 días)
ZYPREXA ZYDIS 10 MG DISINTEGRATING TABLET ^{MM}	3	QL(30 cada 30 días)
ZYPREXA ZYDIS 15 MG DISINTEGRATING TABLET ^{MM}	3	QL(60 cada 30 días)
ZYPREXA ZYDIS 20 MG DISINTEGRATING TABLET ^{MM}	3	QL(60 cada 30 días)
ZYPREXA ZYDIS 5 MG DISINTEGRATING TABLET ^{MM}	3	QL(30 cada 30 días)
ZYTIGA 250 MG TABLET ^{MM,SP,LD,DL}	*	PA,QL(120 cada 30 días)
ZYTIGA 500 MG TABLET ^{MM,SP,LD,DL}	*	PA,QL(60 cada 30 días)

ST - Terapia por fases • QL - Límite de cantidad • PA - Autorización previa

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DEL USO
ZYVOX 100 MG/5 ML ORAL SUSPENSION	3	QL(1800 cada 30 días)
ZYVOX 600 MG TABLET	3	QL(30 cada 30 días)

ST - Terapia por fases • QL - Límite de cantidad • PA - Autorización previa

Su cobertura puede incluir medicamentos de las siguientes clases de medicamentos dependiendo del estado a través del que se emita su seguro:

- Illinois: Obesidad e infertilidad
- Michigan: Obesidad
- Kansas o Colorado: Infertilidad
- Indiana: Disfunción sexual
- Nevada: Tratamiento hormonal sustitutivo

Residentes de Louisiana: Si su seguro se emite a través del estado de Louisiana y usted paga un porcentaje del costo total de los medicamentos, cualquier descuento negociado directamente con un fabricante de medicamentos se podría haber tomado en cuenta para reducir su prima de seguro en vez de hacerlo en la farmacia. Esto se define por el estado como una carga excedente al costo del consumidor.

Residentes de Colorado y Kentucky: Si su seguro es emitido a través del estado de Colorado o Kentucky, todas las medicinas cubiertas para trastornos por el abuso de drogas están disponibles sin necesidad de autorización previa o de terapia escalonada.

Para obtener más información sobre estas coberturas impuestas por el estado, inicie sesión en MyHumana a través de **espanol.humana.com** o llame a Servicio al cliente al número que está al reverso de su tarjeta de identificación de Humana.

La cobertura de anticonceptivos está sujeta a las selecciones de cobertura de su patrono. Para más información, inicie sesión en MyHumana a través de **espanol.humana.com** o llame a Atención al cliente al número que aparece al reverso de su tarjeta ID de Humana.

Las elecciones de su empleador para la cobertura podrían incluir cobertura para medicamentos preventivos, disponible para usted antes de alcanzar su deducible. Esta cobertura para medicamentos preventivos se basa en pautas emitidas por el Servicio de Rentas Internas (IRS, por sus siglas en inglés) para uso preventivo y no está asociado directamente con la Reforma de salud (HCR, por sus siglas en inglés) o la cobertura de \$0 de medicamentos preventivos de la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA, por sus siglas en inglés). Para obtener más información, inicie sesión en MyHumana a través de **espanol.humana.com** o llame a Atención al cliente al número que se encuentra al reverso de su tarjeta de identificación de Humana.

Los planes de Humana son ofrecidos por Humana Medical Plan, Inc., Humana Employers Health Plan of Georgia, Inc., Humana Health Plan, Inc., Humana Health Benefit Plan of Louisiana, Inc., Humana Health Plan of Ohio, Inc., Humana Health Plans of Puerto Rico, Inc., Licencia # 00235-0008, Humana Wisconsin Health Organization Insurance Corporation o Humana Health Plan of Texas, Inc., una Organización para el mantenimiento de la salud (HMO, por sus siglas en inglés), o asegurados por Humana Health Insurance Company of Florida, Inc., Humana Health Plan, Inc., Humana Health Benefit Plan of Louisiana, Inc., Humana Insurance Company, Humana Insurance Company of Kentucky, Humana Insurance of Puerto Rico, Inc. Licencia # 00187-0009, o administrados por Humana Insurance Company o Humana Health Plan, Inc.

Los productos ASO son administrados por Humana Insurance Company o Humana Health Plan, Inc.

Para residentes de Arizona: ofrecido por Humana Health Plan, Inc., o asegurado por Humana Insurance Company.

Es posible que, por diferencias lingüísticas, los enunciados contenidos en la publicación en otros idiomas diferentes al idioma inglés no reflejen rigurosamente el significado de la póliza original escrita en idioma inglés. En caso de haber alguna discrepancia, la versión en inglés asumirá la validez exclusiva.

Para obtener más información sobre la empresa que provee sus beneficios, consulte su Documento de beneficios del plan (Certificado de cobertura/seguro o la Descripción resumida del plan).

Esta comunicación proporciona una descripción general de ciertos beneficios de seguros o no asegurables identificados proporcionados bajo uno o más de nuestros planes de beneficios de salud. Nuestros planes de beneficios de salud tienen exclusiones y limitaciones, y términos bajo los cuales la cobertura puede continuar en vigencia o discontinuarse. Para conocer los costos y los detalles completos de la cobertura, consulte el documento del plan o llame o escriba a su agente de seguros de Humana o a la compañía. En caso de desacuerdo entre esta comunicación y el documento del plan, prevalecerá el documento del plan.



Medicamentos preventivos para la mujer

Vigencia 1 de enero de 2022

En Humana, estamos comprometidos a suplir las necesidades de la mujer para el cuidado de su salud. En la lista siguiente, encontrará los medicamentos para el control de la natalidad y prenatales disponibles sin costo alguno. La lista pudiera no ser válida para todos los planes de salud y puede cambiar con el tiempo. Para comprender mejor su beneficio de medicamentos recetados, visite **Humana.com**. Puede también llamar a un representante del Servicio al Cliente de Humana al número de teléfono que se encuentra en la parte posterior de su tarjeta de identificación de afiliado/a de Humana.

*Debe obtener una receta médica para que podamos procesar una reclamación por productos o medicamentos preventivos bajo su plan de farmacia. Esto también incluye artículos de venta al público. Una vez que haya una alternativa genérica disponible para un medicamento de marca, el beneficio de \$0 por Cobertura de Medicamentos para la Mujer se aplicará solamente a la receta genérica. Otros medicamentos anticonceptivos pudieran estar disponibles para usted sin costo alguno si son necesarios por razones médicas. Su proveedor de servicios de salud puede comunicarse con el equipo de Revisión clínica y farmacéutica de Humana HCPR (en inglés) al **800-555-2546 (TTY:711)**, de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m., hora del este, para solicitar una revisión debido a necesidad médica de un medicamento anticonceptivo.

Categoría	Nombre del medicamento	Requisitos de administración del uso
Anticonceptivos	afirmelle 0.1 mg-20 mcg tablet - MM	
	after pill 1.5 mg tablet	
	aftera 1.5 mg tablet	
	altavera (28) 0.15 mg-0.03 mg tablet - MM	
	alyacen 1/35 (28) 1 mg-35 mcg tablet - MM	
	alyacen 7/7/7 (28) 0.5 mg/0.75 mg/1 mg-35 mcg tablet - MM	
	amethyst (28) 90 mcg-20 mcg tablet - MM	
	apri 0.15 mg-0.03 mg tablet - MM	
	aubra 0.1 mg-20 mcg tablet - MM	
	aubra eq 0.1 mg-20 mcg tablet - MM	
	aurovela 1.5/30 (21) 1.5 mg-30 mcg tablet - MM	
	aurovela 1/20 (21) 1 mg-20 mcg tablet - MM	
	aurovela 24 fe 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4) tablet - MM	
	aurovela fe 1.5/30 (28) 1.5 mg-30 mcg (21)/75 mg (7) tablet - MM	
	aurovela fe 1-20 (28) 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7) tablet - MM	
	aviane 0.1 mg-20 mcg tablet - MM	
	ayuna 0.15 mg-0.03 mg tablet - MM	
	azurette (28) 0.15 mg-0.02 mg (21)/0.01 mg (5) tablet - MM	
	balziva (28) 0.4 mg-35 mcg tablet - MM	
	bekyree 28 day tablet - MM	

