



# Guía de inscripción para **EMPLEADOS**

Tri-Source Services LLC

[www.mybenefitservices.com/tri-starr](http://www.mybenefitservices.com/tri-starr)

1/1/2026-12/31/2026

**tri-starr talent**  
we work for you.



**SUGGIE**  
SOLUTIONS

# CONCIERGE: para servirle

Concierge se enorgullece de poder brindarle ayuda en el proceso de inscripción abierta.

Nuestros valores centrales nos impulsan a ofrecer atención de calidad.



Su salud es importante; por eso, ofrecemos mejores soluciones de beneficios a precios asequibles. Concierge se basa en nuestros valores centrales para brindar planes de beneficios médicos económicos y para garantizar sus derechos y protecciones. Nuestro objetivo es ofrecerle atención a través de nuestro enfoque oportuno y sincero de servicio al cliente, siempre.

# ¡LE DAMOS LA BIENVENIDA

## a la inscripción abierta!

Es momento de revisar los beneficios que ofrece su empleador para el nuevo año de beneficios. ¡A Concierge le complace ofrecerle beneficios que brindan flexibilidad en el momento y lugar que los necesite! Nuestros diversos planes ofrecen opciones de atención preventiva, beneficios de medicamentos con receta y atención por telemedicina, entre otras opciones.

Puede hacer sus selecciones de beneficios durante la Inscripción Abierta. Por favor, comuníquese con su oficina de Recursos Humanos para conocer las fechas de su inscripción abierta.

### Explore sus opciones de beneficios

Beneficios de la inscripción .....	4
Planes Médicos Limitados .....	6
Axis .....	9
La Aplicación Clever .....	11
Goodbill .....	12
Plan de Dental .....	13
Vision Plan .....	15
Preguntas Frecuentes .....	17
Servicio de atención al Cliente de Concierge .....	18
ICHRA .....	19
Formulario de Medicamnetos .....	28

# LOS MIEMBROS PROSPERAN

## con Concierge TPA



### Cómo inscribirse

Comenzar el proceso de inscripción es simple. Visite el **member portal** y tenga la siguiente información a mano:

Recuerde que nuestra promesa de prioridad del servicio significa que tendrá una comprensión clara de sus opciones de beneficios y un equipo especializado disponible para ayudarlo si surge alguna pregunta. Puede enviarnos un mensaje de texto o llamarnos directamente al 888.820.5687 por cualquier duda.



### ¿Cuáles son los beneficios de la inscripción?

Si bien la inscripción es principalmente voluntaria, nuestros planes le permiten elegir el mejor recorrido para gozar de buena salud. Desde pruebas hasta vacunas, nuestro plan de atención preventiva que cumple con la Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio (Affordable Care Act) cubre una amplia variedad de servicios diseñados para proteger la buena salud, incluidos, entre otros, los siguientes:

- Exámenes de presión arterial y colesterol
- Exámenes de salud mental
- Asesoramiento para la prevención de infecciones de transmisión sexual (ITS)
- Exámenes de tabaquismo
- Mamografías

Los servicios selectos están cubiertos al 100 % y no exigen un copago, incluso si aún no ha alcanzado su deducible anual.

# AVISO:

**IMPORTANTE: Esta es una póliza de indemnización fija, NO un seguro de salud**

**Esta póliza de indemnización fija puede pagarle un monto limitado en dólares si enferma o lo internan.**

**Usted es responsable del pago del costo de su atención.**

- El pago que reciba no se basa en el monto de su factura médica.
- Puede haber un límite en el monto que la póliza paga cada año.
- Esta póliza no reemplaza el seguro de salud integral.
- Dado que esta póliza no es un seguro de salud, no tiene la obligación de incluir la mayoría de las protecciones federales del consumidor que se aplican al seguro de salud.

**¿Está buscando un seguro de salud integral?**

- Visite HealthCare.gov o llame al 1-800-318-2596 (TTY: 1-855-889-4325) para encontrar opciones de cobertura de salud.
- Para saber si puede obtener un seguro de salud mediante su empleo o el empleo de un miembro de la familia, comuníquese con el empleador.

**¿Tiene preguntas sobre esta póliza?**

- Si tiene preguntas o reclamos sobre esta póliza, comuníquese con el Departamento de Seguros de su estado. Encuentre su número en el sitio web de la Asociación Nacional de Comisionados de Seguros (National Association of Insurance Commissioners, NAIC), en la pestaña “Insurance Departments” (Departamentos de seguros).
- Si obtuvo esta póliza mediante su empleo o el empleo de un miembro de la familia, comuníquese con el empleador.

**IMPORTANTE: Esta es una póliza de indemnización fija, NO un seguro de salud**



# Planes **MÉDICOS** **LIMITADOS**

Los montos de las primas enumerados abajo se basan en el período de pago.



## Opciones de planes médicos limitados

Tarifas por período de pago (Semanal)

Opciones de planes	LM 200	LM 400
Solo empleado	\$20.77	\$27.58
Empleado + cónyuge	\$30.12	\$40.27
Empleado + hijos	\$27.81	\$37.04
Familia	\$36.12	\$48.81

# Plan Médico Limitado

## BENEFICIOS Y MÁXIMOS DE BENEFICIOS POR AÑO

Paciente externo	Médico Limitado 200
Telemedicina (incluye llamadas telefónicas y videollamadas)	Copago de \$0
Monto del beneficio de visita al consultorio médico por día:	\$60 por día / 5 días máximo
• Monto anual del beneficio físico (bienestar) por día	\$100 por día / 1 día máximo
• Monto del beneficio de visita a la clínica de atención de urgencia por día	\$150 por día / 1 día máximo
Monto del beneficio de diagnóstico, rayos X y laboratorio por día:	
• Clase 1: Laboratorio: análisis de sangre, CMP, panel de lípidos, ECG, Papanicolaou/PSA, análisis de orina y todas las demás pruebas de laboratorio	\$30 por día / 2 días máximo
• Clase 2: Radiología, Ultrasonido, Mamografía, Sonograma, Angiografía	\$100 por día / 2 días máximo
• Clase 3: Tomografía computarizada por imágenes, PET	\$100 por día / 1 día máximo
• Clase 4: Resonancia magnética	\$150 por día / 1 día máximo
Receta	
C3Rx	Medicamentos de ACA sin costo de copago.
**Consulte la lista específica del formulario.	Medicamentos ilimitados del formulario sin copago.
***Si tiene preguntas sobre recetas, llame al: 866-330-8780	Llame al 866-330-8780.
Hospitalización	
Importe de la prestación por internamiento hospitalario del día 1 por día	\$200 por día / 1 día máximo
Importe de la prestación por internación hospitalaria del día 2 por día	\$150 a partir de entonces
Beneficio máximo por año del plan de beneficios	30 días por año del plan de beneficios
Monto de la prestación por cirugía (incluye maternidad) por día	\$500 por día / 1 día máximo
Cantidad de beneficio de anestesia por día	\$125 por día / 1 día máximo
Otros servicios	
¡La aplicación es un médico y una farmacia al alcance de tu mano! Use su tarjeta Rx digital o la tarjeta de descuento Rx, guarde de forma segura su tarjeta de identificación médica digital, hable con un médico por teléfono o videollamada, ¡y mucho más!	Acceso ilimitado a médicos certificados por la junta por teléfono o aplicación móvil las 24 horas del día, los 7 días de la semana, con un copago de \$0

Los beneficios para pacientes ambulatorios y hospitalizados son autofinanciados por el patrocinador del plan. Los beneficios de medicamentos recetados son administrados por C3Rx. Los servicios de telemedicina no son un seguro y no son proporcionados por el Administrador Externo (Servicios Administrativos de Conserjería). Todos los beneficios están sujetos a cambios en función de los mandatos y requisitos federales que afectan a los planes ERISA. First Health, el Plan de Beneficios Limitados o los proveedores de la red PPO contratados deben recibir descuentos dentro de la red.

# Plan Médico Limitado

## BENEFICIOS Y MÁXIMOS DE BENEFICIOS POR AÑO

Paciente externo	Plan 400
Telemedicina (incluye llamadas telefónicas y videollamadas)	Copago de \$0
Monto del beneficio de visita al consultorio médico por día:	\$70 por visita / 5 visitas máximo
• Monto anual del beneficio físico (bienestar) por día	\$100 por visita / 1 visita máx.
• Monto del beneficio de visita a la clínica de atención de urgencia por día	\$150 por visita / 2 visitas máximo
Monto del beneficio de diagnóstico, rayos X y laboratorio por día:	
• Clase 1: Laboratorio: análisis de sangre, CMP, panel de lípidos, ECG, Papanicolaou/PSA, análisis de orina y todas las demás pruebas de laboratorio	\$30 por visita / 2 visitas máximo
• Clase 2: Radiología, Ultrasonido, Mamografía, Sonograma, Angiografía	\$100 por visita / 2 visitas máximo
• Clase 3: Tomografía computarizada por imágenes, PET	\$100 por visita / 1 visita máx.
• Clase 4: Resonancia magnética	\$400 por visita / 1 visita máx.
Receta	
C3Rx	Medicamentos de ACA sin costo de copago.
**Consulte la lista específica del formulario.	Medicamentos ilimitados del formulario sin copago.
***Si tiene preguntas sobre recetas, llame al: 866-330-8780	Llame al 866-330-8780.
Hospitalización	
Importe de la prestación por internamiento hospitalario del día 1 por día	\$400 por día / 1 día máx.
Importe de la prestación por internación hospitalaria del día 2 por día	\$350 a partir de entonces
Beneficio máximo por año del plan de beneficios	30 días por año del plan de beneficios
Monto de la prestación por cirugía (incluye maternidad) por día	\$750 por día / 1 día máx.
Cantidad de beneficio de anestesia por día	\$187.50 por día / 1 día máx.
Otros servicios	
¡Clever es un médico y una farmacia al alcance de tu mano! Use su tarjeta de descuento digital Rx, guarde de forma segura su tarjeta de identificación médica digital, hable con un médico por teléfono o videollamada, ¡y mucho más!	Acceso ilimitado a médicos certificados por la junta por teléfono o aplicación móvil las 24 horas del día, los 7 días de la semana, con un copago de \$0

# Paquete de ejes

## Plan Médico de Beneficio



Beneficio médico limitado proporcionado por AXIS Insurance Company	Plan 1
<b>Pacientes hospitalizados<sup>1</sup></b>	
Prestación médica por accidente (por año)	\$5,000
<b>Pacientes ambulatorios<sup>1</sup></b>	
Prestación médica por accidente (máximo por año)	\$5,000
Beneficio % a pagar	80% U&C
Deductible por accidente	\$0
<b>Enfermedad crítica<sup>1</sup></b>	
Beneficio máximo por enfermedad crítica (por año)	
<b>Pago en efectivo por 10 condiciones cubiertas</b> : cáncer, insuficiencia renal, ataque cardíaco, accidente cerebrovascular, trasplante de órganos importantes, esclerosis múltiple, cirugía de derivación de la arteria coronaria, Alzheimer, ELA, enfermedad terminal	\$5,000
<b>Beneficio de Vida a Término</b>	
Empleado	\$10,000
Esposo	\$5,000
Niños	\$2,000
<b>Beneficios no relacionados con el seguro: Asistencia</b>	
Descuentos de la red PPO de First Health	Incluido
<b>Tarifas semanales (todos los beneficios y servicios)</b>	
Solo para empleados	\$6.81
Empleado + Cónyuge	\$14.88
Empleado + Niño(s)	\$13.73
Empleado + Familia	\$17.88

# Discapacidad a corto plazo



Si un empleado está discapacitado y no puede trabajar debido a una enfermedad o accidente, nuestro plan de discapacidad a corto plazo puede ayudarlo. El seguro de discapacidad a corto plazo reemplaza una parte de los ingresos de un empleado cuando no puede trabajar debido a una enfermedad o accidente.

Discapacidad a corto plazo	
¿Quién es elegible para la cobertura?	Solo empleados. La cobertura para dependientes no está disponible.
¿Cuándo se pagan los beneficios?	<ul style="list-style-type: none"><li>Las prestaciones son pagaderas por una discapacidad si usted no puede realizar su ocupación habitual o cualquier otra ocupación debido a un accidente o enfermedad después de:<ul style="list-style-type: none"><li>7 días para la enfermedad</li><li>0 días por accidente u hospitalización</li></ul></li><li>Los beneficios son pagaderos por hasta 26 semanas de discapacidad</li><li>Período de tratamiento de 12 meses / Período de limitación de 12 meses</li></ul>
¿Cuál es el monto de la prestación?	50% del salario base, hasta un máximo de \$125 por semana
¿Existe una limitación de condiciones preexistentes?	Sí, un período de tratamiento de 12 meses / período de limitación de 12 meses
Tarifas Semanales	
Empleado	\$3.86

## Detalles adicionales del plan

### Elegibilidad de los empleados:

La elegibilidad del empleado es definida por el empleador.

### Suscripción individual:

Ninguno. Emisión garantizada sin necesidad de preguntas ni pruebas

### Disponibilidad de cobertura:

### Edades de emisión:

Empleado/cónyuge: de 18 a 64 años.

Hijo a cargo: hasta los 26 años.

### Reducciones de beneficios de AD&D:

A la edad de 70-74 años, el beneficio se reduce al 65% de la cantidad nominal original. A la edad de 75 a 79 años, el beneficio se reduce al 40% del monto nominal original. A la

### Limitaciones de condiciones preexistentes:

varía según el estado

### Indemnización Hospitalaria:

Ninguna

Los planes de beneficios limitados son productos de seguro con beneficios reducidos y no están destinados a reemplazar la cobertura integral. Es posible que la cobertura no esté disponible en todos los estados. Las edades de emisión son de 18 a 64 años. Para obtener más información sobre las coberturas, comuníquese con Concierge al [cs@ctpa.com](mailto:cs@ctpa.com).

# Presentamos la salud

## Atención virtual inteligente

### ¡Mejor, más rápido, más fácil!



Médicos certificados por la junta, ahorros integrados en medicamentos recetados y profesionales de salud mental con licencia en la *punta de tus dedos*!

#### Atención de urgencia virtual

- **bajo demanda** 24/7, en cualquier lugar
- Visitas a través de un cuestionario médico inteligente, teléfono o video
- **El diagnóstico promedio de 6 minutos** incluye una tarjeta de prescripción con descuento para un gran ahorro en RX: más de 44,000 RX para \$10 o menos

**\$ 0 por visita**

resfriado, gripe, infecciones sinusales

fiebre, tos, alergias, asma

afecciones de la piel, conjuntivitis

¡UTIs, fatiga, migrañas y más!

#### Salud mental virtual

- Chatbot de IA 100% **anónimo**, Bella, especializada en depresión + ansiedad
- **Conexiones inteligentes**
- **Apoyo entre pares** Citas programadas con
- **psiquiatras con licencia mental**
- **profesionales de la salud**

**\$ 0 por visita**

problemas de relación

duelo, adicción, trastornos alimentarios

estrés, depresión, ansiedad

¡y más!

Busque los precios más bajos de medicamentos recetados en Preferred + farmacias más cercanas



Si se encuentra en una situación de crisis, llame o envíe un mensaje de texto a la Línea de Vida de Suicidio y Crisis 988 o chatee 988lifeline.org para obtener ayuda.

**DESCARGAR**

la aplicación Clever Health

Los servicios de Smart Virtual Care™ de Clever Health se brindan de acuerdo con las leyes locales, estatales y federales. Para obtener información completa, visite [www.cleverhealth.ai/disclosures](http://www.cleverhealth.ai/disclosures). © 2025 Salud inteligente, Inc. | CAPÍTULO 3 | A0125



# Hay dinero adicional escondido en sus reclamos

CONCIERGE PUEDE AYUDARLO A ENCONTRARLO



**No estamos satisfechos con el simple mínimo, ¿y usted?** Como miembro de Concierge, puede acceder a herramientas para encontrar y aprovechar los ahorros que se esconden en sus reclamos.

A través de nuestras asociaciones, podemos ayudarlo a reducir sus costos médicos con revisiones de facturas hospitalarias y encuestas de calificación 501R. Recargamos sus ahorros mediante nuestro enfoque integral:

- Revisiones de errores de codificación para todos los reclamos en centros.
- Revisiones de necesidad clínica para todos los reclamos en centros.
- Descuentos 501(r) para hospitales sin fines de lucro, según corresponda.

## AHORROS RECARGADOS

- Ahorros del plan: hasta un 80 % de ahorro en cargos facturados.
- Ahorros de los miembros: hasta un 100 % de exención de responsabilidad del paciente.
- Umbral de revisión de \$0: todos los reclamos reciben una auditoría total de expertos certificados.
- Ahorros promedio: entre el 20 % y el 30 %.
- Verificaciones instantáneas de elegibilidad: más de 3,500 hospitales habilitados para la evaluación de asistencia financiera.
- Recuperación de registros médicos electrónicos sencilla: más de 2,500 hospitales habilitados para el acceso digital a registros médicos electrónicos.

**Los reclamos superiores a \$35,000** entran dentro del umbral habitual del sector para las revisiones.

El 41 % de los reclamos califican para la **asistencia financiera 501(r)**.

El 47 % de todos los reclamos **contienen errores**.

**8 %**

de los ahorros anuales de los planes **se pasan por alto** en promedio.

Habitualmente, se revisa solo el 5 % de los reclamos.

El 95 % de los reclamos nunca se revisa.



## Plan de **DENTAL**

Este Resumen de beneficios solo tiene el fin de brindar un esquema de los beneficios que se proporcionan en el plan dental grupal para empleados del empleador. Consulte el beneficio específico en las secciones Beneficios dentales cubiertos y Exclusiones y limitaciones del plan dental del Documento del plan para obtener información más detallada.



Cualquier profesional odontológico autorizado puede prestar estos servicios. El plan tiene tres categorías de servicios: servicios preventivos, básicos y de especialidad. El plan tiene un período de espera de 90 días para los servicios básicos y un período de espera de 180 días para los servicios de especialidad antes de que el plan los pague. El plan no incluye una cláusula de pérdida de dientes. No se requieren predeterminaciones ni derivaciones para la atención de especialistas en el plan. Si un procedimiento dental no se enumera específicamente en una de las siguientes categorías de servicios, el procedimiento se considerará dentro de la categoría de servicios de especialidad, independientemente de si el servicio es de especialidad o no, a menos que esté excluido del plan.

Opciones de planes	Atención dental: tarifas por período de pago (Semanal)
Solo empleado	\$7.85
Empleado + cónyuge	\$14.77
Empleado + hijos	\$14.77
Familia	\$21.69

# Dental

## Plan de Dental

Deductible del año de beneficios (no se aplica el deducible para los servicios preventivos)	\$50 Individual \$150 Familia
Máximo del año de beneficios para las categorías de procedimientos preventivos, básicos y principales combinados	\$1,000 por miembro del plan

## Servicios Dentales

Servicios Preventivos	El plan paga el 100%
Deductible aplicado	No
Período de espera	No
<ul style="list-style-type: none"> <li>Exámenes y limpiezas de rutina dos veces por año de beneficios</li> <li>Tratamientos con flúor para dependientes menores de 18 años dos veces por año de beneficios</li> <li>Selladores hasta los 16 años</li> <li>Una serie de radiografías de aleta de mordida por año de beneficio</li> <li>Una radiografía de boca completa o panorámica cada tres años</li> <li>Tratamiento paliativo de urgencia</li> <li>Otras radiografías</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Incluido</li> <li>Incluido</li> <li>Incluido</li> <li>Incluido</li> <li>Incluido</li> <li>Incluido</li> <li>Incluido</li> </ul>
Servicios Básicos	El plan paga el 80%
Deductible aplicado	Sí
Período de espera	Sí, 90 días
<ul style="list-style-type: none"> <li>Cirugía Oral</li> <li>Periodoncia</li> <li>Endodoncia</li> <li>Extracciones</li> <li>Recementado y reparación de puentes, coronas, dentaduras postizas de extracción o incrustaciones</li> <li>Rellenos</li> <li>Anestesia general</li> <li>Antibióticos</li> <li>Mantenedores de espacio para dependientes menores de 16 años para reemplazar los dientes primarios</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Incluido</li> <li>Incluido</li> <li>Incluido</li> <li>Incluido</li> <li>Incluido</li> <li>Incluido</li> <li>Incluido</li> <li>Incluido</li> </ul>
Servicios Principales	El plan paga el 50%
Deductible aplicado	Sí
Período de espera	Sí, 180 días
<ul style="list-style-type: none"> <li>Restauraciones de oro</li> <li>Instalación de dentaduras postizas parciales, completas o removibles</li> <li>Instalación de puentes fijos</li> <li>Incrustaciones, Onlays, Coronas (que no forman parte de un puente)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Incluido</li> <li>Incluido</li> <li>Incluido</li> <li>Incluido</li> </ul>

Preguntas sobre las opciones de plan para usted y sus dependientes?  
 Llame al equipo de conserjería: **888.820.5687**



# Plan de VISIÓN

Este Resumen de beneficios tiene el fin de brindar un esquema de los beneficios que se proporcionan en el plan de visión grupal para empleados del empleador. Consulte el beneficio específico en las secciones Beneficios de visión cubiertos y Exclusiones y limitaciones del plan de visión del Documento del plan para ver información más detallada de cada beneficio.

Todos los servicios deben ser necesarios en términos médicos y cualquier profesional oftalmológico autorizado puede prestar estos servicios. Los miembros del plan tendrán un período de espera de 90 días antes de que el plan pague los beneficios de equipos y otros servicios. Todos los servicios de visión elegibles se aplican a un pago del plan máximo combinado de \$600 por miembro del plan por año de beneficios. Los cargos que superen el pago máximo del año de beneficios del plan o que no sean beneficios cubiertos del plan serán responsabilidad del miembro del plan.