Categoría	Nombre del medicamento	
	blisovi 24 fe 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4) tablet - MM	
	blisovi fe 1.5/30 (28) 1.5 mg-30 mcg (21)/75 mg (7) tablet - MM	
	blisovi fe 1/20 (28) 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7) tablet - MM	
	briellyn 0.4 mg-35 mcg tablet - MM	
	camila 0.35 mg tablet - MM	
	caziant (28) 0.1 mg/0.125 mg/0.15 mg-25 mcg tablet - MM	
	chateal (28) 0.15 mg-0.03 mg tablet - MM	
	chateal eq (28) 0.15 mg-0.03 mg tablet - MM	
	cryelle (28) 0.3 mg-30 mcg tablet - MM	
	cyclafem 1/35 (28) 1 mg-35 mcg tablet - MM	
	cyclafem 7/7/7 (28) 0.5 mg/0.75 mg/1 mg-35 mcg tablet - MM	
	cyred 0.15 mg-0.03 mg tablet - MM	
	cyred eq 0.15 mg-0.03 mg tablet - MM	
	dasetta 1/35 (28) 1 mg-35 mcg tablet - MM	
	dasetta 7/7/7 (28) 0.5 mg(7)/0.75 mg(7)/1 mg(7)-35 mcg tablet - MM	
	deblitane 0.35 mg tablet - MM	
	desogestrel-ee 0.15-0.03 mg tb - MM	
	desogestr-eth estrad eth estra - MM	
	dolishale 90 mcg-20 mcg (28) tablet - MM	
	drospirenone-ee 3-0.03 mg tab - MM	
	econtra ez 1.5 mg tablet	
	econtra one-step 1.5 mg tablet	
	elinest 0.3 mg-30 mcg tablet - MM	
	eluryng 0.12 mg-0.015 mg/24 hr vaginal ring - MM	Puede aplicar QL
	emoquette 0.15 mg-0.03 mg tablet - MM	
	enpresse 50-30 (6)/75-40(5)/125-30(10) tablet - MM	
	enskyce 0.15 mg-0.03 mg tablet - MM	
	errin 0.35 mg tablet - MM	
	estarylla 0.25 mg-35 mcg tablet - MM	
	ethynodiol-eth estra 1mg-35mcg - MM	
	ethynodiol-eth estra 1mg-50mcg - MM	
	etonogestrel-ee vaginal ring - MM	Puede aplicar QL
	falmina (28) 0.1 mg-20 mcg tablet - MM	
	FC2 FEMALE CONDOM	
	FEMCAP 22 MM VAGINAL DEVICE	
	FEMCAP 26 MM VAGINAL DEVICE	
	FEMCAP 30 MM VAGINAL DEVICE	

Categoría	Nombre del medicamento	Requisitos de administración del uso
	femynor 0.25 mg-35 mcg tablet - MM	
	gemmily 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4) capsule - MM	
	hailey 1.5 mg-30 mcg tablet - MM	
	hailey 24 fe 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4) tablet - MM	
	hailey fe 1.5/30 (28) 1.5 mg-30 mcg (21)/75 mg (7) tablet - MM	
	hailey fe 1/20 (28) 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7) tablet - MM	
	heather 0.35 mg tablet - MM	
	iclevia 0.15 mg-30 mcg (91) tablets,3 month dose pack - MM	Puede aplicar QL
	incassia 0.35 mg tablet - MM	
	introvale 0.15-0.03 mg tablet - MM	Puede aplicar QL
	isibloom 0.15 mg-0.03 mg tablet - MM	
	jencycla 0.35 mg tablet - MM	
	jolessa 0.15 mg-30 mcg (91) tablets,3 month dose pack - MM	Puede aplicar QL
	juleber 0.15 mg-0.03 mg tablet - MM	
	junel 1.5/30 (21) 1.5 mg-30 mcg tablet - MM	
	junel 1/20 (21) 1 mg-20 mcg tablet - MM	
	junel fe 1.5/30 (28) 1.5 mg-30 mcg (21)/75 mg (7) tablet - MM	
	junel fe 1/20 (28) 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7) tablet - MM	
	junel fe 24 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4) tablet - MM	
	kalliga 0.15 mg-0.03 mg tablet - MM	
	kariva (28) 0.15 mg-0.02 mg (21)/0.01 mg (5) tablet - MM	
	kelnor 1/35 (28) 1 mg-35 mcg tablet - MM	
	kelnor 1-50 (28) 1 mg-50 mcg tablet - MM	
	kurvelo (28) 0.15 mg-0.03 mg tablet - MM	
	KYLEENA 17.5 MCG/24 HRS (5YRS) 19.5MG INTRAUTERINE DEVICE - MM	
	larin 1.5/30 (21) 1.5 mg-30 mcg tablet - MM	
	larin 1/20 (21) 1 mg-20 mcg tablet - MM	
	larin 24 fe 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4) tablet - MM	
	larin fe 1.5/30 (28) 1.5 mg-30 mcg (21)/75 mg (7) tablet - MM	
	larin fe 1/20 (28) 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7) tablet - MM	
	larissia 0.1 mg-20 mcg tablet - MM	

Categoría	Nombre del medicamento	Requisitos de administración del uso
	lessina 0.1 mg-20 mcg tablet - MM	
	levonest (28) 50-30 (6)/75-40(5)/125-30(10) tablet - MM	
	levonor-eth estra 0.09-0.02 mg - MM	
	levonor-eth estrad 0.1-0.02 mg - MM	
	levonor-eth estrad 0.15-0.03 - MM	Puede aplicar QL
	levonor-eth estrad triphasic - MM	
	levonorgestrel 1.5 mg tablet	
	levora-28 0.15 mg-0.03 mg tablet - MM	
	LILETTA 20.1 MCG/24 HRS (6 YRS) 52 MG INTRAUTERINE DEVICE - MM	
	lillow (28) 0.15 mg-0.03 mg tablet - MM	
	LO LOESTRIN FE 1 MG-10 MCG (24)/10 MCG (2) TABLET - MM	
	low-ogestrel (28) 0.3 mg-30 mcg tablet - MM	
	lutera (28) 0.1 mg-20 mcg tablet - MM	
	lyleq 0.35 mg tablet - MM	
	lyza 0.35 mg tablet - MM	
	marlissa (28) 0.15 mg-0.03 mg tablet - MM	
	medroxyprogesterone 150 mg/ml - MM	Puede aplicar QL
	merzee 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4) capsule - MM	
	microgestin 1.5/30 (21) 1.5 mg-30 mcg tablet - MM	
	microgestin 1/20 (21) 1 mg-20 mcg tablet - MM	
	microgestin 24 fe 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4) tablet - MM	
	microgestin fe 1.5/30 (28) 1.5 mg-30 mcg (21)/75 mg (7) tablet - MM	
	microgestin fe 1/20 (28) 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7) tablet - MM	
	mili 0.25 mg-35 mcg tablet - MM	
	MIRENA 20 MCG/24 HOURS (6 YRS) 52 MG INTRAUTERINE DEVICE - MM	
	mono-linyah 0.25 mg-35 mcg tablet - MM	
	my choice 1.5 mg tablet	
	my way 1.5 mg tablet	
	NATAZIA 3 MG/2 MG-2 MG/2 MG-3 MG/1 MG TABLET - MM	
	necon 0.5/35 (28) 0.5 mg-35 mcg tablet - MM	
	new day 1.5 mg tablet	
	nora-be 0.35 mg tablet - MM	
	noreth-ee-fe 1.5-0.03mg(21)-75 - MM	
	noreth-ee-fe 1-0.02(21)-75 tab - MM	
	norethind-eth estrad 1-0.02 mg - MM	

Categoría	Nombre del medicamento	
	norethindrone 0.35 mg tablet - MM	
	norethin-ee 1.5-0.03 mg(21) tb - MM	
	norg-ee 0.18-0.215-0.25/0.025 - MM	
	norg-ee 0.18-0.215-0.25/0.035 - MM	
	norgestimate-ee 0.25-0.035 mg - MM	
	norg-ethin estra 0.25-0.035 mg - MM	
	norlyda 0.35 mg tablet - MM	
	nortrel 0.5/35 (28) 0.5 mg-35 mcg tablet - MM	
	nortrel 1/35 (21) 1 mg-35 mcg tablet - MM	
	nortrel 1/35 (28) 1 mg-35 mcg tablet - MM	
	nortrel 7/7/7 (28) 0.5 mg/0.75 mg/1 mg-35 mcg tablet - MM	
	nylia 7/7/7 (28) 0.5/0.75/1 mg-35 mcg tablet - MM	
	nymyo 0.25 mg-35 mcg tablet - MM	
	ocella 3 mg-0.03 mg tablet - MM	
	ogestrel tablet - MM	
	opcicon one-step 1.5 mg tablet	
	option-2 1.5 mg tablet	
	orsythia 0.1 mg-20 mcg tablet - MM	
	PARAGARD T 380A 380 SQUARE MM INTRAUTERINE DEVICE - MM	
	philith 0.4 mg-35 mcg tablet - MM	
	pimtrea (28) 0.15 mg-0.02 mg (21)/0.01 mg (5) tablet - MM	
	pirmella 0.5/0.75/1 mg-35 mcg tablet - MM	
	pirmella 1 mg-35 mcg tablet - MM	
	portia 28 0.15 mg-0.03 mg tablet - MM	
	previfem 0.25 mg-35 mcg tablet - MM	
	reclipsen (28) 0.15 mg-0.03 mg tablet - MM	
	setlakin 0.15 mg-30 mcg (91) tablets,3 month dose pack - MM	Puede aplicar QL
	sharobel 0.35 mg tablet - MM	
	simliya (28) 0.15 mg-0.02 mg (21)/0.01 mg (5) tablet - MM	
	SKYLA 14 MCG/24 HRS (3 YRS) 13.5 MG INTRAUTERINE DEVICE - MM	
	sprintec (28) 0.25 mg-35 mcg tablet - MM	
	sronyx 0.1 mg-20 mcg tablet - MM	
	syeda 3 mg-0.03 mg tablet - MM	
	tarina 24 fe 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4) tablet - MM	
	tarina fe 1/20 (28) 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7) tablet - MM	