Opciones de planes	Plan de visión: tarifas por período de pago (Semanal)
Solo empleado	\$5.31
Empleado + cónyuge	\$9.23
Empleado + hijos	\$9.23
Familia	\$12.69

# Visión

Visión 600	Deducibles y Máximos del Año de Beneficios
Año de beneficios	TBD
Deducible anual	Ninguno
Pago Máximo del Año de Beneficios por parte del Plan	\$600 por miembro del plan para servicios combinados
Servicios de Lasik	No cubierto por el plan
Servicios Cosméticos	No cubierto por el plan
Servicios de visión	
Examen ocular de rutina	El plan paga el 100%
El miembro del plan paga	Copago de \$25
Mapa del país	100%
Se aplica al máximo anual	Sí
Un examen de rutina por año de beneficios por miembro del plan que incluirá:	
• Examen médico	Incluido
• Prueba de agudeza visual	Incluido
• Prueba de glaucoma	Incluido
• Refracción	Incluido
• Otras pruebas médica mente necesarias que se realizan en el consultorio del médico	Incluido
Hardware y otros servicios	El plan paga el 100% después del período de espera de 90 días
El miembro del plan paga	Copago de \$0
Mapa del país	100%
Se aplica al máximo anual	Sí
Incluye:	
• Marcos	Incluido
• Lentes individuales	Incluido
• Lentes bifocales	Incluido
• Lentes trifocales	Incluido
• Lentes progresivas	Incluido
• Lentes lenticulares	Incluido
• Lentes de contacto (convencionales o desechables)	Incluido
• Recubrimiento antiarañazos	Incluido
• Recubrimiento antirreflectante	Incluido

# PREGUNTAS FRECUENTES:

## ¡Las respuestas que necesita!



### ¿Cuándo finaliza la inscripción abierta?

Por favor, comunícate con la oficina de Recursos Humanos para conocer las fechas de inscripción abierta.

### ¿Qué sucede si quiero cambiar mi plan de beneficios?

Once enrolled, you cannot make plan changes except in the event of a qualifying life event. Consulte con su representante de Recursos Humanos para obtener información sobre su Aviso de derechos conforme a la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros Médicos (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA), la Explicación de beneficios (Explanation of Benefits, EOB) y otras opciones de inscripción en cobertura y cancelación disponibles para usted.

### ¿Qué debo saber sobre mi tarjeta de identificación?

Recibirá una tarjeta de identificación electrónica de parte nuestra por correo electrónico o mensaje de texto. Cuando comience su cobertura, podrá imprimir copias de sus tarjetas de identificación o acceder a ellas mediante la aplicación Clever.

### ¿Por qué recibí una Explicación de beneficios (EOB) en el correo?

Las EOB pueden visualizarse en la aplicación o mediante el portal web. Una EOB no es una factura. Simplemente describe los cargos totales de su consulta y lo que cubre su plan de salud.

### ¿A quién debo llamar si tengo más preguntas sobre mis beneficios o mi tarjeta de identificación?

Puede enviarnos un mensaje de texto directamente al 918.876.5015 si tiene preguntas o dudas. Si no, puede llamar a nuestro equipo al 888.820.5687. Si quiere solicitar información, le enviaremos un correo electrónico o un mensaje de texto directamente.

### ¿Cómo busco un proveedor?

Encontrar un proveedor calificado es sencillo! Puede programar una cita con la aplicación Clever.

La Ley de Reautorización del Programa de Seguro Médico Infantil (Children's Health Insurance Program Reauthorization Act, CHIPRA) le informa sobre las oportunidades de asistencia con las primas del plan médico grupal a través de Medicaid y del Programa de Seguro Médico Infantil (Children's Health Insurance Program, CHIP). Consulte el Aviso conforme a la CHIPRA de la oficina de Recursos Humanos para conocer las posibles oportunidades de asistencia con las primas en su estado.

Las regulaciones de Medicare exigen que el patrocinador del plan informe a las personas que son elegibles para recibir beneficios de Medicare si los beneficios de medicamentos con receta de los planes médicos que se ofrecen son acreditables o no acreditables para los requisitos de cobertura de la Parte D de Medicare. Las personas elegibles para recibir Medicare deben saber que el plan ha determinado que la cobertura de medicamentos con receta de las opciones del plan disponibles **no son acreditables**. Revise el Aviso de la Parte D de Medicare de la oficina de Recursos Humanos para conocer más detalles sobre cómo esto puede afectarlo.

Los beneficios descritos en este documento están sujetos a los términos y condiciones completos del Documento del plan. Si hay una discrepancia entre esta comunicación y el Documento del plan, regirá este último. Si bien su empleador tiene la intención de continuar ofreciendo los beneficios descritos en el presente documento, se reserva expresamente el derecho a enmendar, suspender, interrumpir o cancelar el plan o cualquier programa de beneficios, o a cambiar el contenido de este resumen o descripción general en cualquier momento. Si necesita más información, comuníquese con la oficina de Recursos Humanos.

Debido a las regulaciones estatales y federales, las tarifas no son fijas y están sujetas a cambios.



Desde 2014, Concierge tiene la misión de ofrecer a sus empleados mejores soluciones de beneficios que sean más económicas. Nuestros planes de seguros totalmente personalizables, junto con nuestra dedicación al servicio, nos diferencian de la multitud.

**CONCIERGE: para servirle**

## **SERVICIO DE ATENCIÓN AL CLIENTE DE CONCIERGE**

888-820-5687

eligibility@ctpa.com

[www.mybenefitservices.com/tri-starr](http://www.mybenefitservices.com/tri-starr)

Noviembre 2025

Estimado Asociado:

A continuación y adjunto se adjunta la información sobre nuestro Acuerdo de reembolso de salud de cobertura individual o plan ICHRA. Este plan cumple con todos los requisitos de la Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio o ACA. Aquí están los detalles:

- Usted es elegible para participar en este plan si trabaja 30 horas o más cada semana/130 horas por mes/1560 horas por año.
- Si elige participar en este programa, tiene 90 días a partir de la fecha en que recibe este aviso para inscribirse. Si no se inscribe durante ese tiempo, tendrá que esperar hasta la inscripción abierta en noviembre de 2026, a menos que tenga un evento de vida calificado.
- El plan médico que califica bajo esta ICHRA es el Plan Plata de menor costo en el Intercambio. Aunque los planes Silver varían de un estado a otro, generalmente tendrán un deducible de entre \$2,000 y \$4,000 cada año. Esa es la cantidad que pagaría de su bolsillo antes de que sus beneficios comiencen a pagar en su nombre. Si ya tiene cobertura individual en el Intercambio, ese plan puede calificar. Pregúntele a la persona con la que habla en Healthcare.gov. Lo mejor es llamarlos al 800-318-2596.
- Los empleados elegibles califican para un reembolso de prima de la ICHRA. Su costo no será más del 9.96% de los ingresos de su hogar para la cobertura individual en la opción de plan plata de menor costo. El saldo de la cobertura individual se le reembolsará a través del acuerdo de reembolso de salud.
- Por favor, lea y conserve la información que se adjunta. Si desea participar en el plan, necesitará el documento adjunto cuando se comunique con el intercambio. Asegúrese de decirles que es elegible para una ICHRA.
- Si está recibiendo una oferta asequible, no es elegible para obtener un subsidio de impuestos sobre la prima en el intercambio. Si actualmente tiene cobertura subsidiada en el Intercambio, ya no será elegible para ese subsidio y podrá participar en la ICHRA. Llame al Exchange al 800-318-2596 para obtener más información.
- Puede inscribir a sus dependientes; sin embargo, se le pedirá que pague el costo total de la cobertura para dependientes. El Mercado puede ayudarlo a obtener cobertura para dependientes.
- Su empleador no puede ayudarlo con esta inscripción. Si tiene preguntas, tenga a mano el archivo adjunto y llame a Healthcare.gov al 1-800-318-2596 o vaya en línea para [www.healthcare.gov](http://www.healthcare.gov) e ingrese ICHRA en el cuadro de búsqueda. Asegúrese de notificar a la persona con la que habla en el Intercambio que se le ofrece un ICHRA asequible.

Si tiene preguntas sobre esta oferta, revise el documento adjunto o comuníquese con First Staff Benefits por correo electrónico a [salesteam@firststaffbenefits.com](mailto:salesteam@firststaffbenefits.com)

## Aviso de HRA de cobertura individual

### USE ESTE AVISO CUANDO SOLICITE COBERTURA DE SEGURO MÉDICO INDIVIDUAL

Noviembre 2025

Recibe este aviso porque su empleador le ofrece un acuerdo de reembolso de salud de cobertura individual ("HRA"). **Lea este aviso** antes de decidir si acepta la HRA. En algunas circunstancias, su decisión podría afectar su elegibilidad para el crédito tributario de prima. Aceptar la HRA de cobertura individual y reclamar indebidamente el crédito tributario de prima podría resultar en una obligación tributaria. Este aviso también tiene información importante que el Intercambio (conocido en muchos estados como el "Mercado de Seguros Médicos") necesitará para determinar si usted es elegible para pagos por adelantado del crédito tributario de prima. Un intercambio opera en cada estado para ayudar a las personas y familias a comprar e inscribirse en una cobertura de seguro médico individual. **También necesitará este aviso para verificar que es elegible para un período de inscripción especial para inscribirse en la cobertura de seguro de salud individual fuera del período de inscripción abierta anual en el mercado individual.**

## I. Lo básico

### ¿Qué debo hacer con este aviso?

**Lea este aviso** para ayudarlo a decidir si desea aceptar la HRA. Además, **guarde este aviso** para sus registros. Deberá consultarla si decide aceptar la HRA e inscribirse en una cobertura de seguro médico individual.

### ¿Qué es una HRA de cobertura individual?

Una HRA de cobertura individual es un acuerdo en virtud del cual su empleador le reembolsa sus gastos de atención médica hasta una cierta cantidad en dólares para el año del plan. Si se inscribe en una HRA de cobertura individual, **también debe estar inscrito** en una cobertura de seguro de salud individual o en la Parte A (seguro hospitalario) y B de Medicare (seguro médico) o en la Parte C de Medicare (Medicare Advantage) (denominados colectivamente en este aviso como Medicare) por cada mes que esté cubierto por la HRA. Puede obtener más información sobre este plan revisando la carta de presentación que se incluye con este documento.

La HRA de cobertura individual que se le ofrece es una cobertura de salud patrocinada por el empleador. Es importante saber esto si solicita cobertura de seguro médico en el Intercambio.

**Nota:** Hay diferentes tipos de HRA. La HRA a la que se hace referencia a lo largo de este aviso, y que su empleador le ofrece, es una HRA de cobertura individual. No es un acuerdo de reembolso de salud para pequeños empleadores calificado (QSEHRA) ni ningún otro tipo de HRA.

## **¿Cuáles son los términos básicos de la HRA de cobertura individual que ofrece mi empleador?**

La HRA es el vehículo que le permite a su empleador reembolsarle una parte de su prima de seguro mensual sin que ese reembolso esté sujeto a impuestos y otras retenciones.

(1) El monto máximo en dólares disponible para cada participante en la HRA está disponible comunicándose con First Staff Benefits por correo electrónico a [salesteam@firststaffbenefits.com](mailto:salesteam@firststaffbenefits.com). Su contribución máxima sería del 9.96% de los ingresos de su hogar y el costo mensual total del Plan Plata solo para personas físicas de menor precio en el Intercambio ([www.healthcare.gov](http://www.healthcare.gov)). Puede inscribir a sus dependientes en el plan, sin embargo, el costo asociado con su cobertura lo paga usted y no es elegible para el reembolso de HRA.

(2) Las contribuciones del empleador pueden ser más altas para los empleados mayores. Si solicita cobertura de salud individual a través del Intercambio, debe informarles que su contribución de cobertura individual está limitada al 9.96% de los ingresos de su hogar.

(3) En general, su cobertura de HRA comenzará el 1 de febrero de 2026. Si lo contratan y es elegible (según sus horas de trabajo programadas) después de esa fecha, tiene 90 días para decidir si desea participar en este plan e inscribirse en el Plan Plata solo para personas físicas de menor costo.

(4) El año del plan HRA comienza el 1 de febrero de 2026 y finaliza el 31 de enero de 2027.

(5) Los montos recién disponibles bajo la HRA estarán disponibles dentro de los 60 días posteriores a su fecha de elegibilidad e inscripción.

**Nota:** Necesitará esta información si solicita cobertura de seguro médico a través del Intercambio.

## **¿Puedo optar por no participar en la HRA de cobertura individual?**

Sí. Puede optar por no participar en la HRA. **Si no se inscribe en un plan calificado dentro de los 90 días posteriores a su elegibilidad inicial, su empleador considerará que ha renunciado a participar en el plan.**

Si termina su empleo, puede mantener su cobertura, sin embargo, ya no será elegible para un reembolso del empleador de su prima mensual a través de la HRA.

## **Si acepto la HRA de cobertura individual, ¿necesito estar inscrito en la cobertura de salud?**

Sí. Debe estar inscrito en una cobertura de seguro médico individual o Medicare por cada mes que esté cubierto por la HRA. No puede inscribirse en un seguro a corto plazo de duración limitada o solo en una cobertura de beneficios exceptuados (como un seguro que solo brinda beneficios para atención dental y de la vista) para cumplir con este requisito.

## II. Obtener cobertura de seguro médico individual

### **¿Cómo puedo obtener cobertura de seguro médico individual?**

Si ya tiene cobertura de seguro de salud individual, no necesita cambiarla cobertura para cumplir con el requisito de cobertura de salud de la HRA.

Si aún no tiene cobertura de seguro de salud individual, puede inscribirse en la cobertura a través de la Bolsa, por ejemplo, directamente de una compañía de seguros.

Nota: Las personas en la mayoría de los estados usan HealthCare.gov para inscribirse en la cobertura a través del Intercambio, pero algunos estados tienen su propio Intercambio. Para obtener más información sobre el Intercambio en su estado, visite <https://www.healthcare.gov/marketplace-in-your-state/>.

Si está inscrito en la Parte A y B de Medicare o en la Parte C de Medicare, su inscripción en Medicare cumplirá con el requisito de cobertura de salud de la HRA. Para obtener información sobre cómo inscribirse en Medicare, visite [www.medicare.gov/sign-up-change-plans](http://www.medicare.gov/sign-up-change-plans).

### **¿Cuándo puedo inscribirme en la cobertura de seguro médico individual?**

En general, cualquier persona puede inscribirse o cambiar su cobertura de seguro de salud individual durante el período de inscripción abierta anual del mercado individual del 1 de noviembre al 15 de diciembre. (Algunos intercambios estatales pueden proporcionar tiempo adicional para inscribirse). Si su HRA de cobertura individual comienza el 1 de enero de 2026, generalmente debe inscribirse en la cobertura de seguro de salud individual durante la inscripción abierta.

Si es un empleado elegible contratado después del 1 de febrero de 2026, puede inscribirse en una cobertura de seguro de salud individual fuera de la inscripción abierta utilizando un período de inscripción especial.

Si califica para un período de inscripción especial, asegúrese de inscribirse a tiempo:

- Si es elegible para la cobertura de HRA que comenzaría al comienzo del año del plan HRA, generalmente debe inscribirse en la cobertura de seguro de salud individual dentro de los 60 días anteriores al primer día del año del plan HRA.
- Si la HRA no estaba obligada a proporcionar este aviso 90 días antes del comienzo del año del plan, o si usted es elegible para la cobertura de la HRA que comenzaría a mediados del año del plan (por ejemplo, porque es un empleado nuevo), puede inscribirse en la cobertura de seguro de salud individual hasta 60 días antes del primer día en que su HRA puede comenzar o hasta 60 días después de esta fecha.

**Inscríbase en la cobertura de seguro de salud individual lo antes posible** para aprovechar al máximo su HRA de cobertura individual.

# tri-starr talent

we work for you.

**Nota:** Si se inscribe en una cobertura de seguro de salud individual durante este período de inscripción especial, es posible que deba enviar una copia de este aviso al Intercambio o a la compañía de seguros para demostrar que califica para inscribirse fuera del período de inscripción abierta. Para obtener más información sobre los períodos especiales de inscripción, visite HealthCare.gov o el sitio web del Intercambio en su estado.

**¿Necesito obtener una nueva cobertura de seguro de salud individual cada año si quiero inscribirme en mi HRA de cobertura individual cada año?**

Sí. La cobertura de seguro de salud individual generalmente se vende por un período de 12 meses que es el mismo que el año calendario y finaliza el 31 de diciembre. Nuestro año de plan HRA comienza el 1 de febrero de 2026.

Si está inscrito en Medicare, su cobertura de Medicare generalmente permanecerá vigente año tras año.

**¿Necesito demostrar mi inscripción en la cobertura de seguro de salud individual o Medicare según la HRA de cobertura individual?**

Sí. Debe demostrar que estará inscrito en la cobertura de seguro de salud individual o Medicare durante el período en que estará cubierto por la HRA.

Además, cada vez que solicite el reembolso de un gasto de atención médica de la HRA, debe justificar que tiene cobertura de seguro médico individual o Medicare para el mes durante el cual se incurrió en el gasto.

**Si elige participar en este programa, su empleador le proporcionará el documento que debe presentar mensualmente. Comuníquese con Theresa Combs por teléfono al 210-471-0614 o por correo electrónico a [thresa@tristarrtalent.com](mailto:thresa@tristarrtalent.com)**

**¿Qué sucede si ya no estoy inscrito en la cobertura de seguro médico individual o Medicare?** Si ya no está inscrito en la cobertura de seguro de salud individual o Medicare, la HRA no le reembolsará los gastos de atención médica en los que se incurrió durante un mes en el que no tenía cobertura de seguro de salud individual o Medicare. Esto significa que **no puede solicitar el reembolso de los gastos de atención médica incurridos cuando no tenía cobertura de seguro médico individual o Medicare.**

**Nota:** Debe informar a la HRA si su cobertura de seguro médico individual o Medicare se ha cancelado retroactivamente y la fecha de vigencia de la terminación.

## III. Información sobre el crédito tributario de prima

**¿Qué es el crédito fiscal de prima?** El crédito tributario de prima es un crédito fiscal que ayuda a las personas elegibles y sus familias a pagar sus primas por la cobertura de seguro médico comprada a través del Intercambio. El crédito fiscal de prima no está disponible para la cobertura de seguro médico comprada fuera del Intercambio. Los factores que afectan la elegibilidad para el crédito tributario de prima incluyen la inscripción en la cobertura del Intercambio, la elegibilidad para otros tipos de cobertura y los ingresos del hogar.

Cuando se inscribe en la cobertura de seguro médico a través del Intercambio, el Intercambio le preguntará sobre cualquier cobertura que le ofrezca su empleador, incluso a través de una HRA. Su capacidad para reclamar el crédito tributario de prima puede verse limitada si su empleador le ofrece cobertura, incluida una HRA.

El Intercambio también determinará si usted es elegible para pagos anticipados del crédito tributario de prima, que son montos pagados directamente a su compañía de seguros para reducir el costo de sus primas. Para obtener más información sobre el crédito tributario de prima, incluidos los pagos por adelantado del crédito tributario de prima y los requisitos de elegibilidad del crédito tributario de prima, consulte [irs.gov/aca](http://irs.gov/aca).

**Si acepto la HRA de cobertura individual, ¿puedo reclamar el crédito tributario de prima por mi cobertura de Intercambio?**

**No. No puede reclamar el crédito tributario de prima por su cobertura de Exchange por ningún mes en que esté cubierto por la HRA.** Además, no puede reclamar el crédito tributario de prima por la cobertura de intercambio de ningún miembro de la familia durante ningún mes en que estén cubiertos por la HRA.

**Si opto por no participar en la HRA de cobertura individual, ¿puedo reclamar el crédito tributario de prima por mi cobertura de Intercambio?**

Hay circunstancias en las que puede optar por no participar en la ICHRA. Comuníquese con su empleador para obtener más detalles.

Si usted es un ex empleado, la oferta de una HRA no le impedirá reclamar el crédito tributario de prima (si es elegible para él), independientemente de si la HRA se considera asequible y siempre que no acepte la HRA.

**¿Cómo sé si la HRA de cobertura individual que me han ofrecido se considera asequible?**

El sitio web del Intercambio proporcionará información sobre cómo determinar la asequibilidad de su HRA de cobertura individual. Para encontrar el Intercambio de su estado, visite: <https://www.healthcare.gov/marketplace-in-your-state/>.

**¿Necesito proporcionar alguna de la información de este aviso a la Bolsa?**

**Sí. Asegúrese de tener este aviso con usted cuando solicite cobertura en el Intercambio.**

Si está solicitando pagos por adelantado del crédito tributario de prima, deberá proporcionar información de la respuesta a "¿Cuáles son los términos básicos de la HRA de cobertura individual que ofrece mi empleador?" en la página 1, punto (1). También deberá informar al Intercambio si es un empleado actual o un ex empleado.

**Si estoy inscrito en Medicare, ¿soy elegible para el crédito tributario de prima?**

**No.** Si tiene Medicare, no es elegible para el crédito tributario de prima para ningún Intercambio cobertura que pueda tener.

## **IV. Otra información que debe saber**

**¿Con quién puedo comunicarme si tengo preguntas sobre la HRA de cobertura individual?**

**Si necesita más información, comuníquese con Theresa Combs por teléfono al 210-471-0614 o por correo electrónico a [theresa@tristarrtalent.com](mailto:theresa@tristarrtalent.com) También puede obtener información adicional enviando sus preguntas por correo electrónico a [salesteam@firststaffbenefits.com](mailto:salesteam@firststaffbenefits.com).**

Para uso de una HRA sujeta a ERISA que cumpla con el puerto seguro establecido en 29 CFR 2510.31 (l):

**¿La cobertura de seguro de salud individual que pago con mi HRA de cobertura individual está sujeta a ERISA?**

La cobertura de seguro de salud individual que se paga con montos de su HRA de cobertura individual, si corresponde, no está sujeta a las reglas y protecciones al consumidor de la Ley de Seguridad de Ingresos de Jubilación de los Empleados (ERISA). Debe comunicarse con el departamento de seguros de su estado para obtener más información sobre sus derechos y responsabilidades si compra una cobertura de seguro de salud individual.

# Formulario de C3Rx



Marca   Formulario   Dosificación	Marca   Formulario   Dosificación
ACARBOSE TAB 100 MG	TAPÓN DE AMANTADINA HCL 100 MG
ACARBOSE TAB 25 MG	AMANTADINA HCL SOLN 50 MG/5ML
ACARBOSE TAB 50 MG	AMANTADINA HCL TAB 100 MG
TAPÓN DE ACEBUTOLOL HCL 200 MG	AMILORIDE HCL TAB 5 MG
TAPÓN DE ACEBUTOLOL HCL 400 MG	ACIODARONA HCL TAB 100 MG
ACETAMINOFÉN CON CODEÍNA TAB 300-15 MG	AMIODARONA HCL TAB 200 MG
ACETAMINOFÉN CON CODEÍNA TAB 300-30 MG	AMIODARONA HCL TAB 400 MG
ACETAMINOFÉN CON CODEÍNA TAB 300-60 MG	AMITRIPTILINA HCL TAB 10 MG
ACETAZOLAMIDA CAP ER 12HR 500 MG	AMITRIPTILINA HCL TAB 100 MG
ACETAZOLAMIDA EN COMPRIMIDOS 125 MG	AMITRIPTILINA HCL TAB 150 MG
ACETAZOLAMIDA EN COMPRIMIDOS 250 MG	AMITRIPTILINA HCL TAB 25 MG
IRRIGACIÓN CON ÁCIDO ACÉTICO SOLN 0,25%	AMITRIPTILINA HCL TAB 50 MG
ÁCIDO ACÉTICO SOLN ÓTICO 2%	AMITRIPTILINA HCL TAB 75 MG
ACETILCISTÉINA INHAL SOLN 20%	BESILATO DE AMLODIPINO TABLETA 10 MG (EQUIVALENTE A BASE)
ACITRETINA CAP 10 MG	BESILATO DE AMLODIPINO EN TABLETA 2,5 MG (EQUIVALENTE EN BASE)
ACITRETINA CAP 25 MG	BESILATO DE AMLODIPINO EN TABLETA 5 MG (EQUIVALENTE A BASE)
CAPA ACICLOVIR 200 MG	BESILATO-ATORVASTATINA CALCIO TABLETA 10-20 MG
CREMA DE ACICLOVIR 5%	AMLODIPINO BESILATO-ATORVASTATINA CALCIO TAB 5-10 MG
ACICLOVIR 5%	AMLODIPINO BESILATO-ATORVASTATINA CALCIO TAB 5-20 MG
ACICLOVIR SUSP 200 MG/5ML	BESILATO DE AMLODIPINA-BENAZEPRIL HCL CAP 10-20 MG
ACICLOVIR TAB 400 MG	BESILATO DE AMLODIPINA-BENAZEPRIL HCL CAP 10-40 MG
ACICLOVIR TAB 800 MG	BESILATO DE AMLODIPINA-BENAZEPRIL HCL CAP 5-10 MG
CREMA DE ADAPALENO 0,1%	BESILATO DE AMLODIPINA-BENAZEPRIL HCL CAP 5-20 MG
GEL DE ADAPALENO 0,3%	BESILATO DE AMLODIPINA-BENAZEPRIL HCL CAP 5-40 MG
GEL DE PERÓXIDO DE ADAPALENO-BENZOILO 0,1-2,5%	BESILATO DE AMLODIPINA-OLMESARTÁN MEDOXOMIL TAB 10-20 MG
GEL DE PERÓXIDO DE ADAPALENO-BENZOILO 0,3-2,5%	BESILATO DE AMLODIPINA-OLMESARTÁN MEDOXOMIL TAB 10-40 MG
ALBENDAZOL TAB 200 MG	BESILATO DE AMLODIPINA-OLMESARTÁN MEDOXOMIL TAB 5-20 MG
SULFATO DE ALBUTEROL INHAL AERO 108 MCG/ACT (90MCG BASE EQUIV)	BESILATO DE AMLODIPINA-OLMESARTÁN MEDOXOMIL TAB 5-40 MG
SULFATO DE ALBUTEROL SOLN NEBU 0,083% (2,5 MG/3ML)	BESILATO DE AMLODIPINA-VALSARTÁN TAB 10-160 MG
SULFATO DE ALBUTEROL SOLN NEBU 0,5% (5 MG/ML)	BESILATO DE AMLODIPINA-VALSARTÁN TAB 10-320 MG
SULFATO DE ALBUTEROL SOLN NEBU 0,63 MG/3ML (BASE EQUIV)	BESILATO DE AMLODIPINA-VALSARTÁN TAB 5-160 MG
SULFATO DE ALBUTEROL SOLN NEBU 1,25 MG/3ML (BASE EQUIV)	BESILATO DE AMLODIPINA-VALSARTÁN TAB 5-320 MG
JARABE DE SULFATO DE ALBUTEROL 2 MG/5ML	TAPÓN DE AMOXICILINA (TRIHIDRATO) 250 MG
CREMA DE DIPROPIONATO DE ALCLOMETASONA 0,05%	TAPÓN DE AMOXICILINA (TRIHIDRATO) 500 MG
UNGÜENTO DE DIPROPIONATO DE ALCLOMETASONA AL 0,05%	AMOXICILINA (TRIHIDRATO) PARA SUSP 125 MG/5ML
ALENDRONATO SÓDICO TAB 10 MG	AMOXICILINA (TRIHIDRATO) PARA SUSP 200 MG/5ML
ALENDRONATO SÓDICO TAB 35 MG	AMOXICILINA (TRIHIDRATO) PARA SUSP 250 MG/5ML
ALENDRONATO SÓDICO TAB 70 MG	AMOXICILINA (TRIHIDRATO) PARA SUSP 400 MG/5ML
ALFUZOSINA HCL TAB ER 24HR 10 MG	AMOXICILINA (TRIHIDRATO) TABLETA 500 MG
FUMARATO DE ALISKIREN TAB 150 MG (EQUIVALENTE A BASE)	AMOXICILINA (TRIHIDRATO) TABLETA 875 MG
FUMARATO DE ALISKIREN TAB 300 MG (EQUIVALENTE A BASE)	AMOXICILINA Y CLAVULANATO K PARA SUSP 200-28.5 MG/5ML
ALOPURINOL TAB 100 MG	AMOXICILINA Y CLAVULANATO K PARA SUSP 250-62.5 MG/5ML
ALOPURINOL TAB 300 MG	AMOXICILINA Y CLAVULANATO K PARA SUSP 400-57 MG/5ML
ALOSETRON HCL TAB 0,5 MG (BASE EQUIV)	AMOXICILINA Y CLAVULANATO K PARA SUSP 600-42.9 MG/5ML
ALPRAZOLAM DESINTEGRADOR ORAL TABLETA 0,25 MG	AMOXICILINA Y CLAVULANATO K TAB 250-125 MG
ALPRAZOLAM DESINTEGRADOR ORAL TABLETA 0,5 MG	PESTAÑA DE AMOXICILINA Y CLAVULANATO K 500-125 MG
ALPRAZOLAM DESINTEGRACIÓN ORAL TABLETA 1 MG	AMOXICILINA & K CLAVULANATO TAB 875-125 MG
ALPRAZOLAM DESINTEGRADOR ORAL TABLETA 2 MG	SULFATO DE ANFETAMINA TAB 10 MG
ALPRAZOLAM TAB 0,25 MG	TAPÓN DE 3 PERLAS DE ANFETAMINA-DEXTROANFETAMINA ER 24HR 37,5 MG
TABLETA DE ALPRAZOLAM 0,5 MG	TAPÓN DE ANFETAMINA-DEXTROANFETAMINA DE 3 PERLAS ER 24HR 50 MG
ALPRAZOLAM TAB 1 MG	TAPE DE ANFETAMINA-DEXTROANFETAMINA ER 24HR 10 MG
ALPRAZOLAM TAB 2 MG	TAPE DE ANFETAMINA-DEXTROANFETAMINA ER 24HR 15 MG
Alprazolam Tableta De 24Hr 0.5mg	TAPE DE ANFETAMINA-DEXTROANFETAMINA ER 24HR 20 MG
Alprazolam Tab Its 24hr 1mg	TAPE DE ANFETAMINA-DEXTROANFETAMINA ER 24HR 25 MG
Tableta de alprazolam de 24 horas 2 mg	TAPE DE ANFETAMINA-DEXTROANFETAMINA ER 24HR 30 MG

# Formulario de C3Rx



Marca   Formulario   Dosificación	Marca   Formulario   Dosificación
TAPEA DE ANFETAMINA-DEXTROANFETAMINA ER 24HR 5 MG	AZELASTINA HCL OPHTH SOLN 0,05%
ANFETAMINA-DEXTROANFETAMINA TAB 10 MG	AZELASTINE HCL-FLUTICASONA PROP SPRAY NASAL 137-50 MCG/ACT
ANFETAMINA-DEXTROANFETAMINA TAB 12,5 MG	AZITROMICINA PARA SUSP 100 MG/5ML
ANFETAMINA-DEXTROANFETAMINA TABLETA 15 MG	AZITROMICINA PARA SUSP 200 MG/5ML
ANFETAMINA-DEXTROANFETAMINA TAB 20 MG	PAQUETE DE AZITROMICINA POWD PARA SUSP 1 GM
ANFETAMINA-DEXTROANFETAMINA TAB 30 MG	AZITROMICINA EN COMPRIMIDOS 250 MG
ANFETAMINA-DEXTROANFETAMINA TAB 5 MG	AZITROMICINA TAB 500 MG
ANFETAMINA-DEXTROANFETAMINA TABLETA 7,5 MG	AZITROMICINA TAB 600 MG
AMPICILLIN CAP 500 MG	B-COMPLEX CON C Y TAPA DE ÁCIDO FÓLICO 1 MG
TABLETA DE ANASTRAZOL 1 MG	B-COMPLEX CON C Y ÁCIDO FÓLICO TAB 5 MG
CÁPSULA APREPITANT 40 MG	BACITRACINA-POLIMIXINA B OFTH OINT
CÁPSULA APREPITANT 80 MG	BACITRACINA-POLIMIXINA-NEOMICINA-HC OFTH OINT 1%
PAQUETE DE TERAPIA DE CÁPSULAS APREPITANT 80 Y 125 MG	BACLOFENO TAB 10 MG
TARTRATO DE ARFORMOTEROL SOLN NEBU 15 MCG/2ML (BASE EQUIV)	BACLOFENO TAB 20 MG
ARIPIPRAZOL SOLUCIÓN ORAL 1 MG/ML	BACLOFENO TAB 5 MG
ARIPIPRAZOL EN COMPRIMIDOS 10 MG	BALSALAZIDA DISÓDICA CAP 750 MG
ARIPIPRAZOL TAB 15 MG	BENAZEPRIL & HYDROCHLOROTHIAZIDE TAB 10-12.5 MG
ARIPIPRAZOL EN COMPRIMIDO 2 MG	BENAZEPRIL & HYDROCHLOROTHIAZIDE TAB 20-12.5 MG
ARIPIPRAZOL EN COMPRIMIDO 20 MG	BENAZEPRIL & HYDROCHLOROTHIAZIDE TAB 20-25 MG
TABLETA DE ARIPIPRAZOL 30 MG	BENAZEPRIL HCL TAB 10 MG
TABLETA DE ARIPIPRAZOL 5 MG	BENAZEPRIL HCL TAB 20 MG
ARMODAFINIL TAB 150 MG	BENAZEPRIL HCL TAB 40 MG
ARMODAFINIL TAB 200 MG	BENAZEPRIL HCL TAB 5 MG
ARMODAFINIL TAB 250 MG	TAPA DE BENZONATATO 150 MG
MALEATO DE ASENAFINA SL TAB 10 MG (BASE EQUIV)	TAPA DE BENZONATATO 200 MG
MALEATO DE ASENAFINA SL TAB 5 MG (BASE EQUIV)	PERÓXIDO DE BENZOILO-ERITROMICINA GEL 5-3%
ASPIRINA 81 81 MG MASTICAR	MESILATO DE BENZTROPINA TAB 0,5 MG
ASPIRINA EN COMPRIMIDOS 325 MG	MESILATO DE BENZTROPINA TAB 1 MG
ASPIRINA TAB LIBERACIÓN RETARDADA 325 MG	MESILATO DE BENZTROPINA TAB 2 MG
ASPIRINA TAB LIBERACIÓN RETARDADA 81 MG	BEPOTASTINA BESILATO OPHTH SOLN 1.5%
ASPIRINA-DIPRIDAMOL CAP ER 12HR 25-200 MG	CREMA AUMENTADA DE DIPROPIONATO DE BETAMETASONA 0,05%
TABLETA DE ATENOLOL Y CLORTALIDONA 100-25 MG	LOCIÓN AUMENTADA DE DIPROPIONATO DE BETAMETASONA 0,05%
PESTAÑA DE ATENOLOL Y CLORTALIDONA 50-25 MG	UNGÜENTO AUMENTADO DE DIPROPIONATO DE BETAMETASONA AL 0,05%
ATENOLOL TAB 100 MG	CREMA DE DIPROPIONATO DE BETAMETASONA 0,05%
ATENOLOL TAB 25 MG	LOCIÓN DE DIPROPIONATO DE BETAMETASONA 0,05%
ATENOLOL TAB 50 MG	UNGÜENTO DE DIPROPIONATO DE BETAMETASONA AL 0,05%
ATOMOXETINA HCL CAP 10 MG (BASE EQUIV)	CREMA DE VALERATO DE BETAMETASONA 0,1% (BASE EQUIVALENTE)
ATOMOXETINA HCL CAP 100 MG (BASE EQUIV)	LOCIÓN DE VALERATO DE BETAMETASONA AL 0,1% (BASE EQUIVALENTE)
ATOMOXETINA HCL CAP 18 MG (BASE EQUIV)	POMADA DE VALERATO DE BETAMETASONA AL 0,1% (BASE EQUIVALENTE)
ATOMOXETINA HCL CAP 25 MG (BASE EQUIV)	BETANECOL CLORURO TAB 10 MG
ATOMOXETINA HCL CAP 40 MG (BASE EQUIV)	BETANECOL CLORURO TAB 25 MG
ATOMOXETINA HCL CAP 60 MG (BASE EQUIV)	BETANECOL CLORURO TAB 50 MG
ATOMOXETINA HCL CAP 80 MG (BASE EQUIV)	BIMATOPROST OPHTH SOLN 0,03%
Atorvastatina Calcio Tab 10 MG (Equivalente Base)	BISOPROLOL & HYDROCHLOROTHIAZIDE TAB 10-6.25 MG
Atorvastatina Calcio Tab 20 MG (Equivalente Base)	BISOPROLOL & HIDROCLOROTIAZIDA TAB 2.5-6.25 MG
Atorvastatina Calcio Tab 40 MG (Equivalente Base)	BISOPROLOL & HIDROCLOROTIAZIDA TAB 5-6.25 MG
Atorvastatina Calcio Tab 80 MG (Equivalente Base)	FUMARATO DE BISOPROLOL TAB 10 MG
SUSPENSO DE ATOVACUONA 750 MG/5ML	FUMARATO DE BISOPROLOL TAB 5 MG
ATOVACUONA-PROGUANIL HCL TAB 250-100 MG	TARTRATO DE BRIMONIDINA OPHTH SOLN 0,1%
ATOVACUONA-PROGUANIL HCL TAB 62,5-25 MG	TARTRATO DE BRIMONIDINA OPHTH SOLN 0,15%
SULFATO DE ATROPIN A OPHTH SOLN 1%	TARTRATO DE BRIMONIDINA OPHTH SOLN 0,2%
AZATIOPRINA EN TABLETA 50 MG	TARTRATO-TIMOLOL DE BRIMONIDINA MALEATO DE OFFTO SOLN 0,2-0,5%
GEL DE ÁCIDO AZELAICO 15%	BRINZOLAMIDA OPHTH SUSP 1%
AZELASTINA HCL SPRAY NASAL 0,1% (137 MCG/SPRAY)	BROMFENACO SÓDICO SOLN 0,09% (BASE EQUIV) (UNA VEZ AL DÍA)
AZELASTINA HCL SPRAY NASAL 0,15% (205,5 MCG/SPRAY)	MESILATO DE BROMOCRIPTINA TAB 2,5 MG (EQUIVALENTE A BASE)

# Formulario de C3Rx



Marca   Formulario   Dosificación	Marca   Formulario   Dosificación
BUDESONIDA LIBERACIÓN RETARDADA PARTÍCULAS CAP 3 MG	CALCIO CIT-VIT D TAB 200 MG-6.25 MCG(250 UNIDAD) (ELEM CA)
BUDESONIDA INHALACIÓN SUSP 0,25 MG/2ML	CALCIO CIT-VIT D TAB 315 MG-6.25 MCG(250 UNIDADES) (ELEM CA)
SUSP INHALACIÓN DE BUDESONIDA 0,5 MG/2ML	CITRATO DE CALCIO-VITAMINA D TAB 315 MG-250 UNIDAD (ELEMENTAL CA)
SUSP INHALACIÓN DE BUDESONIDA 1 MG/2ML	CANDESARTÁN CILEXETIL TAB 16 MG
TABLETA DE BUMETANIDA 0,5 MG	CANDESARTÁN CILEXETIL TAB 32 MG
TABLETA DE BUMETANIDA 1 MG	CANDESARTÁN CILEXETIL TAB 4 MG
TABLETA DE BUMETANIDA 2 MG	CANDESARTÁN CILEXETIL TAB 8 MG
BUPRENORFINA HCL SL TAB 2 MG (BASE EQUIV)	CANDESARTÁN CILEXETIL-HIDROCLOROTIAZIDA TAB 16-12,5 MG
BUPRENORFINA HCL SL TAB 8 MG (BASE EQUIV)	CANDESARTÁN CILEXETIL-HIDROCLOROTIAZIDA TAB 32-12,5 MG
BUPRENORFINA HCL-NALOXONA HCL SL FILM 12-3 MG (BASE EQUIV)	CANDESARTÁN CILEXETIL-HIDROCLOROTIAZIDA TAB 32-25 MG
BUPRENORFINA HCL-NALOXONA HCL SL FILM 2-0,5 MG (BASE EQUIV)	CAPTOPRIL TAB 12,5 MG
PELÍCULA DE BUPRENORFINA HCL-NALOXONA HCL SL 4-1 MG (BASE EQUIV)	CAPTOPRIL TAB 25 MG
PELÍCULA DE BUPRENORFINA HCL-NALOXONA HCL SL 8-2 MG (BASE EQUIV)	CARBAMAZEPINA CAP ER 12HR 100 MG
BUPRENORFINA HCL-NALOXONA HCL SL TAB 2-0,5 MG (BASE EQUIV)	TAPÓN DE CARBAMAZEPINA ER 12HR 200 MG
BUPRENORFINA HCL-NALOXONA HCL SL TAB 8-2 MG (BASE EQUIV)	CARBAMAZEPINA CAP ER 12HR 300 MG
PARCHE DE BUPRENORFINA TD SEMANAL 10 MCG/HR	CARBAMAZEPINA MASTICABLE TABLETA 100 MG
PARCHE SEMANAL DE BUPRENORFINA TD 15 MCG/HR	CARBAMAZEPINA SUSPENSA 100 MG/5ML
PARCHE SEMANAL DE BUPRENORFINA TD 20 MCG/HR	CARBAMAZEPINA TAB 200 MG
BUPROPIÓN HCL (DISUASIVO DE FUMAR) TAB ER 12HR 150 MG	CARBAMAZEPINA TAB ER 12HR 100 MG
TABLETA DE BUPROPIÓN HCL 100 MG	CARBAMAZEPINA TAB ER 12HR 200 MG
BUPROPIÓN HCL TAB 75 MG	CARBAMAZEPINA TAB ER 12HR 400 MG
Bupropión HCL Tableta de 12Har 100mg	CARBIDOPA & LEVODOPA TAB 10-100 MG
Bupropión HCL Tableta de 12Har 150mg	CARBIDOPA & LEVODOPA TAB 25-100 MG
Bupropión HCL Tableta de 12har 200mg	CARBIDOPA & LEVODOPA TAB 25-250 MG
Bupropión HCL Tableta de 24 horas 150 mg	CARBIDOPA & LEVODOPA TAB ER 25-100 MG
Bupropión HCL Tableta de 24hr 300mg	CARBIDOPA & LEVODOPA TAB ER 50-200 MG
BUSPIRONA HCL TAB 10 MG	CARBIDOPA-LEVODOPA-ENTACAPONA TABS 25-100-200 MG
BUSPIRONA HCL TAB 15 MG	CARBIDOPA-LEVODOPA-ENTACAPONA TABS 31,25-125-200 MG
BUSPIRONA HCL TAB 30 MG	CARBIDOPA-LEVODOPA-ENTACAPONA TABS 37,5-150-200 MG
BUSPIRONA HCL TAB 5 MG	CARBOTOXINA MALEATO TAB 4 MG
BUSPIRONA HCL TAB 7,5 MG	CARISOPRODOL TAB 250 MG
BUTALBITAL-ACETAMINOFÉN CAP 50-300 MG	CARISOPRODOL TAB 350 MG
BUTALBITAL-ACETAMINOFÉN TAB 50-300 MG	CARVEDILOL TAB 12,5 MG
BUTALBITAL-ACETAMINOFÉN TAB 50-325 MG	CARVEDILOL TAB 25 MG
BUTALBITAL-ACETAMINOFÉN-CAFF CON TAPA DE BACALAO 50-325-40-30 MG	CARVEDILOL TAB 3,125 MG
BUTALBITAL-ACETAMINOFÉN-CAFEÍNA CAP 50-300-40 MG	CARVEDILOL TAB 6,25 MG
BUTALBITAL-ACETAMINOFÉN-CAFEÍNA CAP 50-325-40 MG	CEFADROXIL JEFE 500 MG
BUTALBITAL-ACETAMINOFÉN-CAFEÍNA TAB 50-325-40 MG	CEFADROXIL PARA SUSP 250 MG/5ML
BUTALBITAL-ASPIRINA-CAFF CON TAPA DE CODEÍNA 50-325-40-30 MG	CEFADROXIL PARA SUSP 500 MG/5ML
BUTALBITAL-ASPIRINA-CAFEÍNA CAP 50-325-40 MG	CEFDINIR CAP 300 MG
TARTRATO DE BUTORFANOL NASAL SOLN 10 MG/ML	CEFDINIR PARA SUSP 125 MG/5ML
TABLETA DE CABERGOLINA 0,5 MG	CEFDINIR PARA SUSP 250 MG/5ML
CREMA DE CALCIPOTRIENO 0,005%	CEFIXIMA PARA SUSP 100 MG/5ML
CALCITONINA (SALMÓN) NASAL SOLN 200 UNIDAD/ACT	CEFPODOXIMA PROXETIL PARA SUSP 100 MG/5ML
CÁPSULA DE CALCITRIOL 0,25 MCG	CEFPODOXIMA PROXETIL TAB 100 MG
CÁPSULA DE CALCITRIOL 0,5 MCG	CEFPODOXIMA PROXETIL TAB 200 MG
CALCITRIOL OINT 3 MCG/GM	CEFPROZIL PARA SUSP 250 MG/5ML
CALCITRIOL ORAL SOLN 1 MCG/ML	CEFPROZIL TAB 500 MG
ACETATO DE CALCIO (AGLUTINANTE DE FOSFATO) TAPÓN 667 MG (169 MG CA)	CEFTRIAXONA SÓDICA PARA INJ 1 G
ACETATO DE CALCIO (QUELANTE DE FOSFATO) TAB 667 MG	CEFTRIAXONA SÓDICA PARA INJ 500 MG
CALCIO CARB-COLECALCIFEROL TAB 600 MG-10 MCG (400 UNIDAD)	CEFUROXIMA AXETIL TAB 500 MG
CALCIO CARB-COLECALCIFEROL TAB 600 MG-20 MCG (800 UNIDAD)	CELECOXIB CAP 100 MG
CARBONATO CÁLCICO-COLECALCIFEROL TAB 500 MG-5 MCG(200 UNIDAD)	CELECOXIB CAP 200 MG
CARBONATO CÁLCICO-COLECALCIFEROL TAB 600 MG-5 MCG(200 UNIDAD)	CELECOXIB CAP 400 MG
CARBONATO CÁLCICO-COLECALCIFEROL TAB 600 MG-800 UNIT	