Categoría	Nombre del medicamento	Requisitos de administración del uso
	tarina fe 1-20 eq (28) 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7) tablet - MM	
	taysofy 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4) capsule - MM TODAY CONTRACEPTIVE SPONGE 1,000 MG VAGINAL CONTRACEPTIVE SPONGE	
	tri femynor (28) 0.18 mg(7)/0.215 mg(7)/0.25 mg(7)-35 mcg tablet - MM	
	tri-estarylla (28) 0.18 mg(7)/0.215 mg(7)/0.25 mg(7)-35 mcg tablet - MM	
	tri-linyah (28) 0.18 mg(7)/0.215 mg(7)/0.25 mg(7)-35 mcg tablet - MM	
	tri-lo-estarylla 0.18 mg/0.215 mg/0.25 mg-25 mcg tablet - MM	
	tri-lo-marzia 0.18 mg/0.215 mg/0.25 mg-25 mcg tablet - MM	
	tri-lo-mili 0.18/0.215/0.25 mg-25 mcg tablet - MM	
	tri-lo-sprintec 0.18 mg/0.215 mg/0.25 mg-25 mcg tablet - MM	
	tri-mili (28) 0.18 mg(7)/0.215 mg(7)/0.25 mg(7)-35 mcg tablet - MM	
	tri-nymyo 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg(28) tablet - MM	
	tri-previfem (28) 0.18 mg(7)/0.215 mg(7)/0.25 mg(7)-35 mcg tablet - MM	
	tri-sprintec (28) 0.18 mg(7)/0.215 mg(7)/0.25 mg(7)-35 mcg tablet - MM	
	trivora (28) 50-30 (6)/75-40(5)/125-30(10) tablet - MM	
	tri-vylibra (28) 0.18 mg(7)/0.215 mg(7)/0.25 mg(7)-35 mcg tablet - MM	
	tri-vylibra lo 0.18/0.215/0.25 mg-25 mcg tablet - MM	
	tulana 0.35 mg tablet - MM	
	vcf contraceptive 4 % vaginal gel	
	velivet triphasic regimen (28) 0.1 mg/0.125 mg/0.15 mg-25 mcg tablet - MM	
	vienva 0.1 mg-20 mcg tablet - MM	
	viorele (28) 0.15 mg-0.02 mg (21)/0.01 mg (5) tablet - MM	
	volnea (28) 0.15 mg-0.02 mg (21)/0.01 mg (5) tablet - MM	
	vyfemla (28) 0.4 mg-35 mcg tablet - MM	
	vylibra 0.25 mg-35 mcg tablet - MM	

Categoría	Nombre del medicamento	Requisitos de administración del uso
	wera (28) 0.5 mg-35 mcg tablet - MM	
	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	
	xulane 150 mcg-35 mcg/24 hr transdermal patch - MM	Puede aplicar QL
	zafemy 150 mcg-35 mcg/24 hr transdermal patch - MM	Puede aplicar QL
	zarah 3 mg-0.03 mg tablet - MM	
	zovia 1/35e (28) 1 mg-35 mcg tablet - MM	
	zovia 1-35 (28) 1 mg-35 mcg tablet - MM	
	zumandimine (28) 3 mg-0.03 mg tablet - MM	
Ácido fólico prenatal	ALIVE PRENATAL 400 MCG-25 MG CHEWABLE TABLET BRAINSTRONG PRENATAL 33 MG IRON-800 MCG-350 MG ORAL PACK - MM	
	CLASSIC PRENATAL 28 MG IRON-800 MCG TABLET - MM	
	EXPECTA PRENATAL 28 MG IRON-800 MCG-200 MG ORAL PACK - MM	
	fa-8 0.8 mg capsule - MM	
	folic acid 0.4 mg tablet - MM	
	folic acid 0.8 mg tablet - MM	
	folic acid 400 mcg tablet - MM	
	folic acid 800 mcg capsule - MM	
	folic acid 800 mcg tablet - MM	
	kpn tablet - MM	
	ONE A DAY WOMEN'S PRENATAL DHA 28 MG IRON-800 MCG ORAL PACK - MM	
	one daily prenatal 28 mg iron-800 mcg oral pack - MM	
	one daily prenatal 28 mg-800 mcg-440 mg oral pack - MM	
	ONE-A-DAY PRENATAL-1 27 MG IRON-800 MCG-235 MG CAPSULE - MM	
	PERRY PRENATAL 13.5 MG-0.4 MG CAPSULE - MM	
	prenatal + dha 28 mg iron-800 mcg-200 mg oral pack - MM	
	prenatal 28 mg iron-800 mcg tablet - MM	

Categoría	Nombre del medicamento	Requisitos de administración del uso
	prenatal 28 mg-800 mcg tablet - MM	
	PRENATAL 400 MCG CHEWABLE TABLET	
	prenatal complete 14 mg iron-400 mcg tablet - MM	
	prenatal formula 28 mg iron-800 mcg tablet - MM	
	PRENATAL FORMULA-DHA 28 MG-800 MCG-200 MG CAPSULE - MM	
	PRENATAL GUMMIES 400 MCG-35 MG-25 MG-5 MG CHEWABLE TABLET	
	prenatal multi 27 mg-800 mcg tablet - MM	
	prenatal multi-dha (algal oil) 27 mg iron-800 mcg-250 mg capsule - MM	
	prenatal multi-dha (with vitamin k) 27 mg iron-800 mcg-260 mg capsule - MM	
	prenatal multivitamins 28 mg iron-800 mcg tablet - MM	
	prenatal one daily 27 mg iron-800 mcg tablet - MM	
	prenatal plus (calcium carbonate) 27 mg iron-1 mg tablet - MM	
	prenatal plus dha 27 mg iron-1 mg-312 mg-250 mg oral pack - MM	
	prenatal plus-dha combo pack - MM	
	prenatal tablet - MM	
	prenatal tablet 28 mg iron-800 mcg - MM	
	prenatal vitamin 27 mg iron-0.8 mg tablet - MM	
	prenatal vitamin 27 mg iron-800 mcg tablet - MM	
	prenatal vitamins plus low iron 27 mg iron-1 mg tablet - MM	
	prenatal vitamins with minerals 28 mg iron-800 mcg tablet - MM	
	prenatal with dha and folic acid 400 mcg-32.5 mg chewable tablet - MM	
	SIMILAC PRENATAL 27 MG IRON-800 MCG-200 MG ORAL PACK - MM	
	STUART ONE 27 MG IRON-800 MCG-200 MG CAPSULE - MM	
	ULTRA PRENATAL PLUS DHA 27 MG-800 MCG-250 MG-200 MG CAPSULE - MM	

Los planes de Humana Plans los ofrece Family of Insurance and Health Plan Companies incluyendo a Humana Medical Plan, Inc., Humana Employers Health Plan of Georgia, Inc., Humana Health Plan, Inc., Humana Health Benefit Plan of Louisiana, Inc., Humana Health Plans of Michigan, Inc., Humana Health Plan of Ohio, Inc., Humana Health Plans of Puerto Rico, Inc. No. de licencia 00235-0008, Humana Wisconsin Health Organization Insurance Corporation, o Humana Health Plan of Texas, Inc., una Organización para el Mantenimiento de la Salud (HMO) o son asegurados por Humana Health Insurance Company of Florida, Inc., Humana Health Plan, Inc., Humana Health Benefit Plan of Louisiana, Inc., Humana Insurance Company, Humana Insurance Company of Kentucky, EmpheSys Insurance Company, o Humana Insurance of Puerto Rico, Inc. No. de licencia 00187-0009 o administrados por Humana Insurance Company o Humana Health Plan, Inc.

En Arizona: Ofrecidos por Humana Health Plan, Inc. o asegurados por EmpheSys Insurance Company o asegurados o administrados por Humana Insurance Company o Humana Health Plan, Inc.

Consulte el Documento de su plan de beneficios (Certificado de cobertura/seguro o la Descripción resumida del plan) para obtener más información sobre la compañía que ofrece sus beneficios.

Nuestros planes de beneficios de salud contienen limitaciones y exclusiones.



Medicamentos de Venta Libre (OTC)

Listado de Medicamentos

Los siguientes medicamentos OTC están cubiertos, menos \$1 de copago por un suministro de 30 días. Se requiere receta médica. Para obtener información adicional sobre los medicamentos cubiertos, consulte el Formulario de medicamentos, disponible en www.humana.com/druglist.