# Formulario de C3Rx



Marca   Formulario   Dosificación	Marca   Formulario   Dosificación
CELECOXIB CAP 50 MG	CITALOPRAM BROMHIDRATO TABLETA 10 MG (BASE EQUIV)
CÁPSULA DE CEFALEXINA 250 MG	BROMHIDRATO DE CITALOPRAM TAB 20 MG (BASE EQUIV)
CÁPSULA DE CEFALEXINA 500 MG	CITALOPRAM BROMHIDRATO TABLETA 40 MG (BASE EQUIV)
CEFALEXINA PARA SUSP 125 MG/5ML	TABLETA DE CLARITROMICINA 250 MG
CEFALEXINA PARA SUSP 250 MG/5ML	TABLETA DE CLARITROMICINA 500 MG
Cetirizina HCl	LA TABLETA DE CLARITROMICINA ES 24 HORAS 500 MG
CETIRIZINA HCl ORAL SOLN 1 MG/ML (5 MG/5ML)	CLINDAMICINA HCl TAPÓN 150 MG
TAPÓN CEVIMELINE HCl 30 MG	CLINDAMICINA HCl TAPÓN 300 MG
TAPÓN DE CLORDIAZEPÓXIDO HCl 10 MG	CLINDAMICINA HCl TAPÓN 75 MG
TAPÓN DE CLORDIAZEPÓXIDO HCl 25 MG	CLINDAMICINA PALMITATO HCl PARA SOLN 75 MG/5ML (BASE EQUIV)
TAPÓN DE CLORDIAZEPÓXIDO HCl 5 MG	GEL DE PERÓXIDO DE CLINDAMICINA FOSFO-BENZOILO (REFRIG) 1.2 (1)-5%
TAPÓN DE BROMURO DE CLORDIAZEPÓXIDO HCl-CLIDINIUM 5-2,5 MG	GEL DE FOSFATO DE CLINDAMICINA 1%
GLUCONATO DE CLORHEXIDINA SOLN 0,12%	LOCIÓN DE FOSFATO DE CLINDAMICINA 1%
CLOROQUINA FOSFATO TAB 250 MG	FOSFATO DE CLINDAMICINA SOLN 1%
FOSFATO DE CLOROQUINA TAB 500 MG	HISOPO DE FOSFATO DE CLINDAMICINA 1%
CLORPROMAZINA HCl TAB 10 MG	CREMA VAGINAL DE FOSFATO DE CLINDAMICINA 2%
CLORPROMAZINA HCl TAB 200 MG	GEL DE PERÓXIDO DE CLINDAMICINA FOSFATO-BENZOILO 1-5%
CLORPROMAZINA HCl TAB 25 MG	GEL DE PERÓXIDO DE CLINDAMICINA FOSFATO-BENZOILO 1.2-2.5%
CLORPROMAZINA HCl TAB 50 MG	SUSPENSIÓN DE CLOBAZAM 2,5 MG/ML
TABLETA DE CLORTALIDONA 25 MG	CLOBAZAM TAB 10 MG
TABLETA DE CLORTALIDONA 50 MG	CREMA DE PROPIONATO DE CLOBETASOL 0,05%
CLORZOXAZONA TAB 500 MG	CREMA BASE EMOLIENTE DE PROPIONATO DE CLOBETASOL 0,05%
CAPA DE COLECALCIFEROL 10 MCG (400 UNIDAD)	ESPUMA EMULSIÓN DE PROPIONATO DE CLOBETASOL 0,05%
CAPA DE COLECALCIFEROL 25 MCG (1000 UNIDADES)	ESPUMA DE PROPIONATO DE CLOBETASOL 0,05%
CELECALCIFEROL MASTICABLE TABLETA 10 MCG (400 UNIDAD)	GEL DE PROPIONATO DE CLOBETASOL 0,05%
CELECALCIFEROL MASTICABLE TABLETA 25 MCG (1000 UNIDAD)	LOCIÓN DE PROPIONATO DE CLOBETASOL 0,05%
COLECALCIFEROL GOTAS 10 MCG/0,028ML (400 UNIDADES/0,028ML)	POMADA DE PROPIONATO DE CLOBETASOL 0,05%
CELECALCIFEROL LÍQUIDO ORAL 10 MCG/ML (400 UNIDADES/ML)	CHAMPÚ PROPIONATO DE CLOBETASOL 0,05%
COLECALCIFEROL TAB 10 MCG (400 UNIDAD)	PROPIONATO DE CLOBETASOL SOLN 0,05%
COLECALCIFEROL TAB 25 MCG (1000 UNIDAD)	PROPIONATO DE CLOBETASOL SPRAY 0,05%
COLESTIRAMINA POLVO LIGERO 4 GM/DOSIS	TAPÓN DE CLOMIPRAMINA HCl 25 MG
COLESTIRAMINA EN POLVO 4 GM/DOSIS	TAPÓN CLOMIPRAMINA HCl 50 MG
COLESTIRAMINA EN POLVO PAQUETES 4 G	TAPÓN DE CLOMIPRAMINA HCl 75 MG
CÁPSULA DE FENOFIBRATO DE COLINA DR 135 MG (ÁCIDO FENOFÍBRICO EQUIV)	CLONAZEPAM DESINTEGRACIÓN ORAL TAB 0,125 MG
FENOFIBRATO DE COLINA CAP DR 45 MG (ÁCIDO FENOFÍBRICO EQUIV)	CLONAZEPAM DESINTEGRACIÓN ORAL TABLETA 0,25 MG
CICLOPIROX GEL 0,77%	CLONAZEPAM DESINTEGRACIÓN ORAL TABLETA 0,5 MG
CICLOPIROX OLAMINE CREMA 0,77% (EQUIV BASE)	CLONAZEPAM DESINTEGRADOR ORAL TABLETA 1 MG
CICLOPIROX OLAMINE SUSP 0,77% (EQUIV BASE)	CLONAZEPAM DESINTEGRACIÓN ORAL TABLETA 2 MG
CICLOPIROX CHAMPÚ 1%	CLONAZEPAM EN COMPRIMIDOS 0,5 MG
SOLUCIÓN DE CICLOPIROX 8%	CLONAZEPAM TAB 1 MG
CILOSTAZOL TAB 100 MG	CLONAZEPAM TAB 2 MG
CILOSTAZOL TAB 50 MG	CLONIDINA HCl TAB 0,1 MG
CIMETIDINA TABLETA 200 MG	CLONIDINA HCl TAB 0,2 MG
CIMETIDINA TAB 300 MG	CLONIDINA HCl TAB 0,3 MG
CIMETIDINA TAB 400 MG	CLONIDINA HCl TAB ER 12HR 0,1 MG
CIMETIDINA TAB 800 MG	PARCHE DE CLONIDINA TD SEMANAL 0,1 MG/24 HORAS
CINACALCET HCl TAB 30 MG (BASE EQUIV)	CLONIDINA TD PARCHE SEMANAL 0,2 MG/24 HORAS
CINACALCET HCl TAB 60 MG (BASE EQUIV)	CLONIDINA TD PARCHE SEMANAL 0,3 MG/24 HORAS
CIPROFLOXACINA PARA SUSP ORAL 500 MG/5ML (10%) (10 GM/100ML)	CLOPIDOGREL BISULFATO TAB 75 MG (BASE EQUIV)
CIPROFLOXACINA HCl OPHTh SOLN 0,3% (BASE EQUIVALENTE)	CLORAZEPATO DIPOTÁSICO TABLETA 15 MG
CIPROFLOXACINA HCl TAB 250 MG (BASE EQUIV)	CLORAZEPATO DIPOTÁSICO TABLETA 3,75 MG
CIPROFLOXACINA HCl TAB 500 MG (BASE EQUIV)	CLORAZEPATO DIPOTÁSICO TABLETA 7,5 MG
CIPROFLOXACINA HCl TAB 750 MG (BASE EQUIV)	CREMA DE CLOTRIMAZOL 1%
SUSP ÓTICO DE CIPROFLOXACINA-DEXAMETASONA 0,3-0,1%	CLOTRIMAZOL SOLN 1%
BROMHIDRATO DE CITALOPRAM ORAL SOLN 10 MG/5ML	CLOTRIMAZOL TROCHE 10 MG

# Formulario de C3Rx



Marca   Formulario   Dosificación	Marca   Formulario   Dosificación
CREMA DE CLOTRIMAZOL CON BETAMETASONA 1-0.05%	SUCCINATO DE DESVENLAFAXINA TAB ER 24HR 25 MG (BASE EQUIV)
TABLETA DE CLOZAPINA 100 MG	SUCCINATO DE DESVENLAFAXINA TAB ER 24HR 50 MG (BASE EQUIV)
CLOZAPINA TABLETA 200 MG	Elixir de dexametasona 0,5 mg/5 ml
CLOZAPINA TABLETA 25 MG	DEXAMETASONA FOSFATO SÓDICO INJ 4 MG/ML
SULFATO DE CODEÍNA TAB 30 MG	Dexametasona Tableta 0,5mg
COLCHICINE CAP 0,6 MG	Dexametasona TAB 0,75mg
TABLETA DE COLCHICINA 0,6 MG	Dexametasona TAB 1mg
COLCHICINA CON PROBENECID TAB 0,5-500 MG	Dexametasona TAB 1,5mg
COLESEVELAM HCL TAB 625 MG	Dexametasona TAB 2mg
COLESTIPOL HCL TAB 1 GM	Dexametasona TAB 4mg
PRESERVATIVOS - FEMENINOS	Dexametasona TAB 6mg
DIU DE COBRE	DEXMETILFENIDATO HCL CAP ER 24 HR 10 MG
COVID-19 MRNA VAC TRIS-PFIZER IM SUSP PREF QUESO 30 MCG/0.3ML	DEXMETILFENIDATO HCL CAP ER 24 HR 15 MG
COVID-19 MRNA VAC TRIS-S 5-11Y-PFIZER IM SUSP 10 MCG/0.3ML	DEXMETILFENIDATO HCL CAP ER 24 HR 20 MG
COVID-19 MRNA VAC TRIS-S 6MO-4Y-PFIZER IM SUSP 3 MCG/0.3ML	DEXMETILFENIDATO HCL CAP ER 24 HR 25 MG
COVID-19 MRNA VAC TRIS-SACAROSA-PFIZER IM SUSP 30 MCG/0.3ML	DEXMETILFENIDATO HCL CAP ER 24 HR 30 MG
CROMOLÍN SÓDICO ORAL CONC 100 MG/5ML	DEXMETILFENIDATO HCL CAP ER 24 HR 5 MG
CIANOCOBALAMINA INJ 1000 MCG/ML	DEXMETILFENIDATO HCL TAB 10 MG
CIANOCOBALAMINA SPRAY NASAL 500 MCG/0,1ML	DEXMETILFENIDATO HCL TAB 2,5 MG
CIANOCOBALAMINA-METILCOBALAMINA SL TAB 600-600 MCG	DEXMETILFENIDATO HCL TAB 5 MG
CICLOBENZAPRINA HCL CAP ER 24HR 15 MG	SULFATO DE DEXTROANFETAMINA CAP ER 24HR 10 MG
CICLOBENZAPRINA HCL TAB 10 MG	TAPÓN DE SULFATO DE DEXTROANFETAMINA ER 24HR 15 MG
CICLOBENZAPRINA HCL TAB 5 MG	SULFATO DE DEXTROANFETAMINA TABLETA 10 MG
CICLOBENZAPRINA HCL TAB 7,5 MG	SULFATO DE DEXTROANFETAMINA TABLETA 20 MG
CICLOPENTOLATO HCL OPHTH SOLN 1%	SULFATO DE DEXTROANFETAMINA TAB 30 MG
CICLOPENTOLATO HCL OPHTH SOLN 2%	SULFATO DE DEXTROANFETAMINA TAB 5 MG
EMULSIÓN DE CICLOSPORINA (OPHTH) 0,05%	DIAPRAGMA ARCO-RESORTE
CÁPSULA MODIFICADA CON CICLOSPORINA 100 MG	DIAZEPAM ORAL SOLN 1 MG/ML
TAPÓN MODIFICADO CON CICLOSPORINA 25 MG	DIAZEPAM TAB 10 MG
TAPÓN MODIFICADO CON CICLOSPORINA 50 MG	DIAZEPAM TAB 2 MG
JARABE DE CIPROHEPTADINA HCL 2 MG/5ML	DIAZEPAM TAB 5 MG
CIPROHEPTADINA HCL TAB 4 MG	SUSPENSO DE DIAZÓXIDO 50 MG/ML
MESILATO DE ETEXILATO DE DABIGATRÁN CAP 150 MG (ETEXILATO BASE EQ)	DICLOFENACO POTASIO TABLETA 50 MG
MESILATO DE ETEXILATO DE DABIGATRÁN CAP 75 MG (ETEXILATE BASE EQ)	DICLOFENACO SÓDICO (QUERATOSIS ACTÍNICAS) GEL 3%
TAPÓN DE DANTROLENO SÓDICO 25 MG	DICLOFENACO SÓDICO GEL 1% (1,16% DIETILAMINA EQUIV)
TAPÓN DE SODIO DANTROLENO 50 MG	DICLOFENACO SÓDICO OFTH SOLN 0,1%
DAPSONA GEL 5%	DICLOFENACO SÓDICO SOLN 1,5%
GEL DE DAPSONA 7,5%	DICLOFENACO SÓDICO TAB LIBERACIÓN RETARDADA 25 MG
BROMHIDRATO DE DARIFENACINA TAB ER 24HR 7,5 MG (BASE EQUIV)	DICLOFENACO SÓDICO TAB LIBERACIÓN RETARDADA 50 MG
DARUNAVIR TAB 600 MG	DICLOFENACO SÓDICO TAB LIBERACIÓN RETARDADA 75 MG
DESIPRAMINA HCL TAB 10 MG	DICLOFENACO SÓDICO TAB ER 24HR 100 MG
DESIPRAMINA HCL TAB 50 MG	DICLOXACILINA SÓDICA TAPÓN 250 MG
SPRAY NASAL DE ACETATO DE DESMOPRESINA SOLN 0,01%	DICLOXACILINA SÓDICA TAPÓN 500 MG
ACETATO DE DESMOPRESINA TAB 0,1 MG	TAPÓN DE DICICLOMINA HCL 10 MG
ACETATO DE DESMOPRESINA TAB 0,2 MG	DICICLOMINA HCL TAB 20 MG
DESOGEST-ETH ESTRAD & ETH ESTRAD TAB 0.15-0.02/0.01 MG(21/5)	UNGÜENTO DE DIACETATO DE DIFLORASONA 0,05%
LA ETINA DESOGEST ES TAB 0.1-0.025 / 0.125-0.025 / 0.15-0.025MG-MG	EMULSIÓN DE DIFLUPREDNATO OPHTH 0,05%
DESOGESTREL & ETHINYL ESTRADIOL TAB 0.15 MG-30 MCG	TABLETA DE DIGOXINA 125 MCG (0,125 MG)
CREMA DE DESONIDA 0,05%	TABLETA DE DIGOXINA 250 MCG (0,25 MG)
GEL DE DESONIDA 0,05%	DILTIAZEM HCL CAP ER 12HR 120 MG
LOCIÓN DE DESONIDA 0,05%	DILTIAZEM HCL CAP ER 12HR 60 MG
DESONIDE OINT 0,05%	DILTIAZEM HCL CAP ER 12HR 90 MG
CREMA DE DESOXIMETASONA 0,25%	DILTIAZEM HCL CAP ER 24HR 120 MG
DESOXIMETASONA OINT 0,25%	DILTIAZEM HCL CAP ER 24HR 180 MG
SUCCINATO DE DESVENLAFAXINA TAB ER 24HR 100 MG (BASE EQUIV)	DILTIAZEM HCL CAP ER 24HR 240 MG

# Formulario de C3Rx



Marca   Formulario   Dosificación	Marca   Formulario   Dosificación
PERLAS RECUBIERTAS DE HCL DILTIAZEM CAP ER 24HR 120 MG	DOXICICLINA MONOHIDRATO TABLETA 100 MG
PERLAS RECUBIERTAS DE HCL DILTIAZEM CAP ER 24HR 180 MG	TABLETA DE DOXICICLINA MONOHIDRATO 150 MG
PERLAS RECUBIERTAS DE HCL DILTIAZEM CAP ER 24HR 240 MG	DOXICICLINA MONOHIDRATO TABLETA 50 MG
TAPAS DE PERLAS RECUBIERTAS DE HCL DILTIAZEM 24HR 300 MG	DOXICICLINA MONOHIDRATO TABLETA 75 MG
PERLAS RECUBIERTAS DE HCL DILTIAZEM CAP ER 24HR 360 MG	TABLETA DE DOXILAMINA-PIRIDOXINA DE LIBERACIÓN RETARDADA 10-10 MG
DILTIAZEM HCL PERLAS DE LIBERACIÓN EXTENDIDA CAP ER 24HR 120 MG	DRONABINOL JEFÉ 5 MG
DILTIAZEM HCL TAB 30 MG	TABLETA DE DROSPIRENONA-ETINILESTRADIOL 3-0.02 MG
DILTIAZEM HCL TAB 60 MG	TABLETA DE DROSPIRENONA-ETINILESTRADIOL 3-0.03 MG
DILTIAZEM HCL TAB 90 MG	DULOXETINA HCL PELLETS CON RECUBRIMIENTO ENTÉRICO CAP 20 MG (BASE EQ)
DILTIAZEM HCL TAB ER 24HR 180 MG	DULOXETINA HCL CÁPSULA DE PELLETS CON RECUBRIMIENTO ENTÉRICO 30 MG (BASE EQ)
DILTIAZEM HCL TAB ER 24HR 240 MG	DULOXETINA HCL PELLETS CON RECUBRIMIENTO ENTÉRICO CAP 40 MG (BASE EQ)
DILTIAZEM HCL TAB ER 24HR 360 MG	DULOXETINA HCL RECUBRIMIENTO ENTÉRICO PELLETS CAP 60 MG (BASE EQ)
DIFENHIDRAMINA HCL Elixir 12,5 MG/5ML	DUTASTERIDA CAP 0,5 MG
DIFENOXILATO CON TABLETA DE ATROPINA 2.5-0.025 MG	TAPÓN DE DUTASTERIDA-TAMSULOSINA HCL 0,5-0,4 MG
DIPIRIDAMOL TAB 75 MG	CREMA DE NITRATO DE ECONAZOL 1%
TAPÓN FOSFATO DISOPIRAMIDA 100 MG	BROMHIDRATO DE ELETRÍPTÁN EN TABLETA 20 MG (EQUIVALENTE A LA BASE)
DISULFIRAM TAB 250 MG	BROMHIDRATO DE ELETRÍPTÁN EN TABLETA 40 MG (EQUIVALENTE A BASE)
DISULFIRAM TAB 500 MG	FUMARATO DE EMTRICITABINA-TENOFOVIR DISOPROXIL TAB 200-300 MG
DIVALPROEX TAPA DE SODIO LIBERACIÓN RETARDADA ESPOLVOREAR 125 MG	MALEATO DE ENALAPRIL E HIDROCLOROTIAZIDA TAB 10-25 MG
DIVALPROEX SÓDICO TAB LIBERACIÓN RETARDADA 125 MG	MALEATO DE ENALAPRIL E HIDROCLOROTIAZIDA TAB 5-12.5 MG
DIVALPROEX SÓDICO TAB LIBERACIÓN RETARDADA 250 MG	MALEATO DE ENALAPRIL TAB 10 MG
DIVALPROEX SÓDICO TAB LIBERACIÓN RETARDADA 500 MG	MALEATO DE ENALAPRIL TAB 2,5 MG
DIVALPROEX SÓDICO TAB ER 24 HR 250 MG	MALEATO DE ENALAPRIL TAB 20 MG
DIVALPROEX SÓDICO TAB ER 24 HR 500 MG	MALEATO DE ENALAPRIL TAB 5 MG
DOFETILIDA CAP 125 MCG (0,125 MG)	ENOXAPARINA SÓDICA INJ SOLN PREF SYR 100 MG/ML
DOFETILIDA CAP 500 MCG (0,5 MG)	ENOXAPARINA SÓDICA INJ SOLN PREF SYR 120 MG/0,8ML
DONEPEZIL HIDROCLORURO DESINTEGRADOR ORAL TAB 5 MG	ENOXAPARINA SÓDICA INJ SOLN PREF SYR 150 MG/ML
CLORHIDRATO DE DONEPEZILO TAB 10 MG	ENOXAPARINA SÓDICA INJ SOLN PREF SYR 30 MG/0,3ML
CLORHIDRATO DE DONEPEZILO TAB 23 MG	ENOXAPARINA SÓDICA INJ SOLN PREF SYR 40 MG/0,4ML
CLORHIDRATO DE DONEPEZILO TABLETA 5 MG	ENOXAPARINA SÓDICA INJ SOLN PREF SYR 60 MG/0,6ML
DORZOLAMIDA HCL OPHTH SOLN 2%	ENOXAPARINA SÓDICA INJ SOLN PREF SYR 80 MG/0,8ML
DORZOLAMIDA HCL-TIMOLOL MALEATO OPHTH SOL 22,3-6,8 MG/ML PF	ENTACAPONA TAB 200 MG
DORZOLAMIDA HCL-TIMOLOL MALEATO DE OFTH SOLN 22,3-6,8 MG/ML	AUTONYECTOR DE SOLUCIÓN DE EPINEFRINA 0,15 MG/0,3ML (1:2000)
MESILATO DE DOXAZOSINA EN TABLETA 1 MG	AUTONYECTOR DE SOLUCIÓN DE EPINEFRINA 0,3 MG/0,3ML (1:1000)
MESILATO DE DOXAZOSINA TAB 2 MG	LENGÜETA DE EPLERENONA 25 MG
MESILATO DE DOXAZOSINA TAB 4 MG	LENGÜETA DE EPLERENONA 50 MG
MESILATO DE DOXAZOSINA TAB 8 MG	ERGOCALCIFEROL CAP 1,25 MG (50000 UNIDAD)
DOXEPINA HCL (SUEÑO) TAB 3 MG (BASE EQUIV)	LENGÜETA DE ERGOTAMINA CON CAFÉINA 1-100 MG
DOXEPINA HCL (SUEÑO) TAB 6 MG (BASE EQUIV)	ERITROMICINA ETILSUCINATO PARA SUSP 200 MG/5ML
TAPÓN DOXEPINA HCL 10 MG	ERITROMICINA GEL 2%
TAPÓN DOXEPINA HCL 100 MG	ENAGUA DE ERITROMICINA Y FFTH 5 MG/GM
TAPÓN DOXEPINA HCL 25 MG	ERITROMICINA SOLN 2%
TAPÓN DOXEPINA HCL 50 MG	ERITROMICINA TAB 250 MG
TAPÓN DOXEPINA HCL 75 MG	ERITROMICINA TAB 500 MG
TAPÓN DE HICLATO DE DOXICICLINA 100 MG	ERITROMICINA TAB LIBERACIÓN RETARDADA 333 MG
TAPÓN DE HICLATO DE DOXICICLINA 50 MG	ESCITALOPRAM OXALATO SOLN 5 MG/5ML (BASE EQUIV)
TOXICILINA HICLATO TAB 100 MG	ESCITALOPRAM OXALATO TABLETA 10 MG (BASE EQUIV)
TOXICILINA HICLATO TAB 150 MG	ESCITALOPRAM OXALATO TABLETA 20 MG (BASE EQUIV)
TOXICILINA HICLATO TABLETA 20 MG	ESCITALOPRAM OXALATO TAB 5 MG (BASE EQUIV)
TOXICILINA HYCLATE TAB 50 MG	ESOMEPRAZOL MAGNESIO CAP LIBERACIÓN RETARDADA 20 MG (BASE EQ)
TOXICILINA HYCLATE TAB LIBERACIÓN RETARDADA 100 MG	CÁPSULA DE MAGNESIO DE ESOMEPRAZOL LIBERACIÓN RETARDADA 40 MG (BASE EQ)
BARRA DE HICLATO DE DOXICICLINA LIBERACIÓN RETARDADA 200 MG	ESTAZOLAM TAB 1 MG
TABLETA DE HICLATO DE DOXICICLINA LIBERACIÓN RETARDADA 50 MG	ESTAZOLAM TAB 2 MG
TAPÓN MONOHIDRATO DOXICICLINA 100 MG	ESTRÓGENOS ESTERIFICADOS Y METILTESTOSTERONA TAB 0.625-1.25 MG
TAPÓN MONOHIDRATO DOXICICLINA 75 MG	ESTRÓGENOS ESTERIFICADOS Y METILTESTOSTERONA TAB 1.25-2.5 MG