Clase Terapéutica	Medicamento
COMBINACIÓN DE ANTIHISTAMÍNICOS DE 2^{DA} GENERACIÓN CON DESCONGESTIONANTE	Cetirizine Hcl/Pseudoephedrine 5 Mg- 120mg Tab Er 12h
	Fexofenadine/Pseudoephedrine 180- 240mg Tab Er 24h
	Fexofenadine/Pseudoephedrine 60mg-120mg Tab Er 12h
	Loratadine/Pseudoephedrine 5 Mg- 120mg Tab Er 12h
	Loratadine/Pseudoephedrine 10mg- 240mg Tab Er 24h
ANTIISTAMÍNICOS DE 2^{DA} GENERACIÓN	Cetirizine Hcl 5 Mg Tab Chew
	Cetirizine Hcl 10 Mg Tab Chew
	Cetirizine Hcl 5 Mg/5 Ml Solution
	Loratadine 5 Mg Tab Rapdis
	Fexofenadine Hcl 60 Mg Tablet
	Fexofenadine Hcl 180 Mg Tablet
	Cetirizine Hcl 1 Mg/5 Ml Solution
	Cetirizine Hcl 10 Mg Tablet
	Cetirizine Hcl 5 Mg Tablet
	Loratadine 10 Mg Tab Rapdis
	Loratadine 5 Mg/5 Ml Solution
	Loratadine 10 Mg Tablet
	Fexofenadine Hcl 30 Mg/5 Ml Oral Susp
	Loratadine 5 Mg Tab Chew
ANTIISTAMÍNICOS OFTÁLMICOS	Ketotifen Fumarate 0.025 % Drops
ESTEROIDES ANTI-INFLAMATORIOS NASALES	Triamcinolone Acetonide 55 Mcg Spray
	Fluticasone Propionate 50 Mcg Spray Susp
INHIBIDOR DE LA BOMBA DE PROTÓN	Lansoprazole 15 Mg Capsule Dr
	Omeprazole Magnesium 20 Mg Tablet Dr
	Omeprazole 20 Mg Tablet Dr
	Omeprazole/Sodium Bicarbonate 20mg-1.1g Capsule
LAXANTES Y PURGANTES	Polyethylene Glycol 3350 Powder
ANTIINFLAMATORIOS NO ESTEROIDEOS TIPO ANALGÉSICO	Ibuprofen 200 Mg Capsule
	Ibuprofen 100 Mg/5ml Oral Susp



Productos y servicios ofrecidos por Humana Insurance of Puerto Rico, Inc. Licencia # 00187-0009. Humana Insurance of Puerto Rico, Inc. cumple con todas las leyes aplicables de derechos civiles federales y no discriminan por motivos de raza, color de la piel, origen nacional, edad, discapacidad, sexo, orientación sexual, identidad de género o religión. English: ATTENTION: If you speak English, language assistance services free of charge are available to you. Call 1-800-314-3121 (TTY: 711). Español (Spanish): ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-800-314-3121 (TTY: 711). 繁體中文 (Chinese): 注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電1-800-314-3121 (TTY: 711).



PROGRAMA DE AYUDA AL EMPLEADO



¿QUÉ ES UN PAE?

El Programa de Ayuda al Empleado (PAE) provee consejería profesional al empleado y sus dependientes para manejar las situaciones que impactan su calidad de vida en la casa o su nivel de productividad en el trabajo.

PAE DE APS OPTIMIND

Con esto en mente, nuestro PAE tiene un enfoque preventivo, proactivo y confidencial que ha probado ser altamente efectivo:

- **PREVENTIVO:** fomentamos estilos de vida saludables a través de la educación y la prevención
- **PROACTIVO:** empoderamos al individuo para lidiar con las situaciones de la vida diaria de forma óptima o que pueda reconocerlas a tiempo y evitar complicaciones mayores.
- **CONFIDENCIAL:** garantizamos la total confidencialidad del proceso, lo que brinda al empleado la tranquilidad de usar los servicio cuando los necesite sin necesidad de exponerse.

APS OPTIMIND está respaldado por la experiencia y la solidez de APS HEALTH, el grupo líder en salud mental en Puerto Rico.



SERVICIOS A EMPLEADOS

- Consejería y Terapia Psicológica
- Coordinación de Citas
- Referidos (según nivel de cuidado apropiado)
- Consultas Legales
- Orientación Financiera
- Charlas o Talleres Psicoeducativos
- Manejo de Crisis
- Actividades de Prevención y Promoción de Salud:
 - Boletines Educativos
 - Ferias de Salud
- Servicios VIP

GARANTÍA DE ACCESO

- La mayor red de proveedores especializados en Puerto Rico, con más de 360 profesionales
- Centro de Llamadas 24/7 atendido por clínicos licenciados

SITUACIONES MÁS COMUNES

- Estrés, ansiedad o depresión
- Relaciones interpersonales
- Conflictos familiares o de pareja
- Problemas académicos
- Uso o abuso de alcohol o drogas
- Manejo de pérdidas y duelo
- Asuntos legales y financieros

ORIENTACIÓN Y COORDINACIÓN DE SERVICIOS

¡LLAMA HOY!

787-522-4616

1-877-955-9554 (24/7 - libre de cargos)

optimind@apspuertorico.com

apsoptimind.com



Seguro de Vida

Seguro de Vida:

Nuestro Seguro de Vida ofrece protección financiera en caso de fallecimiento del empleado (asegurado principal) o si éste sufre una lesión física importante.

 **\$10,000***

Nuestro Seguro de Vida asegura a los empleados del patrono en caso de muerte.

Tiene también disponible la cubierta por muerte accidental y desmembramiento con beneficios dobles al ocurrir una muerte accidental o desmembramiento según sea el caso.



Estructura de Beneficios:

Cantidad Fija – La cantidad del beneficio es igual para todos los empleados del grupo. El beneficio debe ofrecerse a todos los empleados del grupo.



*Si al momento de reclamar el seguro, el empleado tenía 65 años o más, el beneficio se reduce a en 65% o menos, hasta un 10%, sujeto a la edad.
Productos y servicios ofrecidos por Humana Insurance of Puerto Rico, Inc. Licencia # 00187-0009.
Esto es un resumen del beneficio. Para detalles, refiérase a la póliza.

Bienestar Total Humana

Humana ofrece diversos programas que te ayudarán a mejorar tu calidad de vida. Nuestro propósito es guiarte para que logres obtener un nivel de salud óptimo.

¿Cómo funcionan los programas de Bienestar Total Humana?

Profesionales de la Salud proveen orientación y apoyo de forma individual o grupal, proveyendo información de salud y coordinando servicios según tu necesidad.



Humana Beginnings

Durante el embarazo surgen preguntas sobre este periodo tan especial. El programa prenatal es ideal para apoyar a la madre durante y después del embarazo. Humana Beginnings cuenta con profesionales capacitados en lactancia, educación prenatal y cuidado post parto. Escribe al correo electrónico: **HumanaBeginningsPuertoRico@humana.com** para que puedas participar del programa y disfrutar todos sus beneficios. ¡Pregunta por los talleres de parto y lactancia cerca de tu comunidad!

Personal Nurse

Con el Programa Personal Nurse recibes educación y apoyo por profesionales de la enfermería en el manejo efectivo de las condiciones de salud para tu salud y bienestar. Para mayor información, no dudes en comunicarte al correo electrónico: **programasclinicoshumanapr@humana.com**

Calidad Humana

Si tú o algún miembro de tu familia padece de alguna condición de salud como; Asma, Fallo Cardíaco Congestivo (CHF), Enfermedad Arterio Coronaria, Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (COPD), Diabetes, Hipertensión u Obesidad

este programa es para ti. Un profesional de enfermería se comunicará contigo para ofrecerte orientación y apoyo a través de seguimiento telefónico. Podrás tener mayor conocimiento sobre tu condición y poner en práctica las recomendaciones brindadas por un profesional de la salud. Si deseas mayor información, comunícate escribiendo al correo electrónico: **programasclinicoshumanapr@humana.com**

My Humana

Si deseas obtener información sobre tu salud, cubierta de plan médico y beneficios; o necesitas una certificación de cubierta acceda My Humana. En cualquier momento y a cualquier hora del día, podrás tener acceso nuestra página personalizada My Humana en internet:

<https://www.humana.com/logon/>

Educación y Prevención

Educación y Prevención te ofrece las herramientas para brindarte apoyo en prevenir y/o manejar efectivamente tu salud y bienestar. Te invitamos a que participes de los programas clínicos gratuitos. ¡Visita tu oficina de recursos humanos y entérate!

Humana®

PRHHH2DSP

Productos y servicios ofrecidos por Humana Insurance of Puerto Rico, Inc. Licencia # 00187-0009 y/o Humana Health Plans of Puerto Rico, Inc. Licencia # 00235-0008. En Humana Health Plans of Puerto Rico, Inc. y Humana Insurance of Puerto Rico, Inc. ("Humana"), es importante que usted reciba un trato justo. Humana y sus subsidiarias cumplen con las leyes aplicables de derechos civiles federales y no discriminan por motivos de raza, color de la piel, origen nacional, edad, incapacidad, sexo, orientación sexual, género, identidad de género, ascendencia, estado civil o religión. English: ATTENTION: If you do not speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-800-314-3121 (TTY: 711). Español (Spanish): ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-800-314-3121 (TTY: 711). 繁體中文 (Chinese): 注意: 如果您使用繁體中文 您可以免費獲得語言援助服務。請致電 1-800-314-3121 (TTY: 711)。

Suscriptor de Humana, tu bienestar va primero.

Beneficios para tu tranquilidad y salud
en tiempos de Coronavirus



Diagnóstico y tratamiento de COVID-19 sin costo alguno

\$0 copago a prueba de laboratorio (con orden médica) así como otros servicios recibidos por la condición, tales como sala de emergencia, hospitalización y transporte de ambulancia, entre otros.



Citas virtuales de atención urgente

Telemedicina, sin copagos, incluyendo consultas por estado emocional mientras dure la emergencia.



Despacho de medicamentos en formulario (no narcóticos) sin restricciones

- Despacho anticipado de recetas por 30 a 90 días, según sea el caso.
- Sin requisitos de pre-autorización, sin límites de cantidad y sin terapia escalonada.



Servicios médicos sin referidos ni preautorizaciones

¡Con Humana estás cubierto!



Conoce más sobre tus beneficios llamando al
Comercial: 1-800-314-3121 (TTY: 711)

Lunes a Viernes de 8 a.m. a 6 p.m. y
Sábados de 7 a.m. a 1 p.m.

Humana[®]

Cuidado profesional al alcance de una pantalla

INSCRÍBASE HOY MISMO PARA LAS CONSULTAS VIRTUALES DE HUMANA PROPORCIONADAS POR MDLIVE®



No es necesario estar en la oficina de su médico para recibir cuidado de la salud profesional de calidad. **Obtenga atención médica que no sea de emergencia* en cualquier momento, en cualquier lugar.**

Simplemente utilice su teléfono, tableta o computadora portátil para comunicarse con un médico certificado residente en los EE. UU. **las 24 horas del día, los siete días de la semana.**

Cuando su médico no esté disponible, utilice las **consultas virtuales** para obtener ayuda con condiciones como alergias, síntomas de gripe, control de una condición crónica como presión arterial alta o artritis, y mucho más. Asimismo, si en la consulta virtual el proveedor determina que necesita una receta, será enviada electrónicamente a la farmacia que usted elija.

Las **consultas virtuales** son una forma conveniente de acceder **al cuidado médico** cuando se encuentre **en su casa** o **fuera del hogar**.



Comience de una de estas formas:

1. Descargue la aplicación **móvil MDLIVE** desde la App Store® o desde Google Play®
2. Visite la siguiente página de Internet: **MDLIVE.com/Humanapr**
3. Llame al **1-888-921-0314 (TTY: 711)**
4. Envíe* el mensaje de texto **“Humanapr”** al **635483** (MDLive).

Humana®

MDLIVE®

Productos y servicios ofrecidos por Humana Insurance of Puerto Rico, Inc. Licencia # 00187-0009 y/o Humana Health Plans of Puerto Rico, Inc. Licencia # 00235-0008.

* Se aplican tarifas para mensajes y datos. Responda STOP para cancelar, HELP para obtener ayuda. Las limitaciones en cuanto a servicios de cuidado de la salud y medicamentos recetados en consultas virtuales vía opciones de comunicaciones y tecnología de acceso remoto varían según el plan. Los servicios de consultas virtuales no reemplazan el cuidado médico en casos de emergencia y no pretenden reemplazar a su proveedor de cuidado primario u otros proveedores de su red. Este material se provee solamente con fines informativos y no debe tomarse como consejería médica ni debe usarse en lugar de consultar a un profesional médico certificado.

Y0040_PRHKPKSTS_C 01/2020

Si NO es una emergencia... ¡PIENSE PRIMERO EN MDLIVE!

Con MDLIVE puede consultar al doctor o al terapeuta las 24 horas, los 7 días de la semana, desde su hogar, de la oficina o estando de viaje.

MDLIVE le ahorra tiempo y dinero si lo compara con la consulta a emergencias o a una clínica de urgencias.

Usted podrá comunicarse con un médico certificado a cualquier hora, día y noche, mediante la aplicación móvil, por video o por teléfono. Nuestros doctores cuentan con un promedio de 15 años de experiencia.

Lo mejor de todo es que MDLIVE es económico.

Así que cuando se enferme y no sea una emergencia, trate de acudir primero a MDLIVE.

Atendemos los siguientes problemas de salud que no son una emergencia:

- Acné
- Alergias
- Resfrío/Gripe
- Estreñimiento
- Tos
- Diarrea
- Problemas de los oídos
- Picadas de insectos
- Náuseas/ Vómitos
- Conjuntivitis
- Erupción en la piel
- Problemas Respiratorios
- Irritación de la garganta
- Y Más



Su COPAGO es de

\$0* Por Consulta

Su doctor le enviará la receta (de ser medicamento necesario) a su farmacia más cercana.

**Su doctor virtual está aquí.
¡Regístrese gratis hoy!**



Descargue la aplicación.
Regístrese gratis. Consulte un doctor.

MDLIVE.com/humanapr
1-888-921-0314

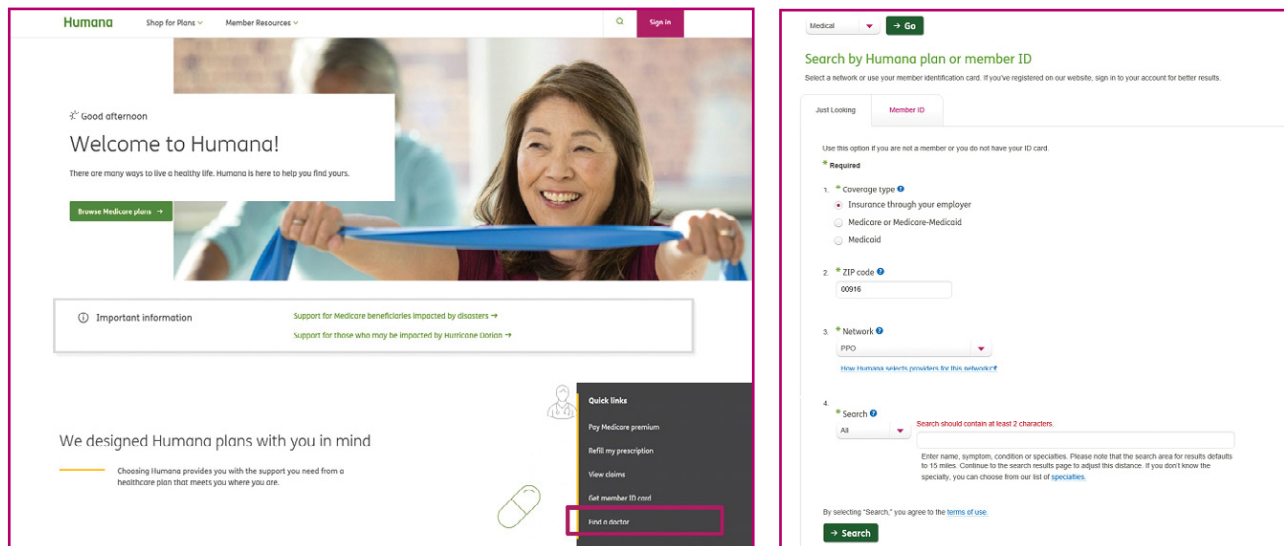
Busque un médico con Physician Finder Plus®

Physician Finder Plus es la herramienta en línea para búsqueda de proveedores de Humana. Es su guía para encontrar información actualizada sobre proveedores en la red de Humana.

La herramienta provee nombres, direcciones y números de teléfono de proveedores en la red. Puede escoger filtrar sus resultados por especialidad o por la distancia desde su casa u oficina.

Para buscar un proveedor participante, visite **Humana.com**, desplácese a la parte inferior de la página y seleccione **Find a doctor** (Encontrar un médico). Usando la pestaña de **Just Looking** (Eche un vistazo), necesitará su código postal y tipo de plan para ayudar a limitar su búsqueda. Este servicio también está disponible en MyHumana y en la aplicación móvil de MyHumana para su teléfono inteligente.

De necesitar más asistencia para buscar a un proveedor en la red, llame al número de Servicio al Cliente en el dorso de su tarjeta de identificación de afiliado de Humana.



Para buscar a un proveedor participante, seleccione **Search type** (Tipo de búsqueda) (Médico, Dental o Farmacia), use la pestaña de **Just Looking** (Eche un vistazo) y entonces ingrese lo siguiente:

- Tipo de cobertura: **Seguro a través de su empleador**
- Entre data de su código postal
- Red: **Seleccione la flecha y escoja del listado: PPO**
- Buscar: Nombre, especialidad, condición o todos
- Seleccione el botón de **Buscar**



Humana®

Reciba un descuento de EyeMed para la vista

Como suscriptor de Humana, recibirá el programa de descuento EyeMed Vision sin costo para usted. EyeMed le ofrece acceso a 40,000 proveedores nacionales, entre ellos optómetras, oftalmólogos, ópticos y minoristas tales como LensCrafters® Pearle Vision® y JCPenney.



Para encontrar un proveedor de EyeMed

- Haga clic en “EyeMed Vision Care” (Cuidado de la vista de EyeMed) debajo de “Provider Search” (Búsqueda de proveedores) en la sección de afiliados de **Humana.com** o comuníquese sin cargo con el servicio localizador de EyeMed al 1-866-392-6056.
- Para encontrar a un proveedor de corrección de la vista con LASIK o PRK, llame al 1-877-5LASER6



Es muy fácil obtener un descuento de un proveedor de EyeMed

- Presente la siguiente tarjeta de descuento para la vista o
- Presente su tarjeta de identificación de suscriptor de Humana o
- Imprima la tarjeta de descuento para la vista ingresando en MyHumana, su página de afiliados en **Humana.com** y haga clic en “EyeMed Discount” (Descuento de EyeMed), en “Savings Center” (Centro de ahorros), en la pestaña desplegable Health and Wellness (Salud y Bienestar).