# Formulario de C3Rx



Marca   Formulario   Dosificación	Marca   Formulario   Dosificación
ESTRADOL & NORETHINDRONE ACETATO TAB 0.5-0.1 MG	FENOFIBRATO EN TABLETA 160 MG
ESTRADOL & NORETHINDRONE ACETATO TAB 1-0.5 MG	FENOFIBRATO TAB 48 MG
TABLETA DE ESTRADIOL 0,5 MG	FENOFIBRATO TAB 54 MG
ESTRADOL TAB 1 MG	FENOPROFENO CALCIO TAB 600 MG
ESTRADOL TAB 2 MG	PARCHÉ DE FENTANILO TD 72HR 100 MCG/HR
ESTRADOL TD GEL 0,75 MG/0,75GM (0,1%)	PARCHÉ DE FENTANILO TD 72HR 12 MCG/HR
ESTRADOL TD GEL 1 MG/GM (0,1%)	PARCHÉ DE FENTANILO TD 72HR 25 MCG/HR
PARCHE DE ESTRADIOL TD DOS VECES POR SEMANA 0,025 MG/24 HORAS	PARCHÉ DE FENTANILO TD 72HR 37.5 MCG/HR
PARCHE DE ESTRADIOL TD DOS VECES POR SEMANA 0,0375 MG/24 HORAS	PARCHÉ DE FENTANILO TD 72HR 50 MCG/HR
PARCHE DE ESTRADIOL TD DOS VECES POR SEMANA 0,05 MG/24 HORAS	PARCHÉ DE FENTANILO TD 72HR 62.5 MCG/H
PARCHE DE ESTRADIOL TD DOS VECES POR SEMANA 0,075 MG/24 HORAS	PARCHÉ DE FENTANILO TD 72HR 75 MCG/HR
PARCHE DE ESTRADIOL TD DOS VECES POR SEMANA 0,1 MG/24 HORAS	SULFATO FERROSO SOLN 220 MG/5ML (44 MG/5ML ELEMENTAL FE)
PARCHE DE ESTRADIOL TD SEMANAL 0,025 MG/24 HORAS	SULFATO FERROSO SOLN 300 MG/5ML (60 MG/5ML ELEMENTAL FE)
PARCHE DE ESTRADIOL TD SEMANAL 0,0375 MG/24 HORAS (37,5 MCG/24 HORAS)	SULFATO FERROSO SOLN 75 MG/ML (15 MG/ML ELEMENTAL FE)
PARCHE DE ESTRADIOL TD SEMANAL 0,05 MG/24HR	PESTAÑA DE QUINASTERIDA 5 MG
PARCHE DE ESTRADIOL TD SEMANAL 0,06 MG/24 HORAS	FLAVOXATO HCL TAB 100 MG
PARCHE DE ESTRADIOL TD SEMANAL 0,075 MG/24 HORAS	ACETATO DE FLECAINIDA TAB 100 MG
PARCHE DE ESTRADIOL TD SEMANAL 0,1 MG/24 HORAS	ACETATO DE FLECAINIDA TAB 50 MG
ESTRADOL CREMA VAGINAL 0,1 MG/GM	FLUCONAZOL PARA SUSP 10 MG/ML
ESTRADOL VAGINAL TAB 10 MCG	FLUCONAZOL PARA SUSP 40 MG/ML
VALERATO DE ESTRADIOL IM EN ACEITE 20 MG/ML	FLUCONAZOL TAB 100 MG
VALERATO DE ESTRADIOL IM EN ACEITE 40 MG/ML	FLUCONAZOL TAB 150 MG
ESZOPICLONA COMPRIMIDO 1 MG	FLUCONAZOL TAB 200 MG
ESZOPICLONA COMPRIMIDO 2 MG	FLUCONAZOL TAB 50 MG
ESZOPICLONA TAB 3 MG	ACETATO DE FLUDROCORTISONA TAB 0,1 MG
ETAMBUTOL HCL TAB 400 MG	FLUNISOLIDA NASAL SOLN 25 MCG/ACT (0,025%)
ETOSUXIMIDA SOLN 250 MG/5ML	ACEITE DE ACETÓNIDO DE FLUOCINOLONA (ÓTICO) 0,01%
DIACETATO DE ETINODIOL Y ETINILESTRADIOL TAB 1 MG-35 MCG	CREMA DE ACETÓNIDO DE FLUOCINOLONA 0,01%
DIACETATO DE ETINODIOL Y ETINILESTRADIOL TAB 1 MG-50 MCG	CREMA DE ACETÓNIDO DE FLUOCINOLONA 0,025%
ETODOLAC CAP 200 MG	ACEITE DE ACETÓNIDO DE FLUOCINOLONA 0,01% (ACEITE CORPORAL)
ETODOLAC CAP 300 MG	ACEITE DE ACETÓNIDO DE FLUOCINOLONA 0,01% (ACEITE DEL CUERO CABELLUDO)
ETODOLAC TAB 400 MG	UNGÜENTO DE ACETÓNIDO DE FLUOCINOLONA 0,025%
ETODOLAC TAB 500 MG	ACETÓNIDO DE FLUOCINOLONA SOLN 0,01%
ANILLO VA DE ETONOGESTREL-ETINILESTRADIOL 0,120-0,015 MG/24 HORAS	CREMA DE FLUOCINONIDA 0,05%
EXEMESTANO TAB 25 MG	CREMA DE FLUOCINÓNIDA 0,1%
EZETIMIBE TAB 10 MG	CREMA BASE EMULSIONADA FLUOCINONIDA 0,05%
EZETIMIBA-SIMVASTATINA TAB 10-10 MG	GEL FLUOCINONIDA 0,05%
FAMCICLOVIR TAB 125 MG	OINT de FLUOCINONIDA 0,05%
FAMCICLOVIR TAB 250 MG	FLUOCINONIDA SOLN 0,05%
FAMCICLOVIR TAB 500 MG	FLUOROMETOLONA OFTH SUSP 0,1%
FAMOTIDINA PARA SUSP 40 MG/5ML	CREMA DE FLUOROURACILO 5%
FAMOTIDINA COMPRIMIDO 20 MG	TAPÓN DE FLUOXETINA HCL 10 MG
FAMOTIDINA TAB 40 MG	FLAXETINA HCL TAPÓN 20 MG
FE HUMO-IRON POLYSACCH COMPLEJO-FA-B CMPLX-C-ZN-MN-CU CAP	TAPÓN DE FLUOXETINA HCL 40 MG
FE FUMARATE W/ B12-VIT C-FA-IFC JEFE 110-0.015-75-0.5-240 MG	FLUOXETINA HCL SOLUCIÓN 20 MG/5ML
FEBUXOSTAT TAB 40 MG	FLUOXETINA HCL TAB 10 MG
FEBUXOSTAT TAB 80 MG	FLUOXETINA HCL TAB 20 MG
Tableta de Phlodipine de 24 horas 10 mg	FLUOXETINA HCL TAB 60 MG
Tableta de Phlodipine de 24 horas 2,5 mg	FLUFENAZINA HCL TAB 10 MG
Tableta de Phlodipine de 24 horas 5 mg	FLUFENAZINA HCL TAB 5 MG
TAPÓN MICRONIZADO DE FENOFIBRATO 134 MG	LOCIÓN DE FLURANDRENOLIDE 0,05%
TAPÓN MICRONIZADO DE FENOFIBRATO 200 MG	FLURBIPROFENO TAB 100 MG
TAPÓN MICRONIZADO DE FENOFIBRATO 43 MG	CREMA DE PROPIONATO DE FLUTICASONA 0,05%
TAPÓN MICRONIZADO DE FENOFIBRATO 67 MG	SUSP NASAL DE PROPIONATO DE FLUTICASONA 50 MCG/ACT
TABLETA DE FENOFIBRATO 145 MG	POMADA DE PROPIONATO DE FLUTICASONA 0,005%

# Formulario de C3Rx



Marca   Formulario   Dosificación	Marca   Formulario   Dosificación
FLUTICASONA-SALMETEROL AER EN POLVO BA 100-50 MCG/ACT	GUANFACINA HCL TAB ER 24HR 2 MG (BASE EQUIV)
FLUTICASONA-SALMETEROL AER EN POLVO BA 250-50 MCG/ACT	GUANFACINA HCL TAB ER 24HR 3 MG (BASE EQUIV)
FLUTICASONA-SALMETEROL AER EN POLVO BA 500-50 MCG/ACT	GUANFACINA HCL TAB ER 24HR 4 MG (BASE EQUIV)
FLUVASTATINA SÓDICA CAP 40 MG (BASE EQUIVALENTE)	CREMA DE PROPIONATO DE HALOBETASOL 0,05%
MALEATO DE FLUVOXAMINA TABLETA 100 MG	POMADA DE PROPIONATO DE HALOBETASOL 0,05%
MALEATO DE FLUVOXAMINA TABLETA 25 MG	HALOPERIDOL DECANATO IM SOLN 100 MG/ML
MALEATO DE FLUVOXAMINA TAB 50 MG	TABLETA DE HALOPERIDOL 0,5 MG
ÁCIDO FÓLICO TABLETA 1 MG	TABLETA DE HALOPERIDOL 1 MG
ÁCIDO FÓLICO TAB 400 MCG	TABLETA DE HALOPERIDOL 10 MG
ÁCIDO FÓLICO-VITAMINA B6-VITAMINA B12 TAB 2.2-25-0.5 MG	LENGÜETA DE HALOPERIDOL 2 MG
ÁCIDO FÓLICO-VITAMINA B6-VITAMINA B12 TAB 2.2-25-1 MG	PESTAÑA DE HALOPERIDOL 5 MG
ÁCIDO FÓLICO-VITAMINA B6-VITAMINA B12 TAB 2.5-25-1 MG	VACUNA CONTRA LA HEPATITIS A-HEPATITIS B SUSP PREF SYR 720-20 ELU-MCG/ML
FOSINOPRIL SÓDICO TAB 40 MG	HEPARINA SÓDICA (PORCINA) LOCK FLUSH IV SOLN 10 UNIDAD/ML
FUROSEMIDA ORAL SOLN 10 MG/ML	VACUNA CONTRA LA HEPATITIS A INJ SUSP 1440 EL UNIDAD/ML
FUROSEMIDA TAB 20 MG	VACUNA CONTRA LA HEPATITIS B (RECOMBINANTE) SUSP 20 MCG/ML
FUROSEMIDA TAB 40 MG	VACUNA CONTRA LA HEPATITIS B (RECOMBINANTE) SUSP PREF SYR 10 MCG/0.5ML
FUROSEMIDA TAB 80 MG	VACUNA CONTRA LA HEPATITIS B (RECOMBINANTE) SUSP PREF SYR 20 MCG/ML
GABAPENTINA CAP 100 MG	VACUNA CONTRA LA HEPATITIS B RECOMB ADYUVANTE PREF SYR 20 MCG/0.5ML
GABAPENTINA CAP 300 MG	VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO (VPH) 9-VALENTE RECOMB VAC SUSP PREF SYR
GABAPENTINA CAP 400 MG	HYDRALAZINE HCL TAB 10 MG
GABAPENTINA ORAL SOLN 250 MG/5ML	HYDRALAZINE HCL TAB 100 MG
GABAPENTINA TAB 600 MG	HYDRALAZINE HCL TAB 25 MG
GABAPENTINA TAB 800 MG	HYDRALAZINE HCL TAB 50 MG
BROMHIDRATO DE GALANTAMINA TABLETA 12 MG	CÁPSULA DE HIDROCLOROTIAZIDA 12,5 MG
BROMHIDRATO DE GALANTAMINA TABLETA 4 MG	HIDROCLOROTIAZIDA EN COMPRIMIDOS 12,5 MG
BROMHIDRATO DE GALANTAMINA TABLETA 8 MG	HIDROCLOROTIAZIDA TAB 25 MG
GATIFLOXACINA OPHTH SOLN 0,5%	TABLETA DE HIDROCLOROTIAZIDA 50 MG
GEMFIBROZIL TAB 600 MG	HYDROCOD POLST-CHLORPHEN POLST ER SUSP 10-8 MG/5ML
CREMA DE SULFATO DE GENTAMICINA 0,1%	HIDROCODONA BITART-HOMATROPINA METILBROM SOLN 5-1,5 MG/5ML
UNGÜENTO DE SULFATO DE GENTAMICINA 0,1%	HIDROCODONA BITART-HOMATROPINA METILBROMURO TAB 5-1.5 MG
SULFATO DE GENTAMICINA OPHTH SOLN 0,3%	HIDROCODONA-ACETAMINOFÉN SOLN 7.5-325 MG/15ML
LENGÜETA DE GLIMEPIRIDA 1 MG	HIDROCODONA-ACETAMINOFÉN TAB 10-300 MG
GLIMEPIRIDA TAB 2 MG	HIDROCODONA-ACETAMINOFÉN TAB 10-325 MG
GLIMEPIRIDA TAB 4 MG	TABLETA DE HIDROCODONA-ACETAMINOFÉN 5-300 MG
TABLETA DE GLIPIZIDA 10 MG	TABLETA DE HIDROCODONA-ACETAMINOFÉN 5-325 MG
LENGÜETA DE GLIPIZIDA 5 MG	TABLETA DE HIDROCODONA-ACETAMINOFÉN 7,5-300 MG
LA PÉRDIDA DE GLIPIZIDA ES DE 24 HORAS Y 10 MG	HIDROCODONA-ACETAMINOFÉN TAB 7.5-325 MG
LA TABLETA DE GLIPIZIDA ES 24 HORAS 2,5 MG	HIDROCODONA-IBUPROFENO TAB 7,5-200 MG
LA TABLETA DE GLIPIZIDA ES DE 24 HORAS Y 5 MG	ACETATO DE HIDROCORTISONA SUPPOS 25 MG
GLIPIZIDA-METFORMINA HCL TAB 2,5-500 MG	ACETATO DE HIDROCORTISONA SUPPOS 30 MG
GLIPIZIDA-METFORMINA HCL TAB 5-500 MG	ACETATO DE HIDROCORTISONA CON CREMA PERIANAL DE PRAMOXINA 2.5-1%
LENGÜETA DE GLIBURIDA 1,25 MG	CREMA DE HIDROCORTISONA 1%
LENGÜETA DE GLIBURIDA 2,5 MG	CREMA DE HIDROCORTISONA 2.5%
LENGÜETA DE GLIBURIDA 5 MG	ENEMA DE HIDROCORTISONA 100 MG/60ML
GLYBURIDE-METFORMINA TAB 2,5-500 MG	LOCIÓN DE HIDROCORTISONA 2,5%
GLYBURIDE-METFORMINA TAB 5-500 MG	ACEITE DE HIDROCORTISONA 1%
GLICOPIRROLATO ORAL SOLN 1 MG/5ML	ACEITE DE HIDROCORTISONA 2.5%
GLICOPIRROLATO COMPRIMIDO 1 MG	CREMA PERIANAL DE HIDROCORTISONA 1%
GLICOPIRROLATO TAB 2 MG	CREMA PERIANAL DE HIDROCORTISONA 2,5%
GRISEOFULVIN MICROSIZE SUSP 125 MG/5ML	TABLETA DE HIDROCORTISONA 10 MG
GRISEOFULVINA MICROSIZE TAB 500 MG	TABLETA DE HIDROCORTISONA 20 MG
GRISEOFULVINA ULTRAMICROSIZE TAB 250 MG	TABLETA DE HIDROCORTISONA 5 MG
GUANFACINA HCL TAB 1 MG	CREMA DE VALERATO DE HIDROCORTISONA 0,2%
GUANFACINA HCL TAB 2 MG	POMADA DE VALERATO DE HIDROCORTISONA AL 0,2%
GUANFACINA HCL TAB ER 24HR 1 MG (BASE EQUIV)	HIDROMORFONA HCL TAB 2 MG

# Formulario de C3Rx



Marca   Formulario   Dosificación	Marca   Formulario   Dosificación
HIDROMORFONA HCL TAB 4 MG	ITRACONAZOL CAP 100 MG
HIDROMORFONA HCL TAB 8 MG	ITRACONAZOL ORAL SOLN 10 MG/ML
HIDROMORFONA HCL TAB ER 24HR 8 MG	CREMA DE IVERMECTINA 1%
SULFATO DE HIDROXICLOROQUINA TAB 200 MG	IVERMECTINA TAB 3 MG
SULFATO DE HIDROXICLOROQUINA TAB 300 MG	CREMA DE KETOCONAZOL 2%
CÁPSULA DE HIDROXIUREA 500 MG	CHAMPÚ DE KETOCONAZOL 2%
HIDROXICINA HCL JARABE 10 MG/5ML	KETOCONAZOL TAB 200 MG
HIDROXICINA HCL TAB 10 MG	KETOROLACO TROMETAMINA EN INJ 60 MG/2ML (30 MG/ML)
HIDROXICINA HCL TAB 25 MG	KETOROLACO TROMETAMINA INJ 30 MG/ML
HIDROXICINA HCL TAB 50 MG	KETOROLACO TROMETAMINA OPHTH SOLN 0,4%
TAPÓN DE PAMOATO DE HIDROXICINA 25 MG	KETOROLACO TROMETAMINA OPHTH SOLN 0,5%
TAPÓN DE PAMOATO DE HIDROXICINA 50 MG	KETOROLACO TROMETAMINA TAB 10 MG
ELIXIR DE SULFATO DE HIOSCIAMINA 0,125 MG/5ML	LABETALOL HCL TAB 100 MG
SULFATO DE HIOSCIAMINA SL TAB 0,125 MG	LABETALOL HCL TAB 200 MG
SULFATO DE HIOSCIAMINA SOLN 0,125 MG/ML	LABETALOL HCL TAB 300 MG
SULFATO DE HIOSCIAMINA TAB 0,125 MG	LACOSAMIDA SOLUCIÓN ORAL 10 MG/ML
SULFATO DE HIOSCIAMINA TAB DISINT 0,125 MG	LACOSAMIDA TAB 100 MG
12Har de Sulfato de Hiosciamina Tab 0.375mg	LACOSAMIDA TAB 150 MG
IBANDRONATO SÓDICO TAB 150 MG (EQUIVALENTE EN BASE)	LACOSAMIDA TAB 200 MG
IBUPROFENO SUSP 100 MG/5ML	TABLETA DE LACOSAMIDA 50 MG
IBUPROFENO TAB 400 MG	CREMA DE ÁCIDO LÁCTICO (LACTATO DE AMONIO) 12%
IBUPROFENO TAB 600 MG	SOLUCIÓN DE LACTULOSA (ENCEFALOPATÍA) 10 GM/15ML
IBUPROFENO TAB 800 MG	SOLUCIÓN DE LACTULOSA 10 GM/15ML
TAPÓN DE ETILO DE ICOSAPENTO 1 GM	LAMOTRIGINA DESINTEGRADORA ORAL TABLETA 50 MG
IMIPRAMINA HCL TAB 25 MG	LAMOTRIGINA TABLETA 100 MG
IMIPRAMINA HCL TAB 50 MG	LAMOTRIGINA TAB 150 MG
IMIQUIMOD CREMA 5%	LAMOTRIGINA TAB 200 MG
INDAPAMIDA TABLETA 1,25 MG	LAMOTRIGINA TAB 25 MG
INDAPAMIDA TAB 2,5 MG	KIT DE FILTRO DE LENGÜETA LAMOTRIGINA 25 (14) & 50 MG (14) & 100 MG (7)
INDOMETACINA CAP 25 MG	Lamotrigina Tab Its 24hr 100mg
INDOMETACINA CAP 50 MG	Lamotrigina Tab Its 24hr 200mg
TAPÓN DE INDOMETACINA ER 75 MG	Lamotrigina Tab Its 24hr 25mg
VACUNA CONTRA LA INFLUENZA RECOMB HA QUAD PF SOLN PREF SYR 0,5 ML	Lamotrigina Tab Its 24hr 250mg
INFLUENZA VAC SPLIT DOSIS ALTA QUAD PF SUSP PREF SYR 0,7 ML	Lamotrigina Tab Its 24hr 300mg
VIRUS DE LA INFLUENZA VAC SPLIT QUADVALENT SUSP PREF SYR 0.5ML	Lamotrigina Tableta de 24h 50mg
VACUNA CONTRA EL VIRUS DE LA INFLUENZA DIVIDIDA TETRAVALENTE IM INJ	TAPÓN DE LANSOPRAZOL LIBERACIÓN RETARDADA 30 MG
CREMA DE YODOQUINOL-HC 1-1%	LANSOPRAZOL TAB LIBERACIÓN RETARDADA DESINTEGRACIÓN ORAL 30 MG
BROMO DE IPRATROPIÓN INHAL SOLN 0,02%	LATANOPROST OPHTH SOLN 0,005%
BROMO DE IPRATROPIÓN NASAL SOLN 0,03% (21 MCG/SPRAY)	LEFLUNOMIDA TAB 10 MG
BROMO DE IPRATROPIÓN NASAL SOLN 0,06% (42 MCG/SPRAY)	LEFLUNOMIDA TAB 20 MG
IPRATROPIÓN-ALBUTEROL NEBU SOLN 0,5-2,5(3) MG/3ML	TABLETA DE LETROZOL 2,5 MG
IRBESARTÁN TAB 150 MG	LEUCOVORINA CALCIO TAB 25 MG
IRBESARTÁN TAB 300 MG	LEUCOVORINA CALCIO TAB 5 MG
IRBESARTÁN TAB 75 MG	LEVALBUTEROL HCL SOLN NEBU 0,63 MG/3ML (BASE EQUIV)
IRBESARTÁN-HIDROCLOROTIAZIDA TAB 150-12,5 MG	LEVALBUTEROL HCL SOLN NEBU 1,25 MG/3ML (BASE EQUIV)
IRBESARTÁN-HIDROCLOROTIAZIDA TAB 300-12,5 MG	LEVETIRACETAM ORAL SOLN 100 MG/ML
IRON POLYSACCH COMPLEX-VIT B12-FA CAP 150-0.025-1 MG	LEVETIRACETAM TAB 1000 MG
ISONIAZIDA TAB 300 MG	LEVETIRACETAM TAB 250 MG
DINITRATO DE ISOSORBIDA TAB 10 MG	LEVETIRACETAM TAB 500 MG
DINITRATO DE ISOSORBIDA TAB 20 MG	LEVETIRACETAM TAB 750 MG
DINITRATO DE ISOSORBIDA TAB 30 MG	Levetiracetam Tab Its 24hr 500mg
DINITRATO DE ISOSORBIDA-HIDRALAZINA HCL TAB 20-37,5 MG	Levetiracetam Tab Its 24hr 750mg
Mononitrato de Isosorbida Comprimido de 24Har 120mg	LEVOCARNITINA ORAL SOLN 1 GM/10ML (10%)
Tableta de mononitrato de isosorbida de 24Har 30mg	CLORHIDRATO DE LEVOCETIRIZINA SOLN 2,5 MG/5ML (0,5 MG/ML)
Tableta de mononitrato de isosorbida de 24 horas 60 mg	DICLORHIDRATO DE LEVOCETIRIZINA EN TABLETA 5 MG

# Formulario de C3Rx



Marca   Formulario   Dosificación	Marca   Formulario   Dosificación
LEVOFLOXACINA TAB 250 MG	LORAZEPAM CONC 2 MG/ML
LEVOFLOXACINA TAB 500 MG	TABLETA DE LORAZEPAM 0,5 MG
LEVOFLOXACINA TAB 750 MG	TABLETA DE LORAZEPAM 1 MG
LEVONORG-ETH EST TAB 0.1-0.02MG(84) & ETH EST TAB 0.01MG(7)	TABLETA DE LORAZEPAM 2 MG
LEVONORG-ETH EST TAB 0.15-0.03MG(84) & ETH EST TAB 0.01MG(7)	LOSARTAN POTASIO E HIDROCLOROTIAZIDA TAB 100-12.5 MG
LEVONORGESTREL & ETHINYLESTRADOL (91-DAY) TAB 0.15-0.03 MG	LOSARTÁN POTASIO E HIDROCLOROTIAZIDA TAB 100-25 MG
LEVONORGESTREL & ETHINYL ESTRADIOL CHEW TAB 0.1 MG-20 MCG	LOSARTÁN POTASIO E HIDROCLOROTIAZIDA TAB 50-12.5 MG
LEVONORGESTREL & ETHINYL ESTRADIOL TAB 0.1 MG-20 MCG	LOSARTÁN POTASIO TAB 100 MG
LEVONORGESTREL & ETHINYL ESTRADIOL TAB 0.15 MG-30 MCG	LOSARTÁN POTASIO TABLETA 25 MG
LEVONORGESTREL LIBERANDO DIU 17,5 MCG/DÍA (19,5 MG EN TOTAL)	LOSARTÁN POTASIO TABLETA 50 MG
LEVONORGESTREL TAB 1,5 MG	LAVESTATINA TAB 10 MG
LEVONORGESTREL-ETH ESTRA TAB 0.05-30/0.075-40/0.125-30MG-MCG	LAVESTATINA TAB 20 MG
LEVONORGESTREL-ETINILESTRADOL (CONTINUO) TAB 90-20 MCG	LISTATINA TAB 40 MG
LEVONORGESTREL-ETINILESTRADOL-FE TAB 0.1 MG-20 MCG (21)	TAPÓN DE LUBIPROSTONA 24 MCG
LEVOTIROXINA SÓDICA TABLETA 100 MCG	TAPÓN DE LUBIPROSTONA 8 MCG
LEVOTIROXINA SÓDICA TAB 112 MCG	LURASIDONA HCL TAB 120 MG
LEVOTIROXINA SÓDICA TAB 125 MCG	LURASIDONA HCL TAB 20 MG
LEVOTIROXINA SÓDICA TAB 137 MCG	LURASIDONA HCL TAB 40 MG
LEVOTIROXINA SÓDICA TABLETA 150 MCG	LURASIDONA HCL TAB 60 MG
LEVOTIROXINA SÓDICA TAB 175 MCG	LURASIDONA HCL TAB 80 MG
LEVOTIROXINA SÓDICA TAB 200 MCG	LOCIÓN DE MALATIÓN 0,5%
LEVOTIROXINA SÓDICA TAB 25 MCG	VACUNAS CONTRA EL VIRUS DEL SARAMPIÓN, LAS PAPERAS Y LA RUBÉOLA PARA EL SOL
LEVOTIROXINA SÓDICA TAB 300 MCG	MECLIZINA HCL TAB 12,5 MG
LEVOTIROXINA SÓDICA TAB 50 MCG	MECLIZINA HCL TAB 25 MG
LEVOTIROXINA SÓDICA TAB 75 MCG	ACETATO DE MEDROXIPROGESTERONA IM SUSP 150 MG/ML
LEVOTIROXINA SÓDICA TAB 88 MCG	ACETATO DE MEDROXIPROGESTERONA IM SUSP PRECARGADO SYR 150 MG/ML
LIDOCAÍNA HCL SOLN 4%	ACETATO DE MEDROXIPROGESTERONA SUSP PREF SYR 104 MG/0,65ML
LIDOCAÍNA HCL JERINGA PRECARGADA DE GEL URETRAL/MUCOSO 2%	ACETATO DE MEDROXIPROGESTERONA TAB 10 MG
LIDOCAÍNA HCL VISCOso SOLN 2%	ACETATO DE MEDROXIPROGESTERONA TAB 2,5 MG
OINT de LIDOCAÍNA 5%	ACETATO DE MEDROXIPROGESTERONA TAB 5 MG
PARCHE DE LIDOCAÍNA 5%	MEFLOQUINA HCL TAB 250 MG
CREMA PERIANAL DE ACETATO DE LIDOCAÍNA HIDROCORTISONA 3-0,5%	ACETATO DE MEGESTROL SUSP 40 MG/ML
KIT CREMA RECTAL DE ACETATO DE LIDOCAÍNA-HIDROCORTISONA 2-2%	SUSP DE ACETATO DE MEGESTROL 625 MG/5ML
KIT CREMA RECTAL DE ACETATO DE LIDOCAÍNA-HIDROCORTISONA 3-0,5%	ACETATO DE MEGESTROL TAB 20 MG
KIT GEL RECTAL DE ACETATO DE LIDOCAÍNA-HIDROCORTISONA 3-2,5%	ACETATO DE MEGESTROL TAB 40 MG
CREMA DE LIDOCAÍNA-PRLOCAÍNA 2,5-2,5%	MELOXICAM TAB 15 MG
KIT CREMA LIDOCAÍNA-PRLOCAÍNA 2,5-2,5%	MELOXICAM TAB 7,5 MG
LINEZOLID TAB 600 MG	TAPE DE MAMBINA HCL ER 24HR 21 MG
LIOTIRONINA SÓDICA TAB 25 MCG	TAPE DE MAMBETINA HCL ER 24HR 28 MG
LIOTIRONINA SÓDICA TAB 5 MCG	LENGÜETA MEMANTINA HCL 10 MG
LIOTIRONINA SÓDICA TAB 50 MCG	LENGÜETA DE MEMANTINA HCL 5 MG
LISINOPRIL & HIDROCLOROTIAZIDA TAB 10-12.5 MG	MEPROBAMATO TAB 200 MG
LISINOPRIL & HIDROCLOROTIAZIDA TAB 20-12.5 MG	MERCAPTOPURINA TAB 50 MG
LISINOPRIL & HIDROCLOROTIAZIDA TAB 20-25 MG	MESALAMINA TAPÓN DR 400 MG
LISINOPRIL TAB 10 MG	MESALAMINA CAP ER 24HR 0.375 GM
LISINOPRIL TAB 2,5 MG	MESALAMINA ENEMA 4 GM
LISINOPRIL TAB 20 MG	MESALAMINE RECTAL ENEMA 4 GM & LIMPIADOR KIT DE TOALLITAS
LISINOPRIL TAB 30 MG	MESAMINA DE AGUANTO 1000 MG
LISINOPRIL TAB 40 MG	MESALAMINE TAB VERSIÓN RETARDADA 1.2 GM
LISINOPRIL TAB 5 MG	METAXALONE TAB 400 MG
TAPÓN CARBONATO DE LITIO 300 MG	METAXALONE TAB 800 MG
CARBONATO DE LITIO TAB 300 MG	metFORMINA HCl ER
300mg de tabletas de carbonato de litio	METFORMINA HCl ORAL SOLN 500 MG/5ML
450mg de Tabletas de Carbonato de Litio	METFORMINA HCl TAB 1000 MG
TAPÓN DE LOPERAMIDA HCl 2 MG	METFORMINA HCl TAB 500 MG

# Formulario de C3Rx



Marca   Formulario   Dosificación	Marca   Formulario   Dosificación
METFORMINA HCL TAB 850 MG	METOLAZONE TAB 2,5 MG
METFORMINA HCL TAB ER 24HR OSMÓTICA 1000 MG	METOLAZONE TAB 5 MG
METFORMINA HCL TAB ER 24HR OSMÓTICA 500 MG	SUCCINATO DE METOPROLOL TAB ER 24HR 100 MG (TARTRATO EQUIV)
METADONA HCL TAB 10 MG	SUCCINATO DE METOPROLOL TAB ER 24HR 200 MG (TARTRATO EQUIV)
METADONA HCL TAB 5 MG	SUCCINATO DE METOPROLOL TAB ER 24HR 25 MG (TARTRATO EQUIV)
PASTILLA DE METAZOLAMIDA 50 MG	SUCCINATO DE METOPROLOL TAB ER 24HR 50 MG (TARTRATO EQUIV)
HIPURATO DE METENAMINA TABLETA 1 G	TARTRATO DE METOPROLOL TAB 100 MG
METENAMINA MANDELATO TAB 0,5 GM	TARTRATO DE METOPROLOL TAB 25 MG
MANDELATO DE METENAMINA TAB 1 GM	TARTRATO DE METOPROLOL TAB 37,5 MG
METENAMINA-HIOSC-METH AZUL-SOD FOS-PHEN SAL CAP 118 MG	TARTRATO DE METOPROLOL TAB 50 MG
METENAMINA-HIOSC-METH BLUE-SOD PHOS-PHEN SAL TAB 81 MG	TARTRATO DE METOPROLOL TAB 75 MG
METENAMINA-HIOSCAMINA-METANFETAMINA BLUE-SOD PHOS TAB 81,6 MG	CREMA DE METRONIDAZOL 0,75%
TABLETA DE METIMAZOL 10 MG	METRONIDAZOL GEL 0,75%
TABLETA DE METIMAZOL 5 MG	METRONIDAZOL GEL 1%
METOCARBAMOL TABLETA 500 MG	METRONIDAZOL TAB 250 MG
METOCARBAMOL TAB 750 MG	METRONIDAZOL TAB 500 MG
METOTREXATO SÓDICO INJ 50 MG/2ML (25 MG/ML)	GEL VAGINAL METRONIDAZOL 0,75%
METOTREXATO SÓDICO INJ PF 250 MG/10ML (25 MG/ML)	TAPÓN MEXILETINE HCL 150 MG
METOTREXATO SÓDICO INJ PF 50 MG/2ML (25 MG/ML)	MIDAZOLAM HCL INJ 10 MG/2ML (EQUIVALENTE A BASE)
METOTREXATO SÓDICO TABLETA 2,5 MG (BASE EQUIV)	MIDAZOLAM HCL INJ 5 MG/5ML (EQUIVALENTE A LA BASE)
MALEATO DE METILERGONOVINA TAB 0,2 MG	MIDAZOLAM HCL INJ 5 MG/ML (EQUIVALENTE A BASES)
METILFENIDATO HCL CAP ER 10 MG (CD)	MIDAZOLAM HCL JARABE 2 MG/ML (EQUIVALENTE A BASE)
METILFENIDATO HCL CAP ER 20 MG (CD)	MIDODRINA HCL TAB 10 MG
METILFENIDATO HCL CAP ER 24HR 10 MG (LA)	MIDODRINA HCL TAB 2,5 MG
METILFENIDATO HCL CAP ER 24HR 10 MG (XR)	MIDODRINA HCL TAB 5 MG
METILFENIDATO HCL CAP ER 24HR 20 MG (LA)	TAPÓN DE MINOCICLINA HCL 100 MG
METILFENIDATO HCL CAP ER 24HR 20 MG (XR)	TAPÓN DE MINOCICLINA HCL 50 MG
METILFENIDATO HCL CAP ER 24HR 30 MG (LA)	MINOCICLINA HCL TAB 100 MG
METILFENIDATO HCL CAP ER 24HR 40 MG (LA)	MINOCICLINA HCL TAB 50 MG
METILFENIDATO HCL CAP ER 24HR 60 MG (XR)	MINOXIDIL TAB 10 MG
METILFENIDATO HCL CAP ER 30 MG (CD)	MINOXIDIL TAB 2,5 MG
METILFENIDATO HCL CAP ER 40 MG (CD)	MIRTAZAPINA DESINTEGRADORA ORAL TABLETA 15 MG
METILFENIDATO HCL CAP ER 50 MG (CD)	MIRTAZAPINA DESINTEGRADORA ORAL TABLETA 30 MG
METILFENIDATO HCL CAP ER 60 MG (CD)	TABLETA DE MIRTAZAPINA 15 MG
METILFENIDATO HCL COMPRIMIDO MASTICABLE 10 MG	TABLETA DE MIRTAZAPINA 30 MG
METILFENIDATO HCL SOLN 10 MG/5ML	TABLETA DE MIRTAZAPINA 45 MG
METILFENIDATO HCL SOLN 5 MG/5ML	TABLETA DE MIRTAZAPINA 7,5 MG
METILFENIDATO HCL TAB 10 MG	MISOPROSTOL TAB 100 MCG
METILFENIDATO HCL TAB 20 MG	MISOPROSTOL TAB 200 MCG
METILFENIDATO HCL TAB 5 MG	PASTILLA DE MODAFINIL 100 MG
METILFENIDATO HCL TAB ER 10 MG	TABLETA DE MODAFINIL 200 MG
METILFENIDATO HCL TAB ER 20 MG	CREMA DE FUROATO DE MOMETASONA 0,1%
METILFENIDATO HCL TAB ER LIBERACIÓN OSMÓTICA (OSM) 18 MG	SUSP NASAL FUROATO DE MOMETASONA 50 MCG/ACT
METILFENIDATO HCL TAB ER LIBERACIÓN OSMÓTICA (OSM) 27 MG	UNGÜENTO DE FUROATO DE MOMETASONA AL 0,1%
METILFENIDATO HCL TAB ER LIBERACIÓN OSMÓTICA (OSM) 36 MG	SOLUCIÓN DE FUROATO DE MOMETASONA AL 0,1% (LOCIÓN)
METILFENIDATO HCL TAB ER LIBERACIÓN OSMÓTICA (OSM) 54 MG	MONTELUKAST SODIO MASTICABLE TABLETA 4 MG (BASE EQUIV)
METILFENIDATO TD PARCHE 10 MG/9HR	MONTELUKAST SODIO MASTICABLE TABLETA 5 MG (BASE EQUIV)
ACETATO DE METILPREDNISOLONA INJ SUSP 80 MG/ML	PAQUETE DE GRÁNULOS ORALES DE SODIO DE MONTELUKAST 4 MG (BASE EQUIV)
METILPREDNISOLONA TAB 16 MG	MONTELUKAST SÓDICO TABLETA 10 MG (BASE EQUIV)
METILPREDNISOLONA TAB 4 MG	Sulfato de morfina Oral Solon 100mg/5mL (20mg/ml)
PAQUETE TERAPÉUTICO DE METILPREDNISOLONA TAB 4 MG (21)	SULFATO DE MORFINA EN COMPRIMIDO 15 MG
METOCLOPRAMIDA HCL INJ 5 MG/ML (EQUIVALENTE A BASE)	SULFATO DE MORFINA TAB 30 MG
METOCLOPRAMIDA HCL SOLN 5 MG/5ML (10 MG/10ML) (EQUIV BASE)	100mg de comprimidos de sulfato de morfina
METOCLOPRAMIDA HCL TAB 10 MG (EQUIVALENTE A BASE)	15mg de comprimidos de sulfato de morfina
METOCLOPRAMIDA HCL TAB 5 MG (BASE EQUIVALENTE)	200mg de comprimidos de sulfato de morfina