Consulte al dorso de esta hoja para obtener una lista de los servicios para la atención de la vista.

Humana®

EyeMed Vision Discount

For a location nearest you call 1-866-995-9316.

This vision discount program is not part of your insurance.



Programa de descuento para la vista

(los precios de venta al detal pueden variar según el lugar)

Exámenes	El suscriptor paga
Examen de rutina	\$5 de descuento
Evaluación de lentes de contacto	\$10 de descuento

Lentes plásticos estándar	El suscriptor paga
Lentes sencillos	\$50
Bifocales	\$70
Trifocales	\$105

Monturas

Descuento disponible: 35 por ciento de descuento en los precios al detal en todas las monturas, excepto cuando esté prohibido por el fabricante.

Opciones de lentes	El suscriptor paga
Con protección contra rayos ultravioleta	\$15
De color (uniforme o gradiente)	\$15
Con capa estándar contra raspaduras	\$15
Con policarbonato estándar	\$40
Progresivo estándar* (complementario para lentes bifocales)	\$65
Con capa antirrefletores estándar	\$45
Otros complementos y servicios	20% de descuento

* El costo de las lentes progresivas de primera calidad es igual al precio de venta al detal de las lentes progresivas básicas, más un 20 por ciento de descuento en el saldo de este precio.

Lentes de contacto

Las lentes convencionales tienen un 15 por ciento de descuento en el precio al detal. El descuento se aplica solamente a los materiales (excluye materiales desechables).

Corrección de la vista con láser*

Los procedimientos LASIK o PRK de la Red de Láser de los EE. UU. (U.S. Laser Network) tienen un 15 por ciento de descuento en el precio al detal o un precio promocional con un 5 por ciento de descuento.

* Debido a que la corrección de la vista por medio de LASIK o PRK es un procedimiento facultativo, realizado por proveedores especialmente capacitados, es posible que este descuento no esté siempre disponible por medio de un proveedor cercano a su domicilio. Si desea conocer un lugar de atención cercano a su domicilio y obtener la autorización del descuento, llame al 1-877-5LASER6.

Servicio	Frecuencia
Exámenes	ilimitados
Monturas	ilimitadas
Lentes	ilimitados
Lentes de contacto	ilimitados

Limitaciones y exclusiones:

- Entrenamiento visual u ortóptico, soporte para visión subnormal y cualquier prueba suplementaria asociada.
- Tratamiento médico o quirúrgico del ojo o de los ojos o estructuras de soporte.
- Espejuelos correctivos solicitados por un empleador como condición de empleo y espejuelos de seguridad a menos que estén específicamente cubiertos por el plan.
- Servicios brindados como resultado de la ley de compensación al trabajador.
- No se aplica el descuento en las monturas cuyo fabricante lo prohíba.

Código del plan: 9236860

EL PRESENTE DOCUMENTO NO ES UN SEGURO. Estos programas de descuento no forman parte del seguro. Los descuentos sólo están disponibles para los proveedores participantes. Los proveedores son responsables únicamente de proporcionar los productos y los servicios. Humana y sus socios no son responsables de los defectos de los productos, de la negligencia del proveedor, ni de otros errores relacionados con los productos o servicios de descuento.

Los suscriptores recibirán un 20% de descuento en productos comprados a los proveedores participantes, que no están específicamente cubiertos por este plan de descuento. El descuento del 20% no se puede combinar con ningún otro descuento u oferta promocional y no se aplica a los servicios profesionales de los proveedores de EyeMed ni a las lentes de contacto. Los precios de venta al detal pueden variar según el lugar.

Productos y servicios ofrecidos por Humana Insurance of Puerto Rico, Inc. Licencia # 00187-0009 y/o Humana Health Plans of Puerto Rico, Inc. Licencia # 00235-0008.

Su tarjeta de plan médico

Humana		ChoiceCare N E T W O R K					
1 [NOMBRE] SUSCRIPTOR / SUBSCRIBER	[XXXX XXXX XXXXXX] 5	NOMBRE GRUPO / GROUP NAME					
2 [XXXX XXXX XXXXXX] CONTRATO / CONTRACT	GRUPO / GROUP [XXXX] 6	ANSI BIN: [XXXX] 8					
3 [XXXX] CUBIERTA / COVERAGE	DENTAL: [XXXX] 7	PCN: [XXXX] 9					
4 [XXXX XXXX] EFECTIVIDAD: EFFECTIVE	RX: [XXXX] 10						
11 GEN \$X	12 ESP \$X	13 SUB \$X	14 HOSP \$X	15 AMB \$X	16 LB/XR XX%	17 P ESP XX%	18 EM \$X / \$X
Humana Insurance of Puerto Rico, Inc.							

- 1 **SUSCRIPTOR:** Nombre del Suscriptor
 - 2 **CONTRATO:** Número de contrato del suscriptor
 - 3 **CUBIERTA:** Tipo de cubierta
 - 4 **EFECTIVIDAD:** Fecha de efectividad
 - 5 **NOMBRE DEL GRUPO:** Nombre de la cuenta
 - 6 **GRUPO:** Codificación del grupo
 - 7 **DENTAL:** Código de cubierta dental
 - 8 **ANSIBIN:** Número de AnsiBin
 - 9 **PCN:** Número de PCN
 - 10 **Rx:** Código de cubierta de Farmacia
-
- 11 **GEN** – Generalista
 - 12 **ESP** – Especialista
 - 13 **SUB** – Sub-especialista
 - 14 **HOSP** – Hospitalización
 - 15 **AMB** – Facilidad ambulatoria
 - 16 **LB/XR** – Laboratorios y Rayos X
 - 17 **P ESP** – Pruebas Especializadas
 - 18 **EM** – Emergencia

Solicitud de reembolso

Humana®

Importante: Debe completar esta solicitud en su totalidad y adjuntar un recibo detallado, tal como se establece en la página 2.

1. Número de Contrato o suscriptor: _____
2. Número de Grupo: _____
3. Nombre del Paciente: _____ suscriptor ___ esposo(a) ___ dependiente
4. Dirección Postal: Si desea notificar cambio de dirección de la que aparece en nuestros récords favor de indicarla a continuación:

5. Teléfono Residencial: _____ - _____ - _____
6. Teléfono del Trabajo: _____ - _____ - _____ Ext. _____
7. Nombre del proveedor que prestó el servicio: _____
(Si es un grupo, favor de indicar nombre del proveedor individual que brindó el servicio)
8. Especialidad del Proveedor: _____ Teléfono: _____ - _____ - _____
9. Fecha del servicio: (Mes) ___ ___ (Día) ___ ___ (Año) ___ ___ ___
10. Condición o diagnóstico: _____ Código de CPT: _____
11. ¿Tiene otro plan médico? __ No __ Sí Compañía: _____
Núm. de Póliza/Contrato: _____
12. ¿Este servicio, está relacionado a un accidente? __ No __ Sí - Favor contestar las preguntas:
¿Dónde? _____ ¿Cuándo? _____
¿Cómo? _____

13.

Servicios Prestados	Cargos	Servicios Prestados	Cargos
Visita Médica y/o Consulta		Laboratorio	
Radiología		Cirugía	
Anestesia		Medicamentos	
Procedimientos		Equipo Médico Duradero	
Paciente Hospitalizado		Salud Mental	
Paciente Sala de Emergencia		Otros	

14. ¿Antes de obtener el servicio se comunicó con Humana? __ No __ Sí
¿Con quién? _____
15. Favor de explicar porqué tuvo que pagar por los servicios : _____

16. Certifico que la información aquí ofrecida es correcta.

Nombre en letra de molde

Firma

Fecha

Instrucciones para llenar solicitud de reembolso

Para toda solicitud de reembolso tiene que utilizar este formulario. Debe de asegurarse que la información indicada sea la correcta. Ej. Número de contrato, fecha de servicio, etc.

A continuación los requisitos para recibir reembolso:

1. Recibo de pago legible.
2. Nombre y teléfono del proveedor.
3. Cumplimentar formulario en su totalidad.
4. Debe pedir al médico que codifique el procedimiento y diagnóstico usando los códigos correspondientes (ICD-9, CPT-4) e incluir su descripción.
5. Orden médica en los servicios que así lo ameriten (compra o alquiler de equipo médico duradero, pruebas diagnósticas, etc.) Los reembolsos por compra o alquiler de equipo médico duradero requieren previa autorización de Humana.
6. Copia del referido del PCP, cuando aplique.
7. Explicación de Beneficios del plan primario en los casos de Coordinación de Beneficios.
8. Copia de la receta para los medicamentos cubiertos por la parte médica.

Si tiene otro plan médico y su solicitud de reembolso es por deducibles o copagos emitidos por usted, tiene que someter copia de lo pagado por el otro plan médico. Favor de conservar copia de todos los documentos enviados.