# Formulario de C3Rx



Marca   Formulario   Dosificación	Marca   Formulario   Dosificación
30mg de comprimidos de sulfato de morfina	Nifedipina TAB de 24h 60mg
60mg de comprimidos de sulfato de morfina	Nifedipina TAB de 24h 90mg
MOXIFLOXACINA HCL OPHTH SOLN 0,5% (BASE EQUIV)	NIFEDIPINA TAB ER 24HR LIBERACIÓN OSMÓTICA 30 MG
MOXIFLOXACINA HCL TAB 400 MG (BASE EQUIV)	NIFEDIPINA TAB ER 24HR LIBERACIÓN OSMÓTICA 60 MG
MUPIROCINA CALCIO CREMA 2%	NIFEDIPINA TAB ER 24HR LIBERACIÓN OSMÓTICA 90 MG
MUPIROCINA OINT 2%	Nisoldipina TAB er 24hr 34mg
MICOFENOLATO MOFETILO CAP 250 MG	NITROFURANTOÍNA MACROCRISTALINA CAP 100 MG
MYCOPHENOLATE MOFETIL TAB 500 MG	NITROFURANTOÍNA MACROCRISTALINA CAP 50 MG
MYCOPHENOLATE SODIUM TAB DR 180 MG (ÁCIDO MICOFENÓLICO EQUIV)	NITROFURANTOÍNA MONOHIDRATO MACROCRISTALINO CAP 100 MG
MYCOPHENOLATE SODIUM TAB DR 360 MG (ÁCIDO MICOFENÓLICO EQUIV)	NITROGLICERINA SL TAB 0,3 MG
NABUMETONA TAB 500 MG	NITROGLICERINA SL TAB 0,4 MG
NABUMETONE TAB 750 MG	NITROGLICERINA TD PARCHE 24HR 0,1 MG/H
NALOXONA HCL SPRAY NASAL 4 MG/0,1ML	NITROGLICERINA TD PARCHE 24HR 0,2 MG/H
NALTREXONA HCL TAB 50 MG	NITROGLICERINA TD PARCHE 24HR 0,4 MG/H
TABLETA DE NAPROXENO SÓDICO 550 MG	NITROGLICERINA TD PARCHE 24HR 0,6 MG/H
NAPROXENO SÓDICO TAB ER 24HR 375 MG (BASE EQUIV)	NITROGLICERINA TL SOLN 0,4 MG/PULVERIZACIÓN (400 MCG/PULVERIZACIÓN)
NAPROXENO SÓDICO TAB ER 24HR 750 MG (BASE EQUIV)	NORETINDRONA Y ETINILESTRADIOL TAB 0,4 MG-35 MCG
NAPROXENO TAB 250 MG	NORETINDRONA Y ETINILESTRADIOL TAB 0,5 MG-35 MCG
TABLETA DE NAPROXENO 375 MG	NORETINDRONA Y ETINILESTRADIOL TAB 1 MG-35 MCG
NAPROXENO TAB 500 MG	NORETINDRONA Y ETINILESTRADIOL-FE TABLETA PARA MASTICAR 0,4 MG-35 MCG
NAPROXENO TAB EC 375 MG	TABLETA PARA MASTICAR NORETINDRONE & ETHINYL ESTRADIOL-FE 0,8 MG-25 MCG
NARATRIPTÁN HCL TAB 2,5 MG (BASE EQUIV)	NORETINDRONE AC-ETHINYL ESTRAD-FE TAB 1-20/1-30/1-35 MG-MCG
NEBIVOLOL HCL TAB 10 MG (EQUIVALENTE A BASE)	NORETINDRONE ACE & ETHINYL ESTRADIOL TAB 1 MG-20 MCG
NEBIVOLOL HCL TAB 2,5 MG (EQUIVALENTE A BASE)	LENGÜETA DE NORETINDRONE ACE & ETHINYL ESTRADIOL 1,5 MG-30 MCG
NEBIVOLOL HCL TAB 20 MG (EQUIVALENTE A BASE)	NORETINDRONE ACE & ETHINYL ESTRADIOL-FE TAB 1 MG-20 MCG
NEBIVOLOL HCL TAB 5 MG (EQUIVALENTE A BASE)	NORETINDRONE ACE & ETHINYL ESTRADIOL-FE TAB 1,5 MG-30 MCG
SULFATO DE NEOMICINA EN TABLETA 500 MG	NORETINDRONE ACE-ETH ESTRADIOL-FE COMPRIMIDO MASTICABLE 1 MG-20 MCG (24)
NEOMICINA-BACITRAC ZN-POLYMYX 5(3.5)MG-400UNT-1000UNT OP OIN	TAPÓN DE NORETINDRONE ACE-ETINILESTRADIOL-FE 1 MG-20 MCG (24)
POMADA DE NEOMICINA-POLIMIXINA-DEXAMETASONA OFTH 0,1%	NORETINDRONE ACE-ETINILESTRADIOL-FE TAB 1 MG-20 MCG (24)
NEOMICINA-POLIMIXINA-DEXAMETASONA OPHTH SUSP 0,1%	ACETATO DE NORETINDRONE TAB 5 MG
NEOMICINA-POLIMIXINA-HC SOLN ÓTICO 1%	LENGÜETA DE NORETINDRONE 0,35 MG
NEOMICINA-POLIMIXINA-HC SUSP ÓTICO 3,5 MG/ML-10000 UNIDADES/ML-1%	NORETINDRONE-ETH ESTRADIOL TAB 0,5-35 / 0,75-35 / 1-35 MG-MCG
NIACINA TAB ER 1000 MG (ANTIHIPERLIPIDÉMICO)	NORETINDRONE-ETH ESTRADIOL TAB 0,5-35 / 1-35 / 0,5-35 MG-MCG
NIACINA TAB ER 500 MG (ANTIHIPERLIPIDÉMICO)	TABLA DE NORGESTIMATE & ETHINYLESTRADIOL 0,25 MG-35 MCG
NICOTINA POLACRILEX GOMA 2 MG	NORGESTIMATE-ETH ESTRAD TAB 0,18-25 / 0,215-25 / 0,25-25 MG-MCG
NICOTINA POLACRILEX CHICLE 4 MG	NORGESTIMATE-ETH ESTRAD TAB 0,18-35 / 0,215-35 / 0,25-35 MG-MCG
PASTILLA DE NICOTINA POLACRILEX 2 MG	NORGESTREL & ETHINYL ESTRADIOL TAB 0,3 MG-30 MCG
PASTILLA DE NICOTINA POLACRILEX 4 MG	TAPÓN DE NORTRIPTILINA HCL 10 MG
KIT DE PARCHE TD DE NICOTINA 24 HR 21-14-7 MG/24HR	TAPÓN DE NORTRIPTILINA HCL 25 MG
NICOTINA TD PARCHE 24HR 14 MG/24HR	TAPÓN DE NORTRIPTILINA HCL 50 MG
PARCHE DE NICOTINA TD 24HR 21 MG/24HR	TAPÓN DE NORTRIPTILINA HCL 75 MG
PARCHE DE NICOTINA TD 24HR 7 MG/24HR	CREMA DE NISTATINA 100000 UNIDAD/GM
NIFEDIPINO CAP 10 MG	NYSTATIN OINT 100000 UNIDAD/GM
NIFEDIPINO CAP 20 MG	SUSPENSO DE NISTATINA 100000 UNIDAD/ML
Nifedipina COMPRIMIDO de 24h 30mg	PESTAÑA DE NISTATINA 500000 UNIDAD
Pastilla de Modafinilo 100 mg	NISTATINA TÓPICA EN POLVO 100000 UNIDAD/GM
Modafinilo Tab 200 mg	CREMA DE NISTATINA-TRIAMCINOLONA 100000-0,1 UNIDAD/GM-%
Crema de furoato de mometasona 0,1%	UNGÜENTO DE NISTATINA-TRIAMCINOLONA 100000-0,1 UNIDADES/GM-%
Susp nasal de furoato de mometasona 50 mcg/acto	OFLOXACINA OFFTH SOLN 0,3%
Ungüento de furoato de mometasona 0,1%	OFLOXACINA ÓTICA SOLN 0,3%
Solución de furoato de mometasona al 0,1% (loción)	OLANZAPINA DESINTEGRADORA ORAL TABLETA 10 MG
Monocal 625-22,75 MG TABS	OLANZAPINA DESINTEGRADORA ORAL TABLETA 15 MG
Montelukast Sodio Masticable Tab 4 Mg (Base Equiv)	OLANZAPINA DESINTEGRADORA ORAL TABLETA 5 MG
Montelukast Sodio Masticable Tab 4 Mg (Base Equiv)	OLANZAPINA TAB 10 MG
Montelukast Sodio Masticable Tableta 5 Mg (Base Equiv)	OLANZAPINA TAB 15 MG

# Formulario de C3Rx



Marca   Formulario   Dosificación	Marca   Formulario   Dosificación
TABLETA DE OLANZAPINA 2,5 MG	Paliperidona Tableta De 24 horas 6 mg
OLANZAPINA TAB 20 MG	PANTOPRAZOL SÓDICO EC TAB 20 MG (BASE EQUIV)
OLANZAPINA TAB 5 MG	PANTOPRAZOL SÓDICO EC TAB 40 MG (BASE EQUIV)
OLANZAPINA TAB 7,5 MG	PANTOPRAZOL SÓDICO PARA IV SOLN 40 MG (BASE EQUIV)
OLMESARTÁN MEDOXOMIL TAB 20 MG	PAROXETINA HCL TAB 10 MG
OLMESARTÁN MEDOXOMIL TAB 40 MG	PAROXETINA HCL TAB 20 MG
OLMESARTÁN MEDOXOMIL TAB 5 MG	PAROXETINA HCL TAB 30 MG
OLMESARTÁN MEDOXOMIL-HIDROCLOROTIAZIDA TAB 20-12,5 MG	PAROXETINA HCL TAB 40 MG
OLMESARTÁN MEDOXOMIL-HIDROCLOROTIAZIDA TAB 40-12,5 MG	Paroxetina HCl Tab 24Hr 12.5mg
OLMESARTÁN MEDOXOMIL-HIDROCLOROTIAZIDA TAB 40-25 MG	Paroxetina HCl Tab 24Hr 25mg
OLMESARTÁN-AMLODIPINA-HIDROCLOROTIAZIDA TAB 40-5-12,5 MG	Paroxetina HCl Tab 24Hr 37.5mg
OLMESARTÁN-AMLODIPINO-HIDROCLOROTIAZIDA TAB 40-5-25 MG	MESILATO DE PAROXETINA CAP 7,5 MG (BASE EQUIV)
OLOPATADINA HCL NASAL SOLN 0,6%	PB-HYOSCY-ATROP-SCOPOL ELIX 16.2-0.1037-0.0194-0.0065 MG/5ML
OLOPATADINA HCL OPHTH SOLN 0,1% (BASE EQUIVALENTE)	PB-HYOSCY-ATROP-SCOPOL TAB 16.2-0.1037-0.0194-0.0065 MG
OLOPATADINA HCL OPHTH SOLN 0,2% (BASE EQUIVALENTE)	VITAMINAS MÚLTIPLES PEDIÁTRICAS CON GOTAS DE FL-FE 0.25-10 MG / ML
ÉSTERES ETÍLICOS ÁCIDOS OMEGA-3 CAPA 1 G	MULTIVITAMÍNICOS PEDIÁTRICOS CON FLÚOR SOLN 0,25 MG/ML
OMEPRAZOL 40 MG CPDR	MULTIVITAMINAS PEDIÁTRICAS CON FLÚOR SOLN 0,5 MG/ML
TAPEA DE OMEPRAZOL LIBERACIÓN RETARDADA 10 MG	VITAMINAS PEDIÁTRICAS ACD CON FLUORURO SOLN 0.25 MG/ML
TAPEA DE OMEPRAZOL LIBERACIÓN RETARDADA 20 MG	PEG 3350-KCL-NA BICARB-NAACL-NA SULFATO PARA SOLN 236 GM
ONDANSETRÓN HCL ORAL SOLN 4 MG/5ML	PEG 3350-KCL-NA BICARB-NAACL-NA SULFATO PARA SOLN 240 G
ONDANSETRÓN HCL TAB 4 MG	PEG 3350-KCL-NAACL-NA SULFATO-NA ASCORBATO-C PARA SOLN 140 GM
ONDANSETRÓN HCL TAB 8 MG	PEG 3350-KCL-SOD BICARB-NAACL PARA SOLN 420 GM
ONDANSETRÓN DESINTEGRADOR ORAL TAB 4 MG	PENICILINA V POTASIO TAB 250 MG
ONDANSETRÓN DESINTEGRADOR ORAL TAB 8 MG	PENICILINA V POTASIO TAB 500 MG
TINTURA DE OPIO 1% (10 MG/ML) (MORFINA EQUIV)	PENTAZOCINA CON NALOXONA TABLETA 50-0.5 MG
CITRATO DE ORFENADRINA INJ 30 MG/ML	PENTOXIFILINA TAB ER 400 MG
CITRATO DE ORFENADRINA TAB ER 12Hr 100 MG	ERUPCIÓN DE PERINDOPRIL TAB 4 MG
TAPÓN FOSFATO DE OSELTAMIVIR 30 MG (BASE EQUIV)	CREMA DE PERMETRINA 5%
OSELTAMIVIR FOSFATO TAPÓN 45 MG (BASE EQUIV)	PERFENAZINA TAB 4 MG
TAPÓN FOSFATO DE OSELTAMIVIR 75 MG (BASE EQUIV)	FENAZOPRIDINA HCL TAB 100 MG
FOSFATO DE OSELTAMIVIR PARA SUSP 6 MG/ML (BASE EQUIV)	FENAZOPRIDINA HCL TAB 200 MG
OXAPROZIN TAB 600 MG	ELIXIR FENOBARBITAL 20 MG/5ML
OXAZEPAM CAP 10 MG	PASTILLA DE FENOBARBITAL 100 MG
OXAZEPAM CAP 15 MG	PASTILLA FENOBARBITAL 15 MG
OXCARBAZEPINA SUSPENSA 300 MG/5 ML (60 MG/ML)	TABLETA DE FENOBARBITAL 16,2 MG
OXCARBAZEPINA EN COMPRIMIDOS 150 MG	PASTILLA DE FENOBARBITAL 30 MG
OXCARBAZEPINA TAB 300 MG	PASTILLA DE FENOBARBITAL 32,4 MG
OXCARBAZEPINA EN COMPRIMIDOS 600 MG	PASTILLA FENOBARBITAL 60 MG
SOLUCIÓN DE CLORURO DE OXIBUTININA 5 MG/5ML	PASTILLA DE FENOBARBITAL 64,8 MG
CLORURO DE OXIBUTININA TAB 5 MG	PASTILLA FENOBARBITAL 97,2 MG
CLORURO DE OXIBUTININA TAB ER 24HR 10 MG	CÁPSULA DE FENTERMINA HCL 15 MG
CLORURO DE OXIBUTININA TAB ER 24HR 15 MG	CÁPSULA DE FENTERMINA HCL 30 MG
CLORURO DE OXIBUTININA TAB ER 24HR 5 MG	CÁPSULA DE FENTERMINA HCL 37.5 MG
OXICODONA HCL CAP 5 MG	FENTERMINA HCL TAB 37.5 MG
OXICODONA HCL SOLN 5 MG/5ML	FENITOÍNA SÓDICA TAPÓN EXTENDIDO 100 MG
OXICODONA HCL TAB 10 MG	FENITOÍNA SÓDICA TAPÓN EXTENDIDO 200 MG
OXICODONA HCL TAB 15 MG	FENITOÍNA SÓDICA TAPÓN EXTENDIDO 300 MG
OXICODONA HCL TAB 20 MG	PILOCARPINA HCL OPHTH SOLN 4%
OXICODONA HCL TAB 30 MG	PILOCARPINA HCL TAB 5 MG
OXICODONA HCL TAB 5 MG	PILOCARPINA HCL TAB 7.5 MG
OXICODONA CON ACETAMINOFÉN TAB 10-325 MG	CREMA DE PIMECROLIMUS 1%
TABLETA DE OXICODONA CON ACETAMINOFÉN 2,5-325 MG	PASTILLA DE PINDOLOL 5 MG
OXICODONA CON ACETAMINOFÉN TAB 5-325 MG	PIOGLITAZONA HCL TAB 15 MG (EQUIV BASE)
OXICODONA CON ACETAMINOFÉN TAB 7,5-325 MG	PIOGLITAZONA HCL TAB 30 MG (BASE EQUIV)
Paliperidona TAB de 24h 3mg	PIOGLITAZONA HCL TAB 45 MG (EQUIV BASE)

# Formulario de C3Rx



Marca   Formulario   Dosificación	Marca   Formulario   Dosificación
PIOGLITAZONA HCL-METFORMINA HCL TAB 15-850 MG	PREGABALIN CAP 50 MG
PIROXICAM CAP 10 MG	PREGABALIN CAP 75 MG
VACUNA ANTINEUMOCÓCICA CONJUGADA 20-VALENTE SUS PREF SYR 0,5 ML	PRENATAL VIT W/ FE FUMARATO-FA TAB 27-1 MG
VACUNA ANTINEUMOCÓCICA POLIVALENTE INJ 25 MCG/0,5ML	PRIMIDONE TAB 250 MG
VACUNA CONTRA EL POLIOVIRUS, INYECCIÓN DE IPV	TABLETA DE PRIMIDONA 50 MG
POLIMIXINA B-TRIMETOPRIMA OPHTH SOLN 10000 UNIDAD/ML-0.1%	PROBENECID TAB 500 MG
POT PHOS MONOBASIC W/SOD PHOS DI & MONOBAS TAB 155-852-130MG	MALEATO DE PROCLORPERAZINA TAB 10 MG (EQUIVALENTE A BASE)
BICARBONATO DE POTASIO EFFER TAB 25 MEQ	MALEATO DE PROCLORPERAZINA TAB 5 MG (EQUIVALENTE A BASE)
CLORURO DE POTASIO CAP ER 10 MEQ	PROCLORPERAZINA SUPPOS 25 MG
CLORURO DE POTASIO MICROENCAPSULADO CRYSTAL TAB 10 MEQ	TAPE DE PROGESTERONA 100 MG
CLORURO DE POTASIO MICROENCAPSULADO CRYSTAL TAB 20 MEQ	CÁPSULA DE PROGESTERONA 200 MG
CLORURO DE POTASIO ORAL SOLN 10% (20 MEQ/15ML)	PROGESTERONA IM EN ACEITE 50 MG/ML
CLORURO DE POTASIO EN POLVO PAQUETE 20 MEQ	PROMETAZINA HCL INJ 25 MG/ML
CLORURO DE POTASIO TAB ER 10 MEQ	PROMETAZINA HCL SUPPOS 12,5 MG
CLORURO DE POTASIO TAB ER 20 MEQ (1500 MG)	PROMETAZINA HCL SUPPOS 25 MG
CLORURO DE POTASIO TAB ER 8 MEQ (600 MG)	JARABE DE PROMETAZINA HCL 6,25 MG/5ML
CITRATO DE POTASIO Y ÁCIDO CÍTRICO SOLN 1100-334 MG/5ML	PROMETAZINA HCL TAB 12,5 MG
CITRATO DE POTASIO TAB ER 10 MEQ (1080 MG)	PROMETAZINA HCL TAB 25 MG
CITRATO DE POTASIO TAB ER 15 MEQ (1620 MG)	PROMETAZINA HCL TAB 50 MG
CITRATO DE POTASIO TAB ER 5 MEQ (540 MG)	PROMETAZINA CON JARABE DE CODEÍNA 6,25-10 MG/5ML
DICLORHIDRATO DE PRAMIPEXOL TAB 0,125 MG	JARABE DE PROMETAZINA-DM 6,25-15 MG/5ML
DICLORHIDRATO DE PRAMIPEXOL TAB 0,25 MG	PROPafenona HCL CAP ER 12HR 225 MG
DICLORHIDRATO DE PRAMIPEXOL TAB 0,5 MG	PROPafenona HCL CAP ER 12HR 325 MG
DICLORHIDRATO DE PRAMIPEXOL TAB 0,75 MG	PROPafenona HCL TAB 150 MG
DICLORHIDRATO DE PRAMIPEXOL TAB 1 MG	PROPafenona HCL TAB 225 MG
DICLORHIDRATO DE PRAMIPEXOL TAB 1,5 MG	PROPafenona HCL TAB 300 MG
PRAMOXINA-HC CREMA 1-2.5%	PROPRANOLOL HCL CAP ER 24HR 120 MG
PRASUGREL HCL TAB 10 MG (BASE EQUIV)	PROPRANOLOL HCL CAP ER 24HR 160 MG
PRAVASTATINA SÓDICA TABLETA 10 MG	PROPRANOLOL HCL CAP ER 24HR 60 MG
PRAVASTATINA SÓDICA TAB 20 MG	PROPRANOLOL HCL CAP ER 24HR 80 MG
PRAVASTATINA SÓDICA TAB 40 MG	PROPRANOLOL HCL ORAL SOLN 20 MG/5ML
PRAVASTATINA SÓDICA TAB 80 MG	PROPRANOLOL HCL TAB 10 MG
TAPÓN DE PRAZOSINA HCL 1 MG	PROPRANOLOL HCL TAB 20 MG
TAPÓN DE PRAZOSINA HCL 2 MG	PROPRANOLOL HCL TAB 40 MG
TAPÓN DE PRAZOSINA HCL 5 MG	PROPRANOLOL HCL TAB 60 MG
PREDNISOLONA SOD FOSPH ORAL SOLN 6,7 MG/5ML (5 MG/5ML BASE)	PROPRANOLOL HCL TAB 80 MG
PREDNISOLONA SOD FOSFATO ORAL SOLN 15 MG/5ML (BASE EQUIV)	PROPILTIOURACILO TAB 50 MG
PREDNISOLONA FOSFATO DE SODIO ORAL SOLN 25 MG/5ML (BASE EQ)	JARABE PSEUDOEPHED-BROMPHEN-DM 30-2-10 MG/5ML
PREDNISOLONA SOLN 15 MG/5ML	BROMURO DE PIRIDOSTIGMINA EN BARRA 60 MG
PASTILLA DE PREDNISOLONA 5 MG	FUMARATO DE QUETIAPINA TAB 100 MG
PASTILLA DE PREDNISONA 1 MG	FUMARATO DE QUETIAPINA TAB 200 MG
PASTILLA DE PREDNISONA 10 MG	FUMARATO DE QUETIAPINA TAB 25 MG
TABLETA DE PREDNISONA 2,5 MG	FUMARATO DE QUETIAPINA TAB 300 MG
PASTILLA DE PREDNISONA 20 MG	FUMARATO DE QUETIAPINA TAB 400 MG
TABLETA DE PREDNISONA 5 MG	QUETIAPINA FUMARATO TAB 50 MG
PASTILLA DE PREDNISONA 50 MG	FUMARATO DE QUETIAPINA TAB ER 24HR 150 MG
PAQUETE TERAPÉUTICO DE TABLETAS DE PREDNISONA 10 MG (21)	FUMARATO DE QUETIAPINA TAB ER 24HR 200 MG
PAQUETE TERAPÉUTICO DE TABLETAS DE PREDNISONA 10 MG (48)	FUMARATO DE QUETIAPINA TAB ER 24HR 300 MG
PAQUETE TERAPÉUTICO DE TABLETAS DE PREDNISONA 5 MG (21)	FUMARATO DE QUETIAPINA TAB ER 24HR 400 MG
PREGABALIN CAP 100 MG	FUMARATO DE QUETIAPINA TAB ER 24HR 50 MG
PREGABALIN CAP 150 MG	QUINAPRIL HCL TAB 40 MG
PREGABALIN CAP 200 MG	TAPÓN SULFATO DE QUININA 324 MG
PREGABALIN CAP 225 MG	RABEPRAZOL SÓDICO EC TAB 20 MG
PREGABALIN CAP 25 MG	RALOXIFENO HCL TAB 60 MG
PREGABALIN CAP 300 MG	RAMELTEON TAB 8 MG