Ley antifraude:

De acuerdo al Artículo 27.250 del Código de Seguros de Puerto Rico, 26 L.P.R.A. sec. 2725, según enmendado el 9 de agosto de 2008, cualquier persona que a sabiendas presente información falsa en una forma de reembolso o, que presentare, ayudare o hiciere presentar una reclamación fraudulenta para el pago de una pérdida u otro beneficio, o presentare más de una reclamación por el mismo daño o pérdida, incurrirá en delito grave y convicto que fuere, será sancionado con pena de multa no menor de cinco mil (5,000) dólares, ni mayor de diez mil (10,000) dólares, o pena de reclusión por un término fijo de tres (3) años, o ambas penas.

De mediar circunstancias agravantes, la pena fija establecida podrá ser aumentada hasta un máximo de cinco (5) años; de mediar circunstancias atenuantes, podrá ser reducida hasta un mínimo de dos (2) años.

El incumplimiento de las disposiciones de este Artículo conllevará la imposición de una multa administrativa conforme lo dispone el Artículo 27.260 del Código de Seguros de Puerto Rico. La no inclusión de este aviso en los formularios indicados no constituirá defensa para el asegurado o tercero reclamante no cumpla con las disposiciones de este Capítulo.

Debe de ser sometido en o antes de un (1) año luego de haber recibido los servicios a la siguiente dirección:

Humana
Departamento de Reclamaciones
PO BOX 192059
SAN JUAN PR 00919-2059
correo electrónico: prclaimsreimbursements@humana.com

Para aclarar dudas o cualquier información adicional, favor de llamar al Departamento de Servicios al Cliente a nuestro teléfono:

1-800-314-3121

Aviso sobre Prácticas de privacidad

Para su salud personal e información financiera

ESTE AVISO DESCRIBE LA FORMA EN QUE SE PUEDE UTILIZAR Y DIVULGAR LA INFORMACIÓN MÉDICA SOBRE USTED, Y CÓMO USTED PUEDE OBTENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. REVÍSELO DETALLADAMENTE.

La privacidad de su información personal y de salud es importante. No necesita hacer nada, a menos que tenga una solicitud o una queja.

Podemos cambiar nuestras prácticas de privacidad y los términos de este aviso en cualquier momento, según lo permita la ley. Esto incluye la información que generamos o recibimos antes de haber efectuado los cambios. Cuando hagamos un cambio significativo en nuestras prácticas de privacidad, modificaremos este aviso y enviaremos a los afiliados de nuestros planes de salud la correspondiente notificación.

¿Qué es la información personal y de salud?

La información personal y de salud incluye tanto información médica como información personal, tal como su nombre, dirección, número de teléfono o número de Seguro Social. El término “información” en este aviso incluye cualquier información personal y de salud. Esto incluye información que haya recibido de, o haya sido creada por, un proveedor de cuidado de la salud o plan de salud. La información se relaciona con su salud o condición física o mental, la prestación de cuidado de la salud o el pago por dicho cuidado.

¿Cómo protegemos su información?

Tenemos la responsabilidad de proteger la privacidad de su información en todos los formatos, incluida información electrónica, escrita y oral. Tenemos procedimientos para proteger su información de diversas formas, entre las que se incluyen:

- Limitar quién puede ver su información.
- Limitar la forma en que podemos usar o divulgar su información.
- Informarle acerca de nuestros deberes legales con respecto a su información.
- Capacitar a nuestros empleados sobre el programa y los procedimientos de privacidad.

¿Cómo usamos y divulgamos su información?

Usamos y divulgamos su información:

- A usted o a cualquier persona que tenga derecho legal para actuar en su nombre.
- A la Secretaría del Departamento de Salud y Servicios Humanos.

Tenemos derecho a usar y divulgar su información:

- A un médico, hospital u otro proveedor de cuidado de la salud para que usted pueda recibir cuidado médico.
- Para actividades de pago, incluido el pago de las reclamaciones de los servicios cubiertos que le fueran prestados por proveedores de cuidado de la salud y el pago de las primas del plan de salud.
- Para actividades de operación de cuidado de la salud. Esto incluye el procesamiento de su afiliación, la respuesta a sus preguntas, la coordinación de su cuidado de la salud, la mejora de la calidad y la determinación de las primas.
- Para realizar actividades de suscripción. Sin embargo, no utilizaremos ningún resultado de pruebas genéticas ni formularemos preguntas en relación con la historia familiar.
- Al patrocinador de su plan para permitirle realizar funciones de administración del plan, como elegibilidad y actividades de inscripción y desafiliación. En ciertas situaciones, podemos compartir con el patrocinador de su plan información de salud resumida sobre usted. Por ejemplo, para permitir que el patrocinador de su plan obtenga ofertas de otros planes de salud. Su información de salud detallada no se compartirá con el patrocinador de su plan. Le pediremos permiso a usted o el patrocinador de su plan deberá certificar que acepta mantener la privacidad de su información.
- Para comunicarnos con usted y brindar información sobre beneficios y servicios relacionados con la salud, recordatorios de citas o alternativas de tratamiento que puedan ser de su interés. Si ha optado por no participar (solicitar una exclusión), según se describe a continuación, no nos comunicaremos con usted.
- A sus familiares y amigos si usted no puede comunicarse, como en un caso de emergencia.
- A sus familiares y amigos, o a cualquier otra persona que usted identifique. Esto se aplica si la información es directamente relevante para su participación en su cuidado de la salud o el pago de ese cuidado. Por ejemplo, si un familiar o un cuidador nos llama con conocimientos previos acerca de una reclamación, podemos confirmar si la reclamación se recibió y pagó.
- Para proveer información de pago al suscriptor como comprobación ante el Servicio de Impuestos Internos (IRS, por sus siglas en inglés).
- A agencias de salud pública, si consideramos que existe una grave amenaza para la salud o la seguridad.
- A las autoridades pertinentes cuando haya problemas de abuso, negligencia o violencia doméstica.
- En respuesta a una orden administrativa o de un tribunal, citación, solicitud de hallazgos u otros procesos legales.

Aviso sobre Prácticas de privacidad

(continuación)

- A los fines de la aplicación de la ley, a las autoridades militares y según lo exija en algún otro sentido la ley.
- Para ayudar en tareas de recuperación en caso de desastres.
- Para programas de cumplimiento y actividades de supervisión de salud.
- Para cumplir nuestras obligaciones según cualquier contrato o ley del Programa de compensación laboral.
- Para evitar una grave e inminente amenaza para su salud o seguridad, o para la salud o seguridad de otras personas.
- Con fines de investigación en circunstancias limitadas.
- Para obtención, almacenamiento o trasplante de órganos, ojos o tejido.
- A un médico forense, patólogo o director de funeraria.

¿Usaremos su información para fines no descritos en esta notificación?

No utilizaremos ni divulgaremos su información por ninguna razón que no se haya descrito en este aviso sin su permiso por escrito. Usted puede cancelar su permiso en cualquier momento si nos lo notifica por escrito.

Los siguientes usos y divulgaciones requerirán su permiso por escrito:

- La mayoría de usos y divulgaciones de notas de psicoterapia.
- Para fines de mercadeo.
- La venta de información personal y de salud.

¿Qué hacemos con su información cuando usted deja de ser afiliado?

Su información puede seguirse utilizando para los fines descritos en este aviso. Esto incluye cuando usted no obtiene cobertura a través de nosotros. Después del período de retención legal obligatorio, la información se destruye siguiendo procedimientos estrictos para mantener la confidencialidad.

¿Cuáles son mis derechos con respecto a mi información?

Nuestro compromiso es responder a sus solicitudes de derechos de manera oportuna.

- Acceso: usted tiene derecho a revisar y obtener una copia de su información que se puede utilizar para tomar decisiones sobre usted. También puede recibir un resumen de esta información de salud. Si solicita copias, podemos cobrarle un cargo por el trabajo de copiar, los suministros para crear la copia (en papel o electrónica) y el franqueo.

- Decisión de suscripción adversa: si rechazamos su solicitud de seguro, usted tiene derecho a que se le proporcione el motivo de la denegación.
- Comunicaciones alternativas: para evitar una situación que ponga en riesgo la vida, usted tiene derecho a recibir su información de una manera diferente o en un lugar diferente. Cumpliremos con su solicitud si la misma es razonable.
- Enmienda: usted tiene derecho a solicitar una enmienda de la información que mantenemos sobre usted si considera que la información es incorrecta o está incompleta. Podemos denegar su solicitud si no fuimos nosotros quienes generamos la información, si no mantenemos la información o si la información está completa y es correcta. Si le denegamos su solicitud, le enviaremos una explicación por escrito de los motivos de la denegación.*
- Divulgación: usted tiene derecho a recibir una lista de casos en los que nosotros o nuestros socios comerciales hayamos divulgado su información. Esto no se aplica a tratamientos, pagos, operaciones del plan de salud y otras actividades determinadas. Mantenemos esta información y la ponemos a su disposición durante seis años. Si solicita esta lista más de una vez en un período de 12 meses, podemos cobrarle un cargo razonable basado en los costos.
- Aviso: usted tiene derecho a solicitar y recibir una copia escrita de este aviso en cualquier momento.
- Restricción: usted tiene derecho a solicitar que se limite la manera en que se utiliza o divulga su información. No estamos obligados a aceptar esta limitación, pero si lo hacemos acataremos nuestro acuerdo. Usted también tiene derecho a aceptar o poner término a una limitación previamente presentada.

¿Qué tipo de comunicaciones puedo optar por no recibir?

- Recordatorios de citas.
- Alternativas de tratamiento u otros beneficios o servicios relacionados con la salud.

¿Cómo ejerzo mis derechos u obtengo una copia de este aviso?

Es posible ejercer todos sus derechos de privacidad al obtener los formularios aplicables. Para obtener cualquiera de estos formularios:

- Comuníquese con nosotros al 1-866-861-2762
- Acceda a nuestro sitio web en Humana.com y vaya al enlace Privacy Practices (Prácticas de privacidad).

* Este derecho corresponde únicamente a los residentes de Massachusetts de acuerdo con las reglamentaciones del estado.

Aviso sobre Prácticas de privacidad (continuación)

- Envíe el formulario de solicitud completado a:
Humana Inc. Privacy Office 003/10911
101 E. Main Street
Louisville, KY 40202

Si creo que se ha violado mi privacidad, ¿qué debería hacer?

Si cree que se ha violado su privacidad, puede presentar una queja ante nosotros llamándonos al 1-866-861-2762 en cualquier momento.

También puede enviar una queja por escrito a la Oficina de Derechos Civiles (OCR, por sus siglas en inglés) del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. Le suministraremos la dirección regional de la OCR que corresponda si así lo solicita. También puede enviar su queja a OCRComplaint@hhs.gov. Si decide presentar una queja, sus beneficios no se verán afectados y no aplicaremos sanciones ni tomaremos represalias en su contra en ningún caso.

Respaldamos su derecho a proteger la privacidad de su información personal y de salud.

¿Qué pasará si mi información privada se usa o divulga de manera inapropiada?

La ley nos exige que proporcionemos a las personas un aviso de nuestras obligaciones legales y prácticas de privacidad con respecto a información personal y de salud. Si se produce una violación de información personal y de salud no segura, se lo notificaremos de manera oportuna.

AVISO DE PRIVACIDAD EN RELACIÓN CON LA INFORMACIÓN FINANCIERA

Nosotros y nuestras afiliadas entendemos que la privacidad de su información personal es importante para usted. Nos tomamos muy en serio su privacidad y su confianza en nuestra capacidad de proteger su información privada es muy importante para nosotros. Este aviso describe nuestra política con respecto a la confidencialidad y divulgación de información financiera personal.

¿Cómo recopilamos información sobre usted?

Recopilamos información sobre usted y su familia cuando usted completa solicitudes y formularios. También recopilamos información de sus transacciones con nosotros, con nuestras afiliadas y con otras personas. Por ejemplo, es posible que recibamos información sobre usted de participantes del sistema del cuidado de la salud, como su médico u hospital, así como de patronos o administradores de planes, agencias de información de crédito y del Medical Information Bureau.

¿Qué información recibimos de usted?

La información que recibimos puede incluir datos como su nombre, dirección, número de teléfono, fecha de nacimiento, número de Seguro Social, historial de pagos de primas y su actividad en nuestro sitio web. Esto también incluye información relacionada con su plan de beneficios médicos, sus beneficios de salud y sus evaluaciones de riesgos de salud.

¿Dónde divulgaremos su información?

Podemos compartir su información con compañías afiliadas y terceros no afiliados, según lo permita la ley. También podemos proporcionar su información a otras instituciones financieras con las que tengamos acuerdos de mercadeo conjunto para proporcionarle ofertas de productos y servicios que sean de su interés o que estén relacionados con la salud.

¿Qué puedo impedir al optar por no permitir divulgaciones?

Al optar por no permitir estas divulgaciones, también puede impedir que nosotros o las compañías afiliadas comercialicemos productos ofrecidos por terceros no afiliados. Su solicitud de exclusión se aplicará a todos los afiliados o personas cubiertas según su número de cuenta o de identificación del afiliado. Su solicitud de exclusión se aplicará hasta que usted revoque esa solicitud o dé por terminada su afiliación.

¿Cómo solicito una exclusión?

En cualquier momento, puede decirnos que no compartamos su información personal con compañías afiliadas que proporcionen ofertas de productos o servicios de terceros no afiliados. Si desea ejercer su opción de exclusión o revocar una solicitud de exclusión anterior, debe proporcionar la siguiente información para procesar su solicitud: su nombre, fecha de nacimiento y número de identificación del afiliado. La solicitud de exclusión no les prohibirá a nuestras compañías afiliadas comercializar nuestros productos o servicios.

- Llámenos al 1-866-861-2762
- Envíenos su solicitud de exclusión por escrito a:
Humana Inc. Privacy Office 003/10911
101 E. Main Street
Louisville, KY 40202

Cumplimos con todas las leyes, normas y reglamentaciones federales y estatales que se encargan de proteger la información personal y de salud. En aquellas situaciones en las que las leyes, normas y reglamentaciones federales y estatales estén en conflicto, nos regimos por la ley, norma o reglamentación que proporcione mayor protección.

La ley nos exige cumplir con los términos de este aviso actualmente en vigencia.

Aviso sobre Prácticas de privacidad (continuación)

Las siguientes empresas afiliadas y subsidiarias también cumplen con nuestras políticas y procedimientos de privacidad:

Arcadian Health Plan, Inc.
CarePlus Health Plans, Inc.
Cariten Health Plan, Inc.
Cariten Insurance Company CHA HMO, Inc.
CompBenefits Company
CompBenefits Dental, Inc.
CompBenefits Insurance Company
CompBenefits of Alabama, Inc.
CompBenefits of Georgia, Inc.
DentiCare, Inc.
Emphesys Insurance Company
HumanaDental Insurance Company
Health Plans, Inc.
Humana Benefit Plan of Illinois, Inc., anteriormente conocida como OSF Health Plans, Inc.
Humana Benefit Plan of Texas, Inc.
Humana Employers Health Plan of Georgia, Inc.
Humana Health Benefit Plan of Louisiana, Inc.
Humana Health Company of New York, Inc.
Humana Health Insurance Company of Florida, Inc.
Humana Health Plan of California, Inc.
Humana Health Plan of Ohio, Inc. Humana
Health Plan of Texas, Inc. Humana Health Plan, Inc.

Humana Health Plans of Puerto Rico, Inc.
Humana Insurance Company
Humana Insurance Company of Kentucky
Humana Insurance Company of New York
Humana Insurance of Puerto Rico, Inc.
Humana Medical Plan, Inc.
Humana Medical Plan of Michigan, Inc.
Humana Medical Plan of Pennsylvania, Inc.
Humana Medical Plan of Utah, Inc.
Humana Regional Health Plan, Inc.
Humana Wisconsin Health Organization
Insurance Corporation
Managed Care Indemnity, Inc.
The Dental Concern, Inc.

En vigencia a partir de septiembre de 2013

¡Importante!

En Humana Insurance of Puerto Rico, Inc. (“Humana”), es importante que usted reciba un trato justo.

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

- Usted 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 1-800-314-3121 o, si utiliza un TTY, llame al 711.
- También puede presentar una queja de derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del **Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU.** por medios electrónicos a través del portal de quejas de dicha Oficina disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o por correo postal 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/ocr/office/file/index.html>.

Usted tiene a su disposición recursos y servicios auxiliares gratuitos. 1-800-314-3121 (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 incapacidades, cuando dichos recursos y servicios auxiliares sean necesarios para garantizar la igualdad de oportunidades de participación.

Language assistance services, free of charge, are available to you. 1-800-314-3121 (TTY: 711)

Español (Spanish): Llame al número arriba indicado para recibir servicios gratuitos de asistencia lingüística.

繁體中文 (Chinese): 撥打上面的電話號碼即可獲得免費語言援助服務。

Tiếng Việt (Vietnamese): Xin gọi số điện thoại trên đây để nhận được các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí.

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

Tagalog (Tagalog – Filipino): Tawagan ang numero sa itaas upang makatanggap ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad.

Русский (Russian): Позвоните по номеру, указанному выше, чтобы получить бесплатные услуги перевода.

Kreyòl Ayisyen (French Creole): Rele nimewo ki pi wo la a, pou resevwa sèvis èd pou lang ki gratis.

Français (French): Appelez le numéro ci-dessus pour recevoir gratuitement des services d'aide linguistique.

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

Português (Portuguese): Ligue para o número acima indicado para receber serviços linguísticos, grátis.

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

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

日本語 (Japanese): 無料の言語支援サービスをご要望の場合は、上記の番号までお電話ください。

فارسی (Farsi)

برای دریافت تسهیلات زبانی بصورت رایگان با شماره فوق تماس بگیرید.

Diné Bizaad (Navajo): Wóda hí béésh bee hani'í bee wolta'ígíí bich'í' hódíílnih éí bee t'áá jiik'eh saad bee áká'ánída'áwo'déé nika'adoował.

العربية (Arabic)

الرجاء الاتصال بالرقم المبين أعلاه للحصول على خدمات مجانية للمساعدة بلغتك