# Formulario de C3Rx



Marca   Formulario   Dosificación	Marca   Formulario   Dosificación
RAMIPRIL CAP 1.25 MG	ESCOLOPALMINA TD PARCHE 72HR 1 MG/3DÍAS
RAMIPRIL CAP 10 MG	TAPÓN DE SELEGILINA HCL 5 MG
RAMIPRIL CAP 2.5 MG	SELEGILINA HCL TAB 5 MG
RAMIPRIL CAP 5 MG	LOCIÓN DE SULFUR DE SELENIO 2.5%
Ranolazina Tab Its 12Har 1000mg	CHAMPÚ DE SULFUR DE SELENIO 2.25%
Ranolazina Tab Its 12Har 500mg	CHAMPÚ DE SULFUR DE SELENIO 2.3%
PASTILLA DE REPAGLINIDA 0.5 MG	SERTRALINA HCL CONCENTRADO ORAL PARA SOLUCIÓN 20 MG/ML
REPAGLINIDA EN COMPRIMIDO 1 MG	SERTRALINA HCL TAB 100 MG
RIFABUTINA CAP 150 MG	SERTRALINA HCL TAB 25 MG
RIFAMPICINA CAP 300 MG	Sertralina HCl Tab 50 MG
RISEDRONATO SÓDICO TAB 150 MG	SEVELAMER CARBONATO TAB 800 MG
RISEDRONATO SÓDICO TAB 35 MG	SEVELAMER HCL TAB 800 MG
RISEDRONATO SÓDICO TAB LIBERACIÓN RETARDADA 35 MG	SILODOSINA CAP 8 MG
RISPERIDONA DESINTEGRACIÓN ORAL TABLETA 1 MG	CREMA DE SULFADIAZINA DE PLATA 1%
RISPERIDONA SOLN 1 MG/ML	SIMVASTATINA TAB 10 MG
TABLETA DE RISPERIDONA 0,25 MG	SIMVASTATINA TAB 20 MG
TABLETA DE RISPERIDONA 0,5 MG	SIMVASTATINA TAB 40 MG
TABLETA DE RISPERIDONA 1 MG	SIMVASTATINA TAB 5 MG
TABLETA DE RISPERIDONA 2 MG	SIMVASTATINA TAB 80 MG
TABLETA DE RISPERIDONA 3 MG	Sod Picosulfato-Mg Ox-Citric AC Sole 10mg-3.5gm-12gm/160ml
TABLETA DE RISPERIDONA 4 MG	Suela oral Sod Sulfate-Pot Sulf-Mg Sulf 17.5-3.13-1.6 gm/177mL
TARTRATO DE RIVASTIGMINA CAP 1,5 MG (EQUIVALENTE A BASE)	CLORURO DE SODIO RIEGO SOLN 0,9%
TARTRATO DE RIVASTIGMINA CAP 3 MG (EQUIVALENTE A BASE)	CLORURO DE SODIO SIN CONSERVANTES (PF) INJ 0.9%
TARTRATO DE RIVASTIGMINA CAP 6 MG (EQUIVALENTE A BASE)	CLORURO DE SODIO SOLN NEBU 0,9%
PARCHE DE RIVASTIGMINA TD 24HR 4.6 MG/24HR	CLORURO DE SODIO SOLN NEBU 3%
RIVASTIGMINA TD PARCHE 24HR 9.5 MG/24HR	CLORURO DE SODIO SOLN NEBU 7%
BENZOATO DE RIZATRIPTÁN TABLETA DE DESINTEGRACIÓN ORAL 10 MG (BASE EQ)	CITRATO DE SODIO Y ÁCIDO CÍTRICO SOLN 500-334 MG/5ML
BENZOATO DE RIZATRIPTÁN DESINTEGRACIÓN ORAL TAB 5 MG (BASE EQ)	TABLETA MASTICABLE DE FLUORURO DE SODIO 0.25 MG F (DE 0.55 MG NAF)
BENZOATO DE RIZATRIPTÁN TABLETA 10 MG (EQUIVALENTE A BASE)	TABLETA MASTICABLE DE FLUORURO DE SODIO 0.5 MG F (DE 1.1 MG NAF)
BENZOATO DE RIZATRIPTÁN TABLETA 5 MG (EQUIVALENTE A BASE)	FLUORURO DE SODIO MASTICABLE TABLETA 1 MG F (DE 2.2 MG NAF)
ROFLUMILAST TAB 250 MCG	CREMA DE FLUORURO DE SODIO 1.1%
ROFLUMILAST TAB 500 MCG	GEL DE FLUORURO DE SODIO 1.1% (0.5% F)
CLORHIDRATO DE ROPINIROL TAB 0,25 MG	PASTA DE FLUORURO DE SODIO 1.1%
CLORHIDRATO DE ROPINIROL TAB 0,5 MG	ENJUAGUE CON FLUORURO DE SODIO 0.2%
CLORHIDRATO DE ROPINIROL TABLETA 1 MG	FLUORURO DE SODIO SOLN 0.5 MG/ML F (DE 1.1 MG/ML NAF)
CLORHIDRATO DE ROPINIROL TAB 2 MG	GEL DE FLUORURO DE SODIO-NITRATO DE POTASIO 1.1-5%
CLORHIDRATO DE ROPINIROL TAB 3 MG	SULFONATO DE POLIESTIRENO SÓDICO EN POLVO
CLORHIDRATO DE ROPINIROL TAB 4 MG	SOLIFENACINA SUCCINATO TAB 10 MG
CLORHIDRATO DE ROPINIROL TABLETA 5 MG	SOLIFENACINA SUCCINATO TAB 5 MG
CLORHIDRATO DE ROPINIROL TAB ER 24HR 12 MG (EQUIVALENTE A BASE)	SOTALOL HCL (FIBRILACIÓN AURICULAR/AFL) TAB 80 MG
CLORHIDRATO DE ROPINIROL TAB ER 24HR 2 MG (EQUIVALENTE A BASE)	SOTALOL HCL TAB 120 MG
CLORHIDRATO DE ROPINIROL TAB ER 24HR 4 MG (EQUIVALENTE A BASE)	SOTALOL HCL TAB 80 MG
CLORHIDRATO DE ROPINIROL TAB ER 24HR 6 MG (EQUIVALENTE A BASE)	SPINOSAD SUSP 0,9%
ROSUVASTATINA CALCIO TABLETA 10 MG	ESPIRONOLACTONA E HIDROCLOROTIAZIDA TAB 25-25 MG
ROSUVASTATINA CALCIO TAB 20 MG	ESPIROLACTONA COMPRIMIDO 100 MG
ROSUVASTATINA CALCIO TAB 40 MG	ESPIROLACTONA COMPRIMIDO 25 MG
ROSUVASTATINA CALCIO TAB 5 MG	ESPIROLACTONA COMPRIMIDO 50 MG
RSV PRE-FUSION F A&B VAC RECOMB PARA IM SOLN 120 MCG/0.5ML	TABLETA DE SUCRALFATO 1 GM
RSVPREF3 VACUNA RECOMB ADJUVATADA PARA IM SUSP 120 MCG/0.5ML	SULFACETAMIDA SÓDICA LÍQUIDA 10%
RUFINAMIDA TAB 400 MG	SULFACETAMIDA LOCIÓN SÓDICA 10% (ACNÉ)
ÁCIDO SALICÍLICO ER FILM-FORMING SOLN 28,5%	SULFACETAMIDA DE SODIO OPHTH SOLN 10%
LÍQUIDO FORMADOR DE PELÍCULA DE ÁCIDO SALICÍLICO 27,5%	SULFACETAMIDA SÓDICA CON LIMPIADOR DE AZUFRE 10-5%
GEL DE ÁCIDO SALICÍLICO 6%	SULFACETAMIDA SÓDICA CON LIMPIADOR DE AZUFRE 9.8-4.8%
CHAMPÚ ÁCIDO SALICÍLICO 6%	SULFACETAMIDA SÓDICA CON CREMA DE AZUFRE 10-5%
SALSA TAB 500 MG	SULFACETAMIDA SÓDICA CON AZUFRE SUSP 8-4%

# Formulario de C3Rx



Marca   Formulario   Dosificación	Marca   Formulario   Dosificación
SULFACETAMIDA SÓDICA CON LAVADO DE AZUFRE 9-4.5%	TESTOSTERONA TD GEL 12,5 MG/ACT (1%)
SULFACETAMIDA SÓDICA CON LAVADO DE AZUFRE 9-4%	TESTOSTERONA TD GEL 20,25 MG/1,25GM (1,62%)
SULFAMETOXAZOL-TRIMETOPRIMA SUSP 200-40 MG/5ML	TESTOSTERONA TD GEL 20,25 MG/ACT (1,62%)
SULFAMETOXAZOL-TRIMETOPRIMA TAB 400-80 MG	TESTOSTERONA TD GEL 25 MG/2,5GM (1%)
SULFAMETOXAZOL-TRIMETOPRIMA TAB 800-160 MG	TESTOSTERONA TD GEL 40,5 MG/2,5GM (1,62%)
SULFASALAZINA TAB 500 MG	TESTOSTERONA TD GEL 50 MG/GM (1%)
SULFASALAZINA TAB LIBERACIÓN RETARDADA 500 MG	TET TOX-DIPH-ACELL PERTUSS AD INJ 5-2-15,5 LF-LF-MCG/0,5ML
SULINDAC TAB 150 MG	TET TOX-DIPH-ACELL PERTUSS AD INJ 5-2,5-18,5 LF-LF-MCG/0,5ML
SULINDAC TAB 200 MG	TET-DIPH-ACELL PERTUSS AD PREF SYR 5-2,5-18,5 LF-MCG/0,5ML
Succinato de Sumatriptán Inj 6 Mg/0.5ml	TOXOIDES DE TÉTANOS-DIFERIA (TD) INJ 2-2 LF/0,5ML
AUTOINJECTOR DE SOLUCIÓN DE SUCCINATO DE SUMATRIPTÁN 6 MG/0,5ML	TAPÓN DE TETRACICLINA HCL 500 MG
SUMATRIPTÁN SUCCINATO TABLETA 100 MG	TEOFILINA TAB ER 12HR 300 MG
SUCCINATO DE SUMATRIPTÁN EN COMPRIMIDOS 25 MG	TEOFILINA TAB ER 24HR 400 MG
SUCCINATO DE SUMATRIPTÁN EN COMPRIMIDOS 50 MG	TIORIDAZINA HCL TAB 25 MG
SUMATRIPTÁN-NAPROXENO SÓDICO TAB 85-500 MG	GELES DE MALEATO DE TIMOLOL OPHTH FORMANDO SOLN 0,5%
TACROLIMUS CAP 0,5 MG	MALEATO DE TIMOLOL OPHTH SOLN 0,25%
CAPA TACROLIMUS 1 MG	MALEATO DE TIMOLOL OPHTH SOLN 0,5%
TACROLIMUS OINT 0,03%	TINIDAZOL TAB 250 MG
TACROLIMUS OINT 0,1%	TINIDAZOL TAB 500 MG
TADALAFILO COMPRIMIDO 10 MG	TIZANIDINA HCL CAP 2 MG (EQUIVALENTE A BASE)
TADALAFILO COMPRIMIDO 2,5 MG	TIZANIDINA HCL CAP 4 MG (EQUIVALENTE A BASE)
TADALAFILO TAB 20 MG	TIZANIDINA HCL CAP 6 MG (EQUIVALENTE A BASE)
TADALAFIL TAB 5 MG	TIZANIDINA HCL TAB 2 MG (EQUIVALENTE A BASE)
TAFLUPROST SIN CONSERVANTES (PF) OPHTH SOLN 0,0015%	TIZANIDINA HCL TAB 4 MG (EQUIVALENTE A BASE)
TAMOXIFENO CITRATO EN TABLETA 10 MG (EQUIVALENTE A LA BASE)	TOBRAMICINA OFTH SOLN 0,3%
CITRATO DE TAMOXIFENO TAB 20 MG (EQUIVALENTE A LA BASE)	TOBRAMICINA-DEXAMETASONA OPHTH SUSP 0,3-0,1%
TAPÓN DE TAMSULOSINA HCL 0,4 MG	TAPÓN DE TARTRATO DE TOLTERODINA ER 24HR 2 MG
TAVABOROL SOLN 5%	TARTRATO DE TOLTERODINA CAP ER 24HR 4 MG
CREMA DE TAZAROTENO 0,1%	TARTRATO DE TOLTERODINA TABLETA 1 MG
GEL DE TAZAROTENO 0,05%	TARTRATO DE TOLTERODINA TABLETA 2 MG
TELMISARTÁN TAB 20 MG	TAPIRAMATO CAP ER 24HR ESPOLVOREAR 25 MG
TELMISARTÁN TAB 40 MG	TAPIRAMATO CAP ER 24HR ESPOLVOREAR 50 MG
TELMISARTÁN TAB 80 MG	TABLETA DE TOPIRAMATO 100 MG
TELMISARTÁN-HIDROCLOROTIAZIDA TAB 40-12,5 MG	TABLETA DE TOPIRAMATO 200 MG
TELMISARTÁN-HIDROCLOROTIAZIDA TAB 80-12,5 MG	TABLETA DE TOPIRAMATO 25 MG
TELMISARTÁN-HIDROCLOROTIAZIDA TAB 80-25 MG	TABLETA DE TOPIRAMATO 50 MG
TEMAZEPAM CAP 15 MG	LENGÜETA DE TORASEMIDA 10 MG
TAPEA DE TEMAZEPAM 22,5 MG	LENGÜETA DE TORASEMIDA 100 MG
TEMAZEPAM CAP 30 MG	LENGÜETA DE TORASEMIDA 20 MG
TEMAZEPAM CAP 7,5 MG	LENGÜETA DE TORASEMIDA 5 MG
FUMARATO DE TENOFOVIR DISOPROXIL TAB 300 MG	TRAMADOL HCL TAB 100 MG
TERAZOSINA HCL CAP 1 MG (EQUIVALENTE A BASE)	TRAMADOL HCL TAB 50 MG
TERAZOSINA HCL CAP 10 MG (EQUIVALENTE A BASE)	TRAMADOL-ACETAMINOFÉN TAB 37,5-325 MG
TERAZOSINA HCL CAP 2 MG (EQUIVALENTE A BASE)	TRANDOLAPRIL TAB 2 MG
TERAZOSINA HCL CAP 5 MG (EQUIVALENTE A BASE)	TRANDOLAPRIL TAB 4 MG
TERBINAFINA HCL TAB 250 MG	ÁCIDO TRANEXÁMICO TAB 650 MG
SULFATO DE TERBUTALINA TAB 2,5 MG	TRAVOPROST OPHTH SOLN 0,004% (SIN BENZALCONIO) (SIN BAK)
SULFATO DE TERBUTALINA TAB 5 MG	TRAZODONA HCL TAB 100 MG
CREMA VAGINAL DE TERCONAZOL 0,4%	TRAZODONA HCL TAB 150 MG
TERCONAZOL CREMA VAGINAL 0,8%	TRAZODONA HCL TAB 300 MG
TERCONAZOL SUPOS VAGINAL 80 MG	TRAZODONA HCL TAB 50 MG
Tessalon Perles 100 MG CAPS	CREMA DE TRETINOÍNA 0,025%
CIPIONATO DE TESTOSTERONA IM INJ EN ACEITE 100 MG/ML	CREMA DE TRETINOÍNA 0,05%
CIPIONATO DE TESTOSTERONA IM INJ EN ACEITE 200 MG/ML	CREMA DE TRETINOÍNA 0,1%
TESTOSTERONA TD GEL 10MG/ACT (2%)	TRETINOÍNA GEL 0,01%

# Formulario de C3Rx



Marca   Formulario   Dosificación	Marca   Formulario   Dosificación
TRETINOÍNA GEL 0,025%	VENLAFAXINA HCL TAB 75 MG (EQUIVALENTE A BASE)
CREMA DE ACETÓNIDO DE TRIAMCINOLONA 0,025%	VENLAFAXINA HCL TAB ER 24HR 150 MG (EQUIVALENTE A BASE)
CREMA DE ACETÓNIDO DE TRIAMCINOLONA 0,1%	VENLAFAXINA HCL TAB ER 24HR 225 MG (EQUIVALENTE A BASE)
CREMA DE ACETÓNIDO DE TRIAMCINOLONA 0,5%	VENLAFAXINA HCL TAB ER 24HR 37,5 MG (EQUIVALENTE A BASE)
PASTA DENTAL ACETÓNIDO DE TRIAMCINOLONA 0,1%	VENLAFAXINA HCL TAB ER 24HR 75 MG (EQUIVALENTE A BASE)
ACETÓNIDO DE TRIAMCINOLONA INJ SUSP 40 MG/ML	VERAPAMIL HCL CAP ER 24HR 120 MG
LOCIÓN ACETÓNIDO DE TRIAMCINOLONA 0,1%	VERAPAMIL HCL CAP ER 24HR 180 MG
UNGÜENTO DE ACETÓNIDO DE TRIAMCINOLONA 0,025%	VERAPAMIL HCL CAP ER 24HR 240 MG
UNGÜENTO DE ACETÓNIDO DE TRIAMCINOLONA AL 0,1%	VERAPAMIL HCL TAB 120 MG
UNGÜENTO DE ACETÓNIDO DE TRIAMCINOLONA 0,5%	VERAPAMIL HCL TAB 40 MG
TAPE DE TRIAMTERENO E HIDROCLOROTIAZIDA 37,5-25 MG	VERAPAMIL HCL TAB 80 MG
TRIAMTERENO E HIDROCLOROTIAZIDA TAB 37,5-25 MG	VILAZODONA HCL TAB 10 MG
TRIAMTERENO E HIDROCLOROTIAZIDA TAB 75-50 MG	VILAZODONA HCL TAB 20 MG
TAPE DE TRIAMTERENO 50 MG	VILAZODONA HCL TAB 40 MG
TRIAZOLAM TAB 0,125 MG	VORICONAZOL TAB 200 MG
TRIAZOLAM EN COMPRIMIDOS 0,25 MG	WARFARINA SÓDICA TABLETA 1 MG
TRIHEXIFENIDOL HCL TAB 2 MG	WARFARINA SÓDICA TABLETA 10 MG
TAPÓN DE CLORURO DE TROSPiUM ER 24HR 60 MG	WARFARINA SÓDICA TAB 2 MG
CLORURO DE TROSPiUM TAB 20 MG	WARFARINA SÓDICA TAB 2,5 MG
CREMA DE UREA 40%	WARFARINA SÓDICA TAB 3 MG
GEL DE UREA 45%	WARFARINA SÓDICA TAB 4 MG
LOCIÓN DE UREA 40%	WARFARINA SÓDICA TABLETA 5 MG
URSODIOL CAP 300 MG	WARFARINA SÓDICA TABLETA 6 MG
URSODIOL TAB 250 MG	WARFARINA SÓDICA TABLETA 7,5 MG
URSODIOL TAB 500 MG	ZAFIRLUKAST TAB 20 MG
VALACICLOVIR HCL TAB 1 GM	ZALEPLON CAP 10 MG
VALACICLOVIR HCL TAB 500 MG	ZALEPLON CAP 5 MG
VALPROATO SÓDICO ORAL SOLN 250 MG/5ML (BASE EQUIV)	TAPÓN ZIPRASIDONA HCL 20 MG
TAPÓN DE ÁCIDO VALPROICO 250 MG	TAPÓN ZIPRASIDONA HCL 40 MG
VALSARTÁN TAB 160 MG	TAPÓN ZIPRASIDONA HCL 80 MG
VALSARTÁN TAB 320 MG	TABLETA DE ZOLMITRIPTÁN 2,5 MG
VALSARTÁN TAB 40 MG	TABLETA DE ZOLMITRIPTÁN 5 MG
VALSARTÁN TAB 80 MG	TARTRATO DE ZOLPIDEM TABLETA 10 MG
VALSARTÁN-HIDROCLOROTIAZIDA TAB 160-12,5 MG	TARTRATO DE ZOLPIDEM TABLETA 5 MG
VALSARTÁN-HIDROCLOROTIAZIDA TAB 160-25 MG	TARTRATO DE ZOLPIDEM TAB ER 12,5 MG
VALSARTÁN-HIDROCLOROTIAZIDA TAB 320-12,5 MG	TARTRATO DE ZOLPIDEM TAB ER 6,25 MG
VALSARTÁN-HIDROCLOROTIAZIDA TAB 320-25 MG	TAPE DE ZONISAMIDA 100 MG
VALSARTÁN-HIDROCLOROTIAZIDA TAB 80-12,5 MG	TAPE DE ZONISAMIDA 25 MG
VANCOMICINA HCL CAP 125 MG (EQUIVALENTE A BASE)	TAPE DE ZONISAMIDA 50 MG
VANCOMICINA HCL CAP 250 MG (EQUIVALENTE A BASE)	COADYUVANTE RECOMBINANTE ZOSTER VAC PARA IM INJ 50 MCG/0.5ML
VANCOMICINA HCL PARA SOLN ORAL 50 MG/ML (EQUIVALENTE A BASE)	
VARDENAFIL HCL DESINTEGRACIÓN ORAL TAB 10 MG	
VARDENAFIL HCL TAB 10 MG	
VARDENAFIL HCL TAB 20 MG	
TARTRATO DE VARENICLINA TAB 0,5 MG (BASE EQUIV)	
TARTRATO DE VARENICLINA TABLETA 1 MG (BASE EQUIV)	
TARTRATO DE VARENICLINA EN COMPRIMIDOS 11 X 0,5 MG & 42 X 1 MG INICIO PACK	
VIRUS DE LA VARICELA VAC LIVE PARA INJ 1350 SUBCUTÁNEO PFU/0.5ML	
VENLAFAXINA HCL CAP ER 24HR 150 MG (EQUIVALENTE A LA BASE)	
VENLAFAXINA HCL CAP ER 24HR 37,5 MG (EQUIVALENTE A BASE)	
VENLAFAXINA HCL CAP ER 24HR 75 MG (EQUIVALENTE A LA BASE)	
VENLAFAXINA HCL TAB 100 MG (EQUIVALENTE A BASE)	
VENLAFAXINA HCL TAB 25 MG (EQUIVALENTE A BASE)	
VENLAFAXINA HCL TAB 37,5 MG (EQUIVALENTE A BASE)	
VENLAFAXINA HCL TAB 50 MG (EQUIVALENTE A BASE)